

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 sociales

- Audition, ouverte à la presse, de M. François Baroin, ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État, de Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports, de M. Éric Woerth, ministre du travail, de la solidarité et de la fonction publique, de Mme Nadine Morano, secrétaire d'État chargée de la famille et de la solidarité, et de Mme Nora Berra, secrétaire d'État chargée des aînés, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 2
- Informations relatives à la commission 31
- Présences en réunion 31

Mercredi

13 octobre 2010

Séance de 11 heures 30

Compte rendu n° 03

SESSION ORDINAIRE DE 2010-2011

**Présidence de
M. Pierre Méhaignerie,
Président**



COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Mercredi 13 octobre 2010

La séance est ouverte à onze heures trente.

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

La Commission des affaires sociales entend M. François Baroin, ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports, M. Éric Woerth, ministre du travail, de la solidarité et de la fonction publique, Mme Nadine Morano, secrétaire d'État chargée de la famille et de la solidarité, et Mme Nora Berra, secrétaire d'État chargée des aînés, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

M. le président Pierre Méhaignerie. Je veux rappeler, en guise d'introduction, que notre niveau de protection sociale est le plus élevé d'Europe ; il reste d'ailleurs le principal moyen de corriger les inégalités. Si la France a mieux traversé la crise que d'autres pays, elle le doit d'ailleurs à son système de protection sociale. La croissance de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), fixée à 2,9 % en 2011, montre d'ailleurs la volonté du Gouvernement et de la majorité de maintenir cette protection sociale à un niveau élevé, même au prix d'un déficit.

M. François Baroin, ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État. Éric Woerth, Roselyne Bachelot-Narquin et moi-même venons de présenter, en Conseil des ministres, le cadrage général du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Celui-ci s'inscrit dans le cadre global et intangible de réduction des déficits publics, qu'il nous faut ramener à 6 % du PIB l'an prochain. Pour que les efforts demandés soient efficaces et justes, nous considérons que les différents acteurs de la dépense – État, sécurité sociale et collectivités territoriales – doivent y contribuer équitablement. J'irai à l'essentiel, et laisserai le soin à Roselyne Bachelot-Narquin et Éric Woerth d'entrer dans le détail des différentes mesures.

À l'heure actuelle, le déficit du régime général est estimé à 23,1 milliards d'euros, ce qui représente une amélioration encourageante, puisque la commission des comptes de juin dernier annonçait près de 27 milliards. À l'origine de cette amélioration, on trouve une évolution plus rapide que prévue de la masse salariale, évolution liée au redressement de l'économie. En juin dernier, nous prévoyions en effet une augmentation de 0,3 % de la masse salariale en 2010, alors que le projet de loi de financement voté l'an dernier tablait sur une diminution de 0,4 %. Nous retiendrons finalement une évolution de 2 % pour cette année, au regard des chiffres du deuxième trimestre transmis début septembre par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Plusieurs éléments confirment l'évolution positive de la situation de l'emploi : le taux de chômage, en baisse au deuxième trimestre, s'établit à 9,3 % de la population active en France métropolitaine ; 60 000 emplois ont été créés au premier semestre ; enfin, le salaire moyen par tête a augmenté de 1,2 % au deuxième trimestre, après une évolution de 0,8 % au premier trimestre. Nous nous félicitons naturellement de ces chiffres, car ils viennent conforter la stratégie du Gouvernement face à la crise : dès le début de celle-ci, la France a réagi de façon adéquate. Nous avons accepté des baisses de recettes fiscales sans précédent, en laissant jouer les stabilisateurs automatiques, et nous avons soutenu l'activité économique

via notre plan de relance, dont nous retirons les principales mesures, mais progressivement afin de ne pas casser la reprise de la croissance. Nous avons cherché à soutenir cette croissance par des réformes structurelles, des mesures en faveur de l'emploi et la mise en œuvre d'investissements d'avenir à travers le grand emprunt. Grâce à cette politique économique et à la maîtrise de la dépense, le rétablissement de l'équilibre du régime général est donc engagé, même si les avancées seront progressives en raison des effets de la crise.

Comme je l'ai indiqué lors de la commission des comptes le 28 septembre dernier, nous envisageons de mobiliser tout ou partie de l'excédent du panier de recettes fiscales venant compenser les allègements généraux de cotisations patronales. Les soldes du régime général, à ce stade, intègrent cet excédent – 1,6 milliard d'euros en 2010 –, lequel tient à ce que le montant des allègements de cotisations sociales est inférieur au rendement des taxes et des impôts qui composent le panier de recettes affectées au régime général. Le Gouvernement envisage de mobiliser cette marge de manœuvre, totalement ou partiellement, pour financer la dynamique plus forte que prévue de certains dispositifs en 2010, notamment dans le domaine de la politique de l'emploi. La logique est simple : d'une part, l'impact de la crise sur le marché de l'emploi a conduit à réévaluer à la baisse le coût des allègements de charges sociales ; de l'autre, pour lutter contre la crise, l'État a dépensé davantage pour soutenir l'emploi, par le biais de mesures exceptionnelles. Il est donc normal, en fin d'année 2010, de rétablir l'équilibre financier entre ces deux volets de la politique de l'emploi financés par l'État. Cette opération, qui, pour s'appuyer sur les estimations financières les plus précises, apparaîtra dans le projet de loi de finances rectificative à la fin de 2010, n'a donc pas été prise en compte dans le présent texte.

Tout en assurant le financement de la sécurité sociale pour 2011, nous anticipons son avenir et réglons les dettes du passé : c'est le deuxième pilier du projet de loi de financement. Notre stratégie se veut consciente et lucide, en un mot responsable.

Ce projet de loi est une pièce maîtresse de notre stratégie quant aux finances publiques, stratégie dont je rappelle brièvement les axes : maîtrise des dépenses de l'État dans le respect de la norme « zéro en valeur », service de la dette et pensions exclus ; stabilisation des dotations aux collectivités locales ; réduction des niches fiscales et sociales à hauteur de 10 milliards d'euros ; réforme des retraites ; enfin, strict respect d'un ONDAM à 2,9 % en 2011 et à 2,8 % les années suivantes. Soit dit en passant, c'est la première fois, depuis 1997, que l'ONDAM est respecté, ce qui nous donne du crédit quant au niveau annoncé pour les prochaines années. J'ajoute que le taux de 3 % équivaut à une progression deux fois supérieure à celle du niveau de la vie et de la richesse nationale : nul ne peut prétendre, en dépit de nos efforts pour maîtriser la dépense, que nous ne préservons pas l'État-providence et la solidarité.

L'effort du Gouvernement en faveur de notre modèle social est donc incontestable, et ce choix politique doit en être souligné. Plus de 70 % des gains liés à la réduction des niches fiscales et sociales, soit 7 milliards d'euros, seront alloués au financement de la sécurité sociale : 3,5 milliards d'euros de recettes provenant de niches dont bénéficient les sociétés d'assurance seront consacrés au financement de la dette sociale, et 3,5 milliards d'euros, dont 3 milliards de recettes provenant de niches fiscales et sociales, permettront de financer la réforme des retraites. Ces 3,5 milliards seront même portés à 3,8 milliards lorsque nous aurons amendé le projet de loi de finances afin d'introduire les recettes destinées à financer les mesures de maintien de l'âge du taux plein à soixante-cinq ans pour les parents de trois enfants des générations de 1951 à 1955. C'est, là encore, par souci d'équité que le Gouvernement a tenu à introduire cette exception au sein de la réforme des retraites.

Enfin, 450 millions d'euros de recettes provenant de l'augmentation du taux du forfait social – pour 350 millions d'euros –, de la taxation de la rémunération sur les tiers – pour 70 millions – et du plafonnement de la déduction de CSG – pour 25 millions – viendront, pour une très large part, abonder la branche maladie.

Aux 7 milliards obtenus grâce à la réduction des niches, il convient d'ajouter l'augmentation des cotisations patronales – 0,1 % –, pour un rendement de plus de 450 millions d'euros, lequel permettra le retour à l'équilibre de la branche accident du travail et maladies professionnelles. Au total, je tiens à le souligner, l'effort représente plus de 8 milliards d'euros en faveur de notre système de protection sociale.

Pour maîtriser les dépenses sociales, nous avons choisi d'agir structurellement en réformant notre système de retraite, tout en traitant la dette sociale. Je ne reviens pas sur ce dernier point, dont nous avons longuement débattu hier soir en séance publique. Ces fructueux échanges auront d'ailleurs permis d'éclairer l'opinion sur les positions de chacun et notamment celle, intangible, du Gouvernement : le refus d'augmenter les prélèvements obligatoires, quelle que soit l'importance de la dette.

La facilité eût été d'augmenter la CRDS, mais nous avons eu le courage de choisir une autre voie.

Les recettes manquantes pour la branche famille d'ici à 2013 seront compensées de trois manières. Nous procéderons d'abord, comme il est logique, à l'affectation à la branche famille des recettes initialement destinées à la CADES. Lorsque ces recettes diminueront, à partir de 2013, nous affecterons à la branche famille le produit de nouvelles réductions de niches sociales ou fiscales, comme nous l'avions prévu pour la CADES.

Enfin, et je veux vous apporter ainsi la garantie de notre sens des responsabilités en la matière, nous avons décidé d'affecter définitivement au régime général, à compter de 2011, l'excédent du panier de recettes compensant les allègements généraux de cotisations sociales. Les recettes de ce panier, créé en 2006, deviendront donc, de fait, des recettes définitivement acquises à la sécurité sociale. Je tiens à souligner l'effort très important réalisé par l'État à cette occasion, puisque c'est un excédent prévisionnel de plus de 2 milliards d'euros qui sera ainsi conservé par le régime général en 2011, de 1,8 milliard en 2012, de 1,6 milliard en 2013 et de 1,3 milliard en 2014. Ce faisant, nous aurons résolu deux difficultés : la pérennité des recettes initialement prévues pour la CADES et la clarification des relations financières entre l'État et la sécurité sociale, sujet sur lequel nous tenions à lever la réserve de la Cour des comptes.

Dernier enjeu, et non des moindres : l'ONDAM. Roselyne Bachelot-Narquin détaillera les mesures permettant d'atteindre l'objectif de 2,9 % et de mettre en œuvre les mesures du rapport Briet.

Je n'oublie pas la nécessaire lutte contre la fraude aux prestations, qui affaiblit notre système de protection sociale et génère un fort sentiment d'injustice. Depuis 2007, le Gouvernement a renforcé les outils juridiques et techniques mis à disposition des caisses, tels le répertoire national commun de la protection sociale et, au sein de la branche famille, le fichier national des bénéficiaires. Grâce aux échanges d'informations entre administrations publiques, les données relatives aux assurés sont désormais plus fiables. Enfin, nous avons élargi les pénalités administratives, afin de les rendre plus dissuasives ; ces mesures seront étoffées dans le projet de loi de financement.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports. Comme l'a souligné François Baroin, la maîtrise de la progression de l'ONDAM à 2,9 % en 2011 nous laisse des marges de manœuvre. L'ONDAM est construit sur la base des mesures suivantes : un effort toujours important sur les programmes de maîtrise médicalisée, *via* un objectif réaliste de 550 millions d'euros qui suppose de mobiliser tous les outils déjà disponibles. Ceux-ci sont nombreux : promotion des référentiels de la Haute Autorité de santé, mise sous entente préalable ou actions des délégués de l'assurance maladie.

Cela suppose aussi de mobiliser les agences régionales de santé (ARS) afin que nos programmes couvrent au mieux l'ensemble des prescripteurs, en ville comme à l'hôpital ou dans le secteur médico-social. Nous leur avons fixé dix objectifs de gestion du risque, qui couvrent notamment le champ des transports sanitaires, des médicaments de la liste en sus et de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique. Nous passons ainsi aux travaux pratiques de la loi dite « HPST ».

Outre l'effort de maîtrise médicalisée, l'ONDAM s'appuie sur un ajustement des tarifs et des prix : dans les domaines de la biologie et de la radiologie, les tarifs diminueront de 200 millions d'euros ; par ailleurs, la baisse des prix des produits de santé, dans le cadre de la politique conventionnelle, atteindra 500 millions d'euros. Quant au taux K, il est fixé à 0,5 % pour consolider les économies.

La maîtrise de l'ONDAM passe aussi par une adaptation du ticket modérateur et par la baisse de 5 % du remboursement des médicaments qui le sont actuellement à 35 %, car je souhaite que notre système de prise en charge se concentre sur les médicaments les plus utiles ; la même baisse de 5 % sera appliquée aux dispositifs médicaux – domaine dans lequel, chaque année, la dynamique de dépense est en effet très élevée –, dont le taux de prise en charge passera de 65 à 60 %.

Nous ajustons également le niveau du seuil de la contribution de 18 euros qui s'applique à l'hôpital pour plafonner le ticket modérateur : ce seuil, qui était resté inchangé depuis 1992, passera à 120 euros ; notons qu'une revalorisation indexée sur l'inflation aurait dû nous conduire à le fixer à 130 euros. Ces mesures ne toucheront bien évidemment ni les, les affections de longue durée (ALD), ni les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), qui resteront pris en charge à 100 %.

Quatrième levier de maîtrise de l'ONDAM : la reprise de deux propositions du rapport « Charges et produits pour 2011 » de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), à commencer par la mise en place d'un forfait médicalisé de prise en charge des bandelettes pour les patients diabétiques non-insulino-dépendants. Cette mesure doit permettre d'éviter le gaspillage et de limiter les marges sur les dispositifs médicaux. J'insiste sur le fait que ce forfait sera médicalisé, c'est-à-dire établi en fonction de l'état de santé du patient et conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé. J'ai demandé à mes services d'entamer très rapidement les concertations nécessaires à la mise en œuvre de cette mesure avec les professionnels et les patients concernés. Quant à la seconde proposition, elle concerne l'évolution des critères d'entrée en ALD pour les patients vivant avec de l'hypertension artérielle isolée. Il est, en effet, impératif d'adapter ces critères en fonction des évolutions des modes de prise en charge, l'hypertension artérielle isolée étant un facteur de risque au même titre que l'hypercholestérolémie ou l'obésité, pour lesquels les patients supportent un ticket modérateur. L'analyse médico-économique de la consommation des patients en ALD pour hypertension artérielle révèle, en effet, que beaucoup d'entre eux ne souffrent pas d'ALD associées, dont les remboursements moyens sont nettement inférieurs à

ceux des autres ALD cardiovasculaires et dont la prise en charge relève prioritairement de la prévention. Je précise que ces évolutions toucheront uniquement les nouveaux patients, que je demande à la CNAMTS d'accompagner, dans le prolongement de ce qu'elle a mis en œuvre, avec *Sophia*, pour les patients diabétiques.

Maîtrisé, cet ONDAM permet des marges de manœuvre, puisque la progression de 2,9 % représente 4,7 milliards d'euros d'argent frais injectés dans le système de soins. Le règlement arbitral avait prévu l'augmentation d'un euro de la consultation des médecins généralistes au 1^{er} janvier 2011 ; cette dépense de 260 millions d'euros est évidemment prévue dans notre élaboration de l'ONDAM.

Il faut investir dans la médecine de premier recours ; c'est précisément ce que nous faisons.

Les élections professionnelles touchent à leur fin pour les médecins libéraux ; nous engageons à présent l'enquête de représentativité, avant d'entamer les négociations pour une nouvelle convention.

Le financement de l'accord avec les infirmières sur le dispositif Licence-Maîtrise-Doctorat s'inscrit aussi dans la reconnaissance de la qualification et du professionnalisme des intéressées. Ces crédits sont financés dans le cadre de l'enveloppe hospitalière. Notre politique, loin d'être malthusienne, obéit donc à une logique d'investissements.

Lors de mon arrivée à la tête du ministère, j'ai fixé le principe d'une évolution paritaire, à 2,8 %, de l'hôpital et de la ville. Ce taux de progression de l'enveloppe hospitalière représente 2 milliards d'euros pour les établissements de santé en 2011. La poursuite de la convergence ciblée permettra d'économiser 150 millions d'euros, et les gains de performance à l'hôpital, notamment via l'Agence nationale d'appui à la performance, 145 millions. D'autres économies sont réalisées grâce à la maîtrise des produits de la liste en sus.

Notre politique d'assurance maladie est aussi construite pour garantir un accès aux soins de haut niveau. Il y a quelques semaines, la direction de recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère (DREES), nous a présenté ses travaux sur les comptes nationaux de la santé. Je crois nécessaire d'y revenir pour souligner que le reste à charge a diminué dans notre pays en 2009, pour s'établir à 9,4 %, contre 9,5 % en 2008 : signe que nous consolidons notre très haut niveau de couverture, niveau quasi inégalé chez nos voisins européens. Ainsi, pour l'hôpital, le reste à charge est de 3 %. On en a peu parlé, ce que je regrette d'autant plus que l'on entend encore, ici et là, des plaintes régulières sur le prétendu désengagement de l'assurance maladie. Je revendique une politique qui vise à concentrer les dépenses de l'assurance maladie sur les soins les plus utiles et les plus efficaces. C'est une nécessité à la fois morale et économique, même si cela exige des choix parfois difficiles. Mais je vous invite à comparer le panier de soins remboursé en France avec la situation dans d'autres pays.

Nous continuons, bien entendu, d'être très mobilisés sur les questions d'accès aux soins. Nous augmenterons de 6 % le plafond de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, en 2011 – il sera ainsi fixé à 26 % au-delà de celui de la CMU-C, contre 20 % actuellement –, puis de 4 % supplémentaires en 2012. Cette progression nous permettra de couvrir potentiellement 80 000 personnes supplémentaires en 2011. On dit souvent que l'aide à la complémentaire santé fonctionne assez mal ; mais grâce aux efforts de tous – caisses de sécurité sociale et organismes complémentaires –, plus de 515 000 personnes l'utilisent

aujourd'hui, la progression ayant atteint 10 % au premier trimestre, ce qui est loin d'être négligeable.

J'ai demandé, au début de l'année, à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire de me faire des propositions sur la lisibilité des contrats complémentaires : il est indispensable d'aider les assurés à se repérer dans ce marché, et de favoriser une concurrence qui profitera à nos concitoyens. Des premières avancées ont eu lieu. J'ai demandé à ce que le dialogue se poursuive directement avec les associations de patients et les représentants des consommateurs.

Si l'on regarde avec sérieux ce sujet de l'accès aux soins, on voit que les difficultés se concentrent quasi exclusivement sur l'optique et les soins dentaires. Je souhaite que des discussions soient réengagées avec les organismes complémentaires et les autres acteurs, afin d'étudier les moyens de réduire le reste à charge dans ces secteurs. J'observe que des formes nouvelles d'organisation entre professionnels et organismes complémentaires permettent des baisses de prix substantielles pour le patient ; il faut creuser ces pistes le plus possible. J'ai d'ailleurs demandé aux différents services qui travaillent sur ces sujets – la DREES et la direction de la sécurité sociale – de poursuivre leurs travaux d'analyse. Je compte également sur les travaux en cours au sein du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie au sujet du reste à charge. En cette matière, je me méfie des sondages et enquêtes aux résultats parfois contestables.

J'ai également souhaité que figure, dans la convention d'objectifs et de gestion signée avec la CNAMTS, la mise en œuvre d'un plan de contrôle des dépassements d'honoraires.

M. Éric Woerth, ministre du travail, de la solidarité et de la fonction publique. Avec ce projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, le Gouvernement poursuit l'effort de maîtrise de la dépense, tout en veillant à conserver un très haut niveau de protection sociale et à tenir les engagements du Président de la République quant au renforcement de la solidarité envers les plus fragiles. J'ajoute que le contexte de sortie de crise permet d'afficher, pour 2010, un résultat meilleur que prévu, ce dont chacun, je crois, peut se féliciter.

S'agissant de la branche famille, le déficit s'établira à 2,6 milliards d'euros en 2010 et atteindrait 3,2 milliards en 2011. Mais les deux mesures que Nadine Morano et moi-même proposons permettent de le ramener à 3 milliards. Ces deux mesures consistent à harmoniser les modalités de versement de deux prestations de la branche famille : l'allocation logement et la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE). La première mesure aligne la date d'effet des allocations logement sur celle des *minima* sociaux : les allocations logement seraient désormais accordées à partir de la date de dépôt du dossier, et non plus avec une période de rétroactivité de trois mois. Cette mesure permettra une économie de 240 millions d'euros partagée entre la branche famille et l'État.

La seconde mesure harmonise la date d'effet de l'allocation de base de la PAJE sur celle des autres prestations familiales. Désormais, la PAJE serait versée à compter du mois suivant la naissance de l'enfant, comme la plupart des autres prestations familiales. En année pleine, cette mesure devrait permettre de réduire les dépenses de la branche famille d'environ 64 millions d'euros.

Ces deux mesures de rationalisation des dépenses ne remettent évidemment pas en cause le caractère solidaire de notre politique familiale. Tout d'abord, en dépit des difficultés financières, aucune prestation familiale n'est modifiée. En 2011, les prestations familiales feront l'objet d'une revalorisation, conformément aux mécanismes en vigueur : cette revalorisation correspondra au taux d'inflation prévisionnel, soit 1,5 %, niveau qui préserve le pouvoir d'achat des familles.

En outre, nous tiendrons nos engagements pour développer la garde d'enfants. Pour répondre aux besoins des familles et améliorer la conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle, notamment pour les femmes, le Président de la République s'est engagé à créer, d'ici à 2012, 200 000 offres d'accueil supplémentaires, dont 100 000 en crèche et 100 000 chez les assistantes maternelles. Ainsi, 1,3 milliard d'euros supplémentaire est consacré à cet objectif dans le cadre de la signature de la convention d'objectifs et de gestion 2009-2012 entre l'État et la Caisse nationale d'allocations familiales, ce qui représente un effort exceptionnel en temps de crise.

Je tiens, enfin, à rappeler que nous consacrons 100 milliards d'euros, soit plus de 5 % de notre PIB, à notre politique familiale. Cela nous permet d'avoir à la fois l'un des meilleurs taux de natalité en Europe et un taux d'emploi des femmes élevé. Cette exception française, nous la préservons et nous la sauvegardons.

Quant à l'ONDAM médico-social, il s'établira à 3,8 % en 2011, grâce à une budgétisation fine, au plus près des prévisions de réalisation des plans, c'est-à-dire sur la base des seules dépenses des établissements et services qui ouvriront ou se médicaliseront effectivement au cours de l'année 2011.

Le Gouvernement poursuit l'effort important de solidarité qu'il a engagé envers les plus fragiles, et ce dans deux directions.

Pour les personnes handicapées, nous poursuivons la mise en œuvre du plan Handicap lancé par le Président de la République lors de la conférence nationale du handicap de juin 2008. Plus de 50 000 places – 38 000 pour les adultes et 12 000 pour les enfants – pourront être ouvertes dans les sept prochaines années. Les objectifs du plan seront tenus en 2011 : grâce à la mobilisation de plus de 245 millions d'euros de ressources nouvelles – soit un taux de progression de l'ONDAM « personnes handicapées » de 3,3 % – plus de 4 600 places en établissements et services seront créées l'année prochaine.

Les dépenses envers les aînés connaîtront en 2011 une progression notable, avec une progression de l'ONDAM « personnes âgées » de 4,4 %. Le plan de solidarité grand âge que nous mettons en œuvre avec Nora Berra se poursuivra en 2011. Près de 85 000 places en établissement, services, accueil de jour et hébergement temporaire destinées aux personnes âgées dépendantes ont déjà été autorisées, sur les 93 000 prévues. Nous poursuivons également la médicalisation des maisons de retraite selon le rythme prévu, ce qui représente 80 000 places l'année prochaine.

Par ailleurs, la mise en œuvre du plan Alzheimer est notre priorité en 2011. Premier point : les agences régionales de santé s'impliqueront pleinement dans la mise en œuvre de ce plan afin de créer, comme en 2010, 600 pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et 170 équipes mobiles de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) renforcés.

Deuxième point : nous lançons le processus de généralisation des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), qui sont une mesure importante du plan Alzheimer : 35 nouvelles maisons, en plus des 17 maisons expérimentales, seront ainsi créées.

S'agissant de la branche vieillesse, le déficit de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'établiront respectivement, l'an prochain, à 6,9 milliards et 3,8 milliards d'euros. Avec le Président de la République, nous avons engagé la réforme de notre système de retraite pour apporter une réponse durable et structurelle à cette situation et sauvegarder notre régime par répartition, en revenant à l'équilibre dès 2018. Je ne reviendrai pas en détail sur cette réforme que vous connaissez bien, et que je suis en train de défendre au Sénat. Dès 2011, elle commencera à produire ses effets. Sans elle, le déficit de la CNAV aurait été de 10 milliards d'euros en 2011, contre, je le répète, 6,9 milliards après l'entrée en vigueur des mesures prévues.

Évidemment, en 2011, ce sont essentiellement les mesures de recettes qui seront à l'origine de l'amélioration des comptes, car les mesures d'âge n'entreront en vigueur que progressivement. Au total, les recettes nouvelles apporteront 3,5 milliards de financements nouveaux en 2011, dont 3,2 milliards au bénéfice de la CNAV. Le projet de loi de financement comprend certaines des mesures de financement de la réforme, les autres figurant dans le projet de loi de finances.

Le produit de ces mesures sera affecté au FSV. Nous continuons ainsi à clarifier le financement des dépenses de retraite entre, d'une part, les mesures contributives, et, de l'autre, les mesures relevant des dispositifs de solidarité que le FSV doit financer. En 2011, les recettes nouvelles affectées au FSV permettront aux caisses de lui transférer une partie des dépenses liées au financement du minimum contributif.

À côté de ces mesures de recettes, les mesures d'âge rapportent environ 1,7 milliard d'euros à l'ensemble des régimes de retraite obligatoires, de base et complémentaires, dont un peu plus de 200 millions bénéficieront à la CNAV dès 2011.

J'en viens enfin à la branche accidents du travail et maladies professionnelles. L'allongement du délai de prescription pour les victimes de l'amiante est une mesure de solidarité fondamentale. Le Gouvernement répond ainsi à une attente forte des associations de victimes et des organisations syndicales.

Plusieurs arrêts de la Cour de cassation ont, en effet, souligné que le régime actuel de prescription quadriennale du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) était difficile à mettre en œuvre. Pour 2009 et 2010, un nombre important de demandeurs, 1 000 victimes ou leurs ayants droit, ont vu leur dossier frappé de prescription. Il fallait remédier à cette situation. À la suite de la concertation menée avec les partenaires sociaux et les associations, nous avons redéfini les règles de prescription de façon claire, lisible et adaptée à la prise en compte de la situation des personnes concernées.

Le projet de loi de financement modifie ainsi le régime de prescription spécifique du FIVA selon trois axes : dans un souci d'égalité de traitement, le délai de prescription sera calculé à partir d'un point de départ identique pour toutes les victimes, que leur maladie soit d'origine professionnelle ou environnementale ; le délai de prescription passera à dix ans au lieu de quatre ; enfin, et par souci d'équité avec cet allongement du délai de prescription, un

délai supplémentaire de deux ans est accordé aux personnes dont les droits à l'égard du FIVA seraient aujourd'hui prescrits.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Après le choc de la crise, il s'agit d'un projet de loi de financement de convalescence.

Comment, monsieur le ministre du budget, l'État compte-t-il régler sa dette envers la sécurité sociale, dette qui atteignait, à la fin de 2009, 776 millions d'euros, auxquels s'est ajouté 1,1 milliard en 2010, soit un total cumulé de 1,9 milliard à la fin de cette année ?

Le panier fiscal dégage un excédent de 1,6 milliard d'euros en raison de la situation de l'emploi et du moins grand nombre d'exonérations : pourquoi ne pas répartir cet excédent entre les différentes branches de l'assurance maladie ? Cela éviterait d'avoir trop systématiquement recours à la CADES.

Quel bilan tirez-vous, madame la ministre de la santé, de la mise en œuvre des ARS au regard de l'optimisation du parcours de soins ? Les outils sont-ils efficaces ? Qu'en est-il, notamment, de la fongibilité d'un certain nombre d'enveloppes ?

Comment évoluent les effectifs hospitaliers dans le cadre des restructurations ? On n'a pas le sentiment d'une très grande stabilité. Quelle est la politique immobilière des hôpitaux ? Le patrimoine hospitalier est méconnu ; ne serait-il pas temps de développer une stratégie pour le valoriser, en lien avec les politiques urbaines des communes où ils sont situés ?

Mme la ministre de la santé. En particulier à Paris !

M. le rapporteur pour les recettes et pour l'équilibre général. En effet. La valorisation du patrimoine de l'hôpital public doit d'ailleurs servir les investissements, et pas uniquement les politiques urbaines des villes concernées.

Enfin, monsieur le ministre du travail, votre ministère devait nous remettre un rapport sur les retraites chapeau : pourrions-nous l'avoir rapidement ?

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Ainsi que l'a souligné M. le ministre du budget, pour la première fois depuis 1997, l'ONDAM a été respecté, bien qu'il ait été plus ambitieux que les années précédentes. Ce succès atteste l'efficacité de la maîtrise médicalisée mise en œuvre par la loi de 2004.

Les organismes complémentaires que j'ai reçus, madame la ministre, m'ont indiqué que, à la suite de la pandémie de grippe A, l'État leur devait un trop perçu : quand et dans quelles conditions pourront-ils le récupérer ?

Le projet de loi prévoit de soumettre les médicaments orphelins dont le chiffre d'affaires dépasse 20 millions d'euros aux mêmes taxes que les autres médicaments. Mais, cette mesure ne me semble guère adaptée, car ces médicaments sont souvent produits par de petites entreprises, dans des secteurs très spécialisés. Le Comité économique des produits de santé (CEPS) m'a indiqué qu'il avait réfléchi à un seuil plus élevé, de 30 millions d'euros : y seriez-vous favorable ?

Quelles sont les mesures législatives reprises du rapport Briet s'agissant du pilotage du futur ONDAM ? Avec un taux de progression de 2,9 %, celui-ci est à la fois réaliste et supérieur à ce que d'aucuns souhaitaient.

Vous nous en direz peut-être plus sur les mesures structurelles : je pense, par exemple, à la hiérarchisation systématique des actes et des prestations ou à la gestion conventionnelle, par le CEPS, des prix et des dispositifs médicaux.

Nous ne pouvons, par ailleurs, qu'acquiescer au relèvement du plafond de ressources de l'aide à la complémentaire santé pour les bénéficiaires de la CMU. Mais, que répondez-vous aux organismes complémentaires, qui nous disent que le projet de loi entraînerait, *ipso facto*, une augmentation des cotisations de 8 à 10 % ?

Pour les professionnels de santé, la vie conventionnelle reprendra après les récentes élections. Nous aimerions avoir des précisions sur le calendrier de reprise des négociations et sur celui de l'enquête de représentativité. Quant à la revalorisation du C, elle ne peut que satisfaire les professionnels.

Que compte faire le Gouvernement sur le dossier de l'assurance en responsabilité civile des professionnels de santé, sujet récurrent chaque année ?

Quid, madame la ministre, du secteur optionnel, que nous avons évoqué lors de la dernière commission mixte paritaire en novembre 2009 ?

Par ailleurs, la date de janvier 2013 pour le passage à la facturation individuelle des établissements publics est-elle réaliste, compte tenu de l'état de leur système d'information ?

Enfin, monsieur le ministre du travail, le FIVA m'a fait part de sa satisfaction quant aux mesures envisagées pour les victimes de l'amiante. Pourriez-vous cependant nous dire un mot sur la nouvelle tarification des accidents du travail et maladies professionnelles à la suite du décret publié cet été ?

Mme Bérengère Poletti, rapporteure pour le secteur médico-social. Le Gouvernement et la majorité se sont engagés, à chaque projet de loi de financement, à mettre en œuvre des politiques massives vis-à-vis des personnes âgées et des personnes handicapées. L'ONDAM médico-social a considérablement augmenté au fil des ans, afin de répondre à ces besoins. Dans un rapport d'information, notre commission a néanmoins soulevé le problème des crédits non consommés. Nous avons donc suggéré de privilégier les crédits de paiement plutôt que les autorisations d'engagement, ce qui est chose faite dans le projet de loi de financement pour 2011, d'où les crédits resserrés pour le secteur médico-social.

Pourriez-vous néanmoins nous communiquer les autorisations d'engagement pour 2011 et les années suivantes ? Comment, *via* les crédits de paiement et les différents plans mis en œuvre, le Gouvernement compte-t-il tenir ses engagements vis-à-vis des personnes âgées et des personnes handicapées ?

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse. Comme il l'avait indiqué, le Gouvernement a déposé, au Sénat, deux amendements à la réforme des retraites afin de prendre en compte la situation des mères de trois enfants et celle des parents d'enfant handicapé ; ces deux mesures, dont le coût annuel s'élèvera à 340 millions d'euros, seront financées par des majorations de recettes aujourd'hui affectées au budget de l'État.

Comment envisagez-vous de réorienter ces recettes ? Des amendements en ce sens seront-ils déposés lors du débat à l'Assemblée nationale ?

Anne Grommerch s'associe à moi pour vous interroger sur les retraites chapeau, qui se divisent en deux catégories : celles bénéficiant aux dirigeants des entreprises du CAC 40, d'une part ; celles de 25 % d'ouvriers et de 50 % de techniciens et agents de maîtrise, de l'autre. Si l'on peut taxer autant que l'on veut les premières, il n'en va pas de même des secondes.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille. Le projet de loi de financement contient deux mesures d'économies qui frapperont les familles les plus modestes. En supprimant la rétroactivité du versement des allocations logement, vous souhaitez économiser 240 millions d'euros, mais ce sera au détriment des jeunes qui accèdent le plus difficilement à une formation ou maîtrisent moins l'établissement de leur dossier.

En repoussant la date du versement de l'allocation de base de la PAJE, vous ne visez qu'une simple économie budgétaire – estimée à 64 millions d'euros – au détriment des jeunes parents. Nos familles méritent mieux qu'une baisse des aides, et vos mesures sont en totale contradiction avec vos discours sur le soutien aux familles. Nous pouvions espérer mieux.

Je pense notamment à la réforme des congés parentaux annoncée par le Président de la République en 2008, et dont l'enjeu est majeur, puisqu'il s'agit de permettre aux femmes de mieux concilier leur vie familiale et professionnelle. Nous l'attendons toujours.

Monsieur le ministre du budget, le déficit de la branche famille atteint cette année un niveau historique et s'aggraverait encore l'année prochaine, ce qui est d'autant plus inquiétant que cette branche était la seule à dégager des excédents structurels. J'ajoute que le texte voté hier soir risque encore d'alourdir ce déficit.

Vous nous avez confirmé qu'une partie de la CSG destinée à la branche famille serait affectée à la CADES. Vous nous garantisiez que cette perte financière sera intégralement compensée, mais les recettes prévues ne sont pas pérennes. Quelles seront donc les conséquences de cette mesure ? La politique familiale devra-t-elle payer la reprise de la dette sociale ?

Quant à la protection de l'enfance, vous connaissez la lourde charge financière qu'elle représente pour les départements. Que pensez-vous de la proposition de certains parlementaires de verser une partie des prestations familiales aux services départementaux en cas de placement de l'enfant ?

Pour ce qui concerne l'accueil des jeunes enfants, j'appelle votre attention sur un problème grave : depuis 2006, 15 000 places en école maternelle pour les moins de trois ans sont supprimées chaque année, soit presque l'équivalent du nombre de places en crèche créées. Faut-il en déduire que l'accueil en école maternelle est amené à disparaître... *(Protestations de plusieurs députés du groupe de l'UMP.)*

Puis-je poursuivre dans le calme, monsieur le président ?

M. le président Pierre Méhaignerie. Oui, à condition de rester mesurée : vous savez bien que la politique familiale de la France, avec 100 milliards d'euros, est la plus importante de l'Union européenne !

Mme la rapporteure pour la famille. Je suis la première députée de l'opposition à m'exprimer : vous pourriez m'écouter !

Faut-il en déduire, disais-je, que l'accueil en école maternelle est amené à disparaître, alors qu'il est moins coûteux pour les parents et les finances publiques ? Pourquoi consentir autant d'efforts d'un côté si c'est pour les annihiler de l'autre ? Le Gouvernement doit clarifier sa position.

La loi du 23 mars 2006 avait prévu un accès prioritaire aux modes de garde pour les femmes isolées. Or, ni les services de l'État, ni les départements, ni les caisses d'allocations familiales n'accompagnent ces familles monoparentales. Que comptez-vous faire sur ce point ? Enfin, pour ces mêmes familles monoparentales, le rapport de la Cour des comptes préconise une réforme de l'allocation de soutien familial qui, de toute évidence, fonctionne mal. Quelles sont les propositions du Gouvernement pour y remédier ?

Ma dernière question concernera la suppression, au 1^{er} janvier 2011, de l'exonération de 15 % de cotisations patronales en faveur des particuliers qui emploient une personne à domicile en acquittant ces cotisations sur la base de l'assiette réelle. Pour une faible économie, on va supprimer le seul levier du développement de la garde d'enfants à domicile, encourager le travail au noir, provoquer des baisses de salaire ou des licenciements, donc une perte de cotisations pour la sécurité sociale. N'existait-il pas, monsieur le ministre du budget, des sources de recettes qui n'auraient pas pénalisé les jeunes parents, tel le plafonnement de la réduction d'impôt ?

On n'a pas, me semble-t-il, mesuré toutes les conséquences de cette mesure injuste !

M. le ministre du budget. M. Yves Bur m'a interrogé sur la dette de l'État à l'égard de la sécurité sociale. Le sujet sera abordé dans la loi de finances rectificative et nous mobiliserons l'ensemble des ressources compensant les allègements. Au 1^{er} janvier 2007, cette dette s'élevait à 7 milliards d'euros ; au 1^{er} janvier 2009, l'apurement était presque total. Il est vrai que, de par la relance de l'activité, le panier fiscal créé pour compenser les allègements généraux de cotisations patronales, dits « allègements Fillon », est supérieur à la dépense qu'il est censé compenser. Il n'est donc pas illogique de réintégrer dans les comptes de l'État ce qui était originellement destiné à compenser une perte de recettes, qui, dans les faits, n'existe pas. Mais, dans le cadre du schéma de financement de la CADES, nous avons pris l'engagement qu'à l'avenir cet excédent serait affecté au régime général. Le lien sera donc coupé entre les allègements et ce panier, devenu source de recette pérenne pour la sécurité sociale. Cette clarification siéra à la Cour des comptes : elle avait formulé douze réserves l'an dernier ; neuf demeurent – la tendance est donc bonne – dont cette question, que nous traiterons donc dans le collectif.

Madame Clergeau, les affectations de recettes à la CADES relèvent d'une ligne politique, et nous avons finalement choisi de réserver au financement de la branche familiale une partie du produit obtenu par la réduction des niches fiscales. Si la gauche gagne aux élections en 2012, ce que je ne pense pas, vous mènerez une autre politique ; si, comme je le pense et le souhaite, nous sommes reconduits, nous poursuivrons sur cette ligne, dans un schéma qui vise à ne pas augmenter les impôts.

Vous avez critiqué la suppression de l'abattement de 15 points sur les cotisations patronales versées par les particuliers employeurs qui déclarent leurs salariés au régime réel. Je ne peux m'empêcher de penser que, quelle qu'eût été notre décision, vous l'auriez

pareillement critiquée. Vous niez l'évidence, à savoir qu'une économie globale de 40 milliards d'euros doit être faite, et que nous devons trouver ces 40 milliards quelque part. La suppression de cet abattement est une mesure juste : tout en préservant l'avantage fiscal consenti en faveur des aides à domicile, nous supprimons une disposition incitative décidée en son temps pour relancer un dispositif qui avait au demeurant été, pour partie, affaibli par Mme Aubry. Il y a une certaine incohérence à vous entendre maintenant défendre un dispositif qu'à l'époque vous décriviez comme un avantage accordé aux riches ! La suppression de l'abattement, qui rapportera 300 millions d'euros au budget, s'inscrit, je le répète, dans une politique globale tendant à réduire de 40 milliards le déficit du pays.

M. le président Pierre Méhaignerie. Je souhaitais moi-même vous aider à réduire les aides destinées aux ménages à hauts revenus – puisque les exonérations de cotisations pour les aides à domicile concernent au premier chef les familles les plus aisées –, mais je constate que vous avez changé d'opinion.

Mme la ministre de la santé. M. Yves Bur m'a interrogée sur la fongibilité des enveloppes mises à la disposition des agences régionales de santé. Je me suis de longue date déclarée très favorable à une grande fongibilité pour donner une marge de manœuvre aux agences régionales. Il ne s'agit pas d'instaurer une fongibilité intégrale : dans tous les cas, la fongibilité ne pourrait être qu'asymétrique, en faveur de la prévention et des dépenses médico-sociales, et certains crédits ne peuvent être déconcentrés. C'est le cas, par exemple, des crédits du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), destinés au financement de programmes d'investissement lourds dont la nature exceptionnelle rend difficile une répartition *a priori* entre les régions. La fongibilité des fonds sera instituée progressivement, car elle implique une refonte globale de nos procédures, qui prendra du temps. Cela étant, le Gouvernement a souhaité franchir une étape importante dès 2011 en instaurant la fongibilité entre l'enveloppe régionale du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et celle du FMESPP. Je déposerai un amendement en ce sens au nom du Gouvernement lors de la discussion du texte en séance publique.

La politique immobilière est une condition essentielle de la modernisation des hôpitaux. L'architecture pavillonnaire des établissements anciens ne correspond plus aux exigences des soins hospitaliers. Il fallait définir une politique globale et j'ai demandé à l'Inspection générale des affaires sociales de dresser un bilan de la situation actuelle. D'une manière générale, nous invitons les hôpitaux à mieux valoriser leur patrimoine, notamment le patrimoine non affecté aux activités médicales, soit par des cessions, soit en optimisant la location. Ainsi, en 2009, les produits de cession ont rapporté 40 millions d'euros aux Hôpitaux civils de Lyon et 20 millions d'euros à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). À ce sujet, j'aimerais que la Mairie de Paris évalue le patrimoine immobilier de l'AP-HP de manière plus objective qu'elle ne le fait parfois, par exemple lorsqu'elle estime à 70 millions d'euros l'emprise de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul, que mon ministère a évaluée à 130 millions. Je souhaite que la Ville ait une conception plus éthique de ses évaluations immobilières.

Entre 2001 et 2009, les effectifs hospitaliers ont augmenté de 12,5 % pour les personnels médicaux, de 14 % pour les internes et de 9 % pour le personnel non médical. La progression des effectifs a ralenti depuis 2007 sous l'effet du plan de retour à l'équilibre de certains établissements, mais je rappelle que la règle du non-remplacement d'un fonctionnaire sur deux partant à la retraite ne s'applique pas à l'hôpital et que le secteur hospitalier est l'un de ceux qui embauchent le plus.

Comme vous l'avez souligné, monsieur Door, l'ONDAM sera respecté en 2010 pour la première fois depuis 1997, la mise en réserve de crédits ayant permis de couvrir intégralement tout risque de dépassement cette année. Toutes les conclusions du rapport Briet sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie ont été validées par le Président de la République. Deux des recommandations supposaient une transcription dans la loi ; elles figurent dans le projet de loi de financement pour 2011. La première mesure consiste à étendre les prérogatives du comité d'alerte, qui sera dorénavant chargé d'établir une expertise technique sur les hypothèses sous-jacentes à la construction de l'ONDAM. Les membres du comité d'alerte devront se prononcer, au plus tard le 15 octobre de chaque année, sur l'existence éventuelle d'une d'erreur manifeste qui pourrait affecter la sincérité de l'ONDAM. La deuxième mesure prévoit que le comité d'alerte rendra un nouvel avis sur le respect de l'ONDAM de l'exercice en cours, le 15 avril au plus tard. Il analysera alors les conséquences sur le respect de cet objectif des anticipations de réalisation de l'ONDAM de l'année précédente.

Ces dispositions complèteront les autres mesures issues du rapport. Je les rappelle pour mémoire : mieux informer le Parlement et les membres de la commission des comptes de la sécurité sociale en détaillant précisément la construction de l'ONDAM ; rendre pluriannuelle la programmation de l'ONDAM, à l'instar de ce qui est prévu dans la loi de programmation des finances publiques ; instaurer un comité de suivi statistique se réunissant tous les mois et chargé d'informer un comité de pilotage de l'ONDAM ; d'ici à 2012-2013, abaisser progressivement à 0,5 % de l'ONDAM voté – contre 0,75 % actuellement – le seuil d'alerte, soit un seuil maximum de dépassement d'environ 0,8 milliard d'euros ; conditionner l'application effective des mesures nouvelles prévues par la loi de financement ou de mesures nouvelles non prévues dans le projet de loi initial au respect effectif de l'ONDAM en cours d'exécution ; enfin, mettre en réserve préventivement une fraction des crédits budgétaires en début d'année qui pourront être délégués sous réserve du respect de l'ONDAM. Ainsi, 530 millions d'euros de crédits seront mis en réserve pour 2011.

M. Gérard Bapt. Selon quelle méthode, madame la ministre ? Par rabotage généralisé ou par chapitre ?

Mme la ministre de la santé. Je vous ferai part du détail.

M. Door a salué le relèvement du plafond donnant accès à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. C'est en effet un progrès substantiel, puisque ce plafond passera, au 1^{er} janvier en 2011, à 799 euros par mois pour une personne seule vivant en métropole et à 839 euros à partir du 1^{er} janvier 2012. Les dépenses nouvelles qui en résulteront s'élèveront à 23 millions d'euros en 2011 et à 64 millions en 2012.

Vous m'avez interrogée sur l'impact des mesures d'économie proposées dans le projet de loi de financement pour 2011 sur les organismes complémentaires. En tout, 470 millions de charges nouvelles devront être absorbées en 2011, dues pour 369 millions à l'impact des dispositions envisagées dans le projet de loi et pour 101 millions à la revalorisation des honoraires de consultation des médecins généralistes. Il convient cependant de déduire de cette charge les économies de 341 millions dues à la maîtrise médicalisée des dépenses – diminution de prix des médicaments et efficience de l'offre de santé – également définies dans le projet de loi. Les charges des organismes complémentaires s'accroîtront donc en réalité, du fait du projet de loi, de seulement 129 millions d'euros nets. Si l'on tient compte de l'effet, en 2011, du passage de 35 % à 15 % du taux de remboursement de certaines molécules à service médical rendu faible – environ 136 millions d'euros –, l'accroissement de

charges sera, pour les organismes complémentaires, de 260 millions d'euros nets. Or, 1 point de hausse de cotisations absorbe 320 millions de charges nouvelles. Par ailleurs, dans son rapport de 2008, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie concluait que, sous l'effet conjugué du vieillissement de la population et de la part croissante des affections de longue durée, remboursées à 100 % par l'assurance médicale obligatoire, la prise en charge des dépenses par l'assurance maladie tend à s'accroître d'environ 600 millions d'euros par an – un facteur qui limite l'impact de ces hausses de charges sur les cotisations.

Autrement dit, les mesures présentées dans le projet de loi de financement pour 2011 se traduiront inévitablement par une augmentation des cotisations aux organismes complémentaires, mais rien ne justifie une hausse massive : les 129 millions d'euros nets de charges supplémentaires auront un impact très modéré puisqu'une augmentation d'un point de cotisations suffit à couvrir 320 millions de charges nouvelles.

Vous avez évoqué la modification de la contribution exceptionnelle demandée aux organismes complémentaires lors de la campagne vaccinale contre la grippe A(H1N1). Nous avons eu l'occasion de traiter du coût de cette campagne lors de la commission d'enquête parlementaire, mais je tiens à redonner les chiffres exacts, pour en finir avec les estimations erronées qui continuent de circuler dans la presse, et dont certaines émanent de membres de la commission d'enquête parlementaire, qui devraient pourtant savoir à quoi s'en tenir.

Je le redis donc, le coût de la campagne vaccinale a été un peu supérieur à 500 millions d'euros, dont 420 millions représentent le coût des vaccins et des consommables, ainsi que les frais de résiliation des contrats d'approvisionnement, la logistique et l'indemnisation des personnels de santé requis pour ces opérations. À ce montant s'ajoutent quelque 90 millions d'euros portés à la charge du ministère de l'intérieur pour la gestion des centres de vaccination. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a créé une contribution exceptionnelle afin d'assurer la participation des organismes complémentaires à cette campagne, dont le montant attendu était de 250 millions d'euros. Compte tenu de la résiliation d'une partie des commandes de vaccins et du don de vaccins à l'Organisation mondiale de la santé, à la charge exclusive de l'État, la participation des organismes complémentaires ne représente plus que 110 millions d'euros, et le projet de loi de financement pour 2011 permettra de régulariser en conséquence le taux de la contribution.

Les honoraires de consultation des médecins généralistes seront portés à 23 euros. Lorsque les négociations conventionnelles se sont interrompues, avant les élections professionnelles, de nombreux dossiers restaient à l'étude, dont celui de la contribution des organismes complémentaires ou encore celui de la sécurité du dispositif. Ce travail doit donc être mené à son terme. La reprise des négociations sera l'occasion de reparler du secteur optionnel.

J'en viens aux médicaments orphelins. La mesure envisagée dans l'ONDAM pour 2011 consiste à supprimer trois exonérations de taxe accordées aux médicaments orphelins, qui réalisent un chiffre d'affaires supérieur à 20 millions d'euros par an. Le chiffre d'affaires des médicaments orphelins est en forte croissance : + 26 % en 2006, + 40 % en 2007, + 41 % en 2008 et, en 2009, + 14 % pour un montant de 1 milliard d'euros. Cinquante-sept médicaments orphelins disposant d'une autorisation de mise sur le marché sont pris en charge actuellement, dont 14 ont un chiffre d'affaires supérieur à 20 millions. Il convient d'évidence de recentrer les aides fiscales sur ceux dont le chiffre d'affaires est faible. Vous avez évoqué l'hypothèse consistant à porter le seuil d'exonération de taxes pour les médicaments orphelins à 30 millions d'euros de chiffre d'affaires. Le président du Comité économique des produits

de santé avait retenu ce seuil dans ses évaluations. Or, elles montrent que l'écart d'assiette serait de quelque 110 millions d'euros et que seuls quatre médicaments seraient exonérés dans la fourchette comprise entre 20 et 30 millions de chiffre d'affaires, contre dix médicaments réalisant plus de 30 millions de chiffre d'affaires. L'impact d'une telle mesure, monsieur le rapporteur, serait donc important.

M. le ministre du travail. Le rapport sur les retraites chapeau vous sera remis dans les tout prochains jours.

Monsieur Door, par la nouvelle tarification de cotisations dues au titre de la branche AT-MP, qui résulte du décret publié le 7 juillet dernier, nous souhaitons que l'évolution du taux de sinistres soit immédiatement répercutée dans les taux de cotisation. Il est très important qu'il en soit ainsi, car l'évolution des tarifs a permis de réduire le nombre des accidents du travail. D'ailleurs, s'il y a davantage de maladies professionnelles dans notre pays qu'auparavant, on y dénombre désormais moins d'accidents du travail que par le passé. Nous comptons sur ce décret pour améliorer encore la situation et rendre le dispositif plus immédiatement compréhensible.

Vous avez fait référence, monsieur Jacquat, aux mesures supplémentaires annoncées au Sénat à propos de la réforme des retraites, en faveur des mères de trois enfants et des parents d'enfant handicapé. Le financement de ces mesures nouvelles se fera d'une part dans le projet de loi de finances pour 2011 par la hausse de 2 % du prélèvement forfaitaire sur les plus-values immobilières et, d'autre part, par un amendement au projet de loi de financement pour 2011 prévoyant l'augmentation des prélèvements sociaux sur les revenus du capital, qui passeront de 2 % à 2,2 %. Ces recettes supplémentaires seront pour les unes transférées à la sécurité sociale, pour les autres au Fonds solidarité vieillesse.

S'agissant des retraites chapeau, les petites rentes posent effectivement problème, notamment dans les systèmes désormais fermés mais qui ont, à un moment donné, bénéficié à tous les salariés d'une entreprise. Ce ne sont évidemment pas ces rentes-là qui sont visées ; nous sommes conscients de la difficulté et nous travaillons à apporter une solution satisfaisante à cette difficulté.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État chargée des aînés. Mme Poletti peut être rassurée : le Plan solidarité-grand âge sera respecté. Ses objectifs ont déjà été atteints à 91 % avec 93 000 ouvertures sur les 96 000 prévues et les autorisations d'engagement se poursuivront en 2011, pour un montant qui atteindra 55 millions d'euros d'ici à 2012.

M. le président Pierre Méhaignerie. Il serait intéressant de connaître la situation géographique des places créées.

Mme Nadine Morano, secrétaire d'État chargée de la famille et de la solidarité. Les mesures relatives à la branche famille prises par le Gouvernement auront des conséquences sur les dépenses mais aussi sur les recettes, car nous avons pris des mesures de bonne gestion indispensables. Le président Méhaignerie a rappelé, à juste titre, que notre politique familiale française est au premier rang européen, avec une dépense de 100 milliards d'euros, soit 5,1 points du PIB. Nous avons décidé d'appliquer, l'année prochaine, les mécanismes normaux d'augmentation de toutes les allocations familiales. Nous aurions pu faire un autre choix politique, celui de geler ces prestations...

S'agissant, madame Clergeau, du mode de garde des enfants âgés de 2 à 3 ans, le Gouvernement est très attaché à l'école maternelle...

Mme la rapporteure pour la famille. À l'évidence ! C'est pourquoi vous supprimez 15 000 places en maternelle !

Mme la secrétaire d'État chargée de la famille. Le droit à l'école maternelle concerne les enfants âgés de trois ans. Avant, il y a des secteurs de pré-scolarisation. Le Gouvernement s'est engagé, en signant la convention d'objectifs et de gestion 2009-2012, à ce que l'augmentation moyenne des crédits du Fonds national d'action sociale soit de 7,5 % par an pendant cette période, soit au total 1,3 milliard d'euros, pour garantir la création de 200 000 offres de garde supplémentaires. Je déplore que vous n'ayez pas voté la mesure prévoyant quatre agréments au lieu de trois pour les assistantes maternelles : grâce à ce dispositif souple, nous avons déjà créé 21 300 places supplémentaires en 2009. Nous avons aussi créé 12 500 places de crèches et 32 500 solutions nouvelles d'accueil. Tel est le bilan établi par la CNAF. Les femmes qui travaillent bénéficient donc bel et bien d'un rythme important de création de places, qui leur permettent de faire garder leurs enfants dans de bonnes conditions. J'ajoute que, sur ce 1,3 milliard, 73 millions d'euros sont consacrés à créer près de 3 000 places d'accueil supplémentaires dans les 215 quartiers prioritaires dans lesquels le taux d'emploi des femmes est de 10 % inférieur à la moyenne nationale, faute de lieux de garde adaptés. Nous avons souhaité, là encore, être pragmatiques et efficaces.

Il est très difficile d'envisager de verser aux départements les prestations familiales pour les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance. Cette dépense relève de la branche famille de la sécurité sociale, qui n'est pas compétente en matière de protection de l'enfance et n'a pas vocation à le devenir. Si les choses doivent évoluer à ce sujet, il ne paraît pas raisonnable de le faire au détour d'un amendement dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement.

Un groupe de travail se consacre à la situation des familles monoparentales, que nous nous attachons à mieux accompagner. Il s'est réuni cinq fois depuis 2009 et il se penche en particulier sur la réforme de l'allocation de soutien familial différentielle.

M. le président Pierre Méhaignerie. Je puis comprendre insatisfactions, mécontentements et critiques. Mais la presque totalité des pays voisins ont réduit leurs prestations ; à tout le moins, ils ne les ont pas augmentées. Pour notre part, nous les avons augmentées de 5 % l'année dernière et de 3 % cette année. Yves Bur, Gilles Carrez et moi-même sommes allés rencontrer nos collègues présidents de commission du *Bundestag* et le ministre des finances allemand. La France a-t-elle pris conscience, nous ont-ils demandé, qu'une mondialisation est en cours, et de ses indispensables conséquences sur la maîtrise des dépenses publiques pour sauvegarder l'emploi ? « Vous autres Français, vous continuez d'augmenter vos prestations sociales alors que nous les avons réduites, y compris sous le gouvernement Schröder, pour protéger nos emplois. » Je mesure le poids des critiques, mais je pense quelles doivent être relativisées au vu de ce qui se passe actuellement dans les autres pays européens.

Mme Marisol Touraine. Je déplore les conditions dans lesquelles se tient cette audition. Notre commission se réunit pour entendre les ministres au même horaire que l'année dernière, et il est aussi peu satisfaisant. Il me paraît pourtant que l'on pourrait trouver une autre heure plus appropriée.

M. le président Pierre Méhaignerie. Je n'ai pas d'objection à ce que, l'an prochain, nous engagions cet examen à l'issue des questions au Gouvernement plutôt qu'immédiatement après le Conseil des ministres.

Mme Marisol Touraine. Nous n'y verrions que des avantages.

Monsieur Baroin, permettez-moi de vous dire, avec tout le respect que je vous dois, que ce n'est pas parce que vous allez répétant cent fois que vous ne voulez pas augmenter les impôts que la réalité ne sera pas que vous les aurez augmentés ! La réduction des niches fiscales, tout comme la liasse de documents que vous avez transmise à la Commission européenne pour démontrer que vous entendez réduire le déficit public, impliquent en soi une augmentation des impôts !

Le projet qui nous est présenté semble avoir été élaboré au fil de l'eau ; quoi qu'il en soit, il ne permet pas de relever les défis auxquels notre pays est confronté et, ce faisant, il menace notre protection sociale. Combien était préoccupant le débat d'hier soir, au cours duquel vous avez fait état du transfert précipité et non préparé d'une fraction de la CSG vers la CADES. La sécurité sociale, et la branche famille en particulier, n'a vraiment pas besoin de cet affaiblissement supplémentaire ! De même, la baisse du niveau des pensions est engagée avec la réforme et le sacrifice du Fonds de réserve pour les retraites. Et encore, madame la ministre : l'augmentation du reste à charge ne laisse pas d'inquiéter. Bien sûr, vous choisissez le cas intéressant des personnes hospitalisées, mais la réalité est que, en quatre ans, de 2005 à 2009, le reste à charge a augmenté de 9 % et que la part de la sécurité sociale dans cette dépense ayant diminué de 2 %, c'est celle des organismes complémentaires qui a progressé, ce qui est contraire au principe de la solidarité. Et pour les soins quotidiens, compte tenu des dépassements d'honoraires, vous savez très bien que le reste à charge est de quelque 50 % pour les assurés. Il y a des exemples concrets de remise en cause de la protection sociale, qui interrogent. Vous vous félicitez de l'augmentation, réelle, du nombre de personnes concernées par l'aide apportée à l'accès aux organismes complémentaires. Soit ! Mais, dois-je vous rappeler qu'en 2006 votre prédécesseur, M. Xavier Bertrand, avait fixé à 2 millions le nombre de personnes concernées ? Qu'allez-vous faire pour améliorer la situation ? Entendez-vous rehausser le plafond d'accès à la CMU-C pour englober tous ceux qui vivent sous le seuil de pauvreté ?

S'agissant de la branche famille, contrairement à ce qu'ont affirmé M. Baroin et M. le président de la Commission, l'abattement de 15 % sur les cotisations patronales consenti lors de l'application du régime du réel aux employés à domicile ne profite pas spécifiquement aux plus hauts revenus : il vaut tout aussi bien pour les ménages à revenus moyens, qui emploient les services d'une femme de ménage 4 heures par semaine. La position que nous défendons est en parfaite cohérence avec celle que nous avons toujours défendue. Nous avons déposé un amendement en Commission des finances tendant à réduire le seuil d'exonération auquel on peut prétendre ; mais cette mesure, qui aurait été plus juste, a malheureusement été rejetée par le Gouvernement.

Un projet de loi de financement ne remettant pas en cause la protection sociale suppose que l'on engage enfin une politique structurelle, notamment pour l'assurance maladie – et je ne reviendrai pas sur le débat relatif aux retraites.

Nous savons tous quelle est la réalité des dépassements d'honoraires. Le constat est fait : êtes-vous prêts à les limiter et à les plafonner ?

Les dispositions de la loi dite « HPST » semblent, pour ce qui est de la médecine de premier recours, être un échec. Très peu de mesures concernaient l'installation de médecins en zones déficitaires en offre de soins. Que proposez-vous, à présent que vous avez retiré toutes les mesures qui permettaient de mieux répondre à la demande de soins de proximité ? Êtes-vous prête, madame la ministre, alors que la loi le permet déjà, à vous engager dans une réorganisation de la rémunération des médecins pour vous orienter vers une rémunération non plus à l'acte, mais au forfait ?

S'agissant des effectifs hospitaliers, vos propos m'étonnent au moment où la pénurie de personnel rend les difficultés manifestes. L'hôpital Tenon, à Paris, contraint de fermer son service d'urgence il y a une semaine, a dû rediriger une centaine de malades vers l'hôpital Saint-Antoine, et il ne fonctionne toujours pas normalement. Pourriez-vous nous indiquer précisément le nombre d'embauches de personnel médical dans les hôpitaux publics au regard du nombre des départs en retraite, le nombre d'emplois de médecins, la nature des contrats signés et l'évolution constatée depuis l'an dernier ?

Mme Jacqueline Fraysse. Je proteste à mon tour sur les conditions de travail qui nous sont faites, qu'il s'agisse de l'horaire auquel nous siégeons ou de la date à laquelle les textes nous ont été transmis. Nous sommes mercredi ; nous avons l'obligation de déposer tous les amendements lundi prochain au plus tard ; nous disposons donc de deux jours ouvrés ! Les choses ne cessent de s'aggraver.

M. le président Pierre Méhaignerie. À mon initiative, l'expiration du délai réglementaire pour le dépôt des amendements a été repoussé de vendredi à lundi.

Mme Jacqueline Fraysse. C'est heureux, monsieur le président, car si nous n'avons ni le temps de lire les projets ni d'y travailler, ni de les amender, à quoi bon être là ?

J'ai été assez époustoufflée par l'autosatisfaction générale qui a marqué les interventions de nos excellents ministres. Il faut vraiment ne pas manquer de souffle pour nous expliquer que, finalement, les choses ne vont pas mal, sinon mieux et que tout aurait pu être pire, puisque l'on aurait pu geler les prestations familiales.

Vous sentez-vous vraiment bien dans ce rôle ?

Le déficit sera maintenu à plus de 23 milliards d'euros l'an prochain, toutes les branches sont à présent en difficulté et toutes les caisses ont rejeté votre projet de loi !

S'agissant de la branche famille, au-delà des mesures pénalisantes que vous avez prises pour la PAJE et pour l'aide au logement, et alors qu'en raison de la crise les besoins explosent, vous avez décidé de réduire les ressources correspondantes, puisque nous savons déjà que 1,2 milliard d'euros manqueront en 2013, parce que vous n'avez pas affecté à cette branche des ressources pérennes. Dans le même temps, vous maintenez des allègements de charges sociales patronales sur les bas salaires pour une dépense de plus de 21 milliards en continuant d'affirmer qu'elles sont « utiles pour l'emploi ». Comme cela ne se traduit pas par une explosion visible de créations d'emplois, pourriez-vous nous dire sur quelles études précises vous fondez cette appréciation ?

Schématiquement, toutes les mesures que vous prenez participent de la même stratégie de démolition de notre système solidaire, que, la main sur le cœur, vous prétendez défendre – une stratégie qui consiste à refuser d'affecter des recettes nouvelles à la protection

sociale. Cela conduit bien sûr à la réforme des retraites que l'on sait, mais aussi à la réduction du taux de couverture de l'assurance maladie dont Marisol Touraine a rappelé le mécanisme en quelques mots. Vous faites ainsi une place toujours croissante aux organismes complémentaires que tous ne peuvent pas s'offrir. Et pendant ce temps, la situation des malades s'aggrave.

Vous construisez délibérément le déficit de l'hôpital public pour le lui reprocher ensuite sévèrement en lui appliquant des mesures draconiennes. Je passe, à ce sujet, sur les événements inouïs qui viennent de se produire à l'hôpital Trousseau. Et l'on continue d'affirmer qu'il y a trop de personnel ! On fixe l'ONDAM en augmentation de 2,9 %, alors que la croissance nationale des charges des budgets des établissements est de 3,2 % ! Procéder de la sorte, c'est décider sereinement de mettre l'hôpital en déficit.

Quand, madame la ministre, le rapport sur la convergence des tarifs public-privé nous sera-t-il remis ?

Enfin, vous nous expliquez qu'il faut fermer des maternités au motif qu'elles seraient insuffisamment équipées et de ce fait dangereuses, mais que l'on ouvrirait par ailleurs des maisons de naissance dont nul ne connaît le statut, le mode de financement, ou les modalités de fonctionnement ? Le procédé peut paraître achronique, mais j'ai quelque idée du cheminement vers le privé qui le sous-tend.

M. Guy Malherbe. Le projet de loi de financement pour 2011 marque une nouvelle économie sur les médicaments ; il me paraît que l'on a atteint le point d'été à ce sujet.

Où en est la refonte du modèle de rémunération des pharmaciens d'officine ? Un groupe de travail constitué sous votre autorité, madame la ministre, a remis un rapport dans lequel des propositions sont formulées. J'observe qu'aucune mesure à ce sujet n'est reprise dans le projet de loi, mais des mesures réglementaires pourraient intervenir. Qu'en sera-t-il ?

Qu'en est-il, madame Berra, du rapport sur l'expérimentation des forfaits « soins » dans les EHPAD ? A-t-il été remis au Gouvernement et, si oui, quand en prendrons-nous connaissance ? J'ai cru comprendre que l'expérimentation ne semble pas parfaitement concluante ; ne convient-il pas d'en reporter la généralisation ?

M. Patrick Roy. Les propos des ministres sont particulièrement choquants. La preuve est faite, année après année, et cette année encore, que la droite est la championne des déficits et des mensonges. Des mensonges répétés ne font pas des vérités. Entendre notamment M. Woerth affirmer à quel point le budget qu'il nous présente permet la maîtrise des dépenses et favorise l'accès aux soins pour tous conduit à espérer qu'au moins il ne croit pas lui-même ce qu'il dit ! Quant à M. Baroin, pourrait-il nous expliquer pourquoi, alors que de tels déficits inquiètent, il ne s'intéresse qu'à la marge aux revenus du capital ? Ce serait pourtant un exercice de bonne gestion, mais les menues inflexions en ce sens ne sont là que pour l'affichage et elles comptent pour bien peu rapportées à la masse de ce qui est demandé aux salariés.

Dans un tout autre domaine, je suis très attaché à l'accueil des enfants en maternelle dès l'âge de deux ans et je me dois de dire à Mme Morano que leur accueil régresse fortement, notamment dans les quartiers défavorisés.

M. le président Pierre Méhaignerie. Je souhaite rappeler qu'après 1982-1983, période à laquelle je siégeais déjà à l'Assemblée nationale, le pouvoir d'achat a fortement baissé. Cette époque – 1983-1988 – est la seule pendant laquelle la part des salaires a baissé de 8 points dans la valeur ajoutée par rapport à la rémunération du capital, et nous avons connu deux dévaluations successives. Il faut mesurer ce qu'est la réalité du monde : j'organiserais volontiers un voyage d'études avec les responsables de chaque parti pour leur permettre de constater ce qui se passe autour de nous.

Mme Jacqueline Fraysse. Cela ne justifie rien ! Les gouvernements des pays voisins peuvent prendre des mesures similaires aux vôtres, cela n'empêche pas les peuples de crier leur colère !

M. le président Pierre Méhaignerie. Restez dans une bulle toute française et vous vous fracasserez sur la réalité dans les trois mois !

M. Jean Mallot. L'ONDAM sera donc tenu en 2010. Dont acte, mais à quel prix ! Quarante pour cent des Français reportent des soins ou y renoncent pour des raisons financières. En 2008, 9 millions de Français se sont privés de soins faute d'argent. Les dépenses de santé restant à leur charge ont augmenté de 50 % en dix ans. Le système de protection sociale est devenu plus inégalitaire : vous le savez, mais vous ne le reconnaissez pas.

S'agissant des projet de loi de financement successifs, vos hypothèses économiques sont glissantes, mais avec des constantes : un taux de croissance toujours fixé à 2,5 % mais qui a la particularité, comme l'horizon, de reculer à mesure que l'on avance vers lui. Pour ce qui est de la masse salariale, vous avez revu vos prévisions premières à la baisse. En bref, vos hypothèses économiques montrent leur fragilité habituelle, ce qui devrait vous conduire à ne pas trop vous fonder sur elles – vous y conduire d'autant moins que vous les révisiez tous les six mois. Incidemment, ces révisions successives disent assez le crédit que l'on peut accorder aux hypothèses à cinquante ans contenues dans le rapport du Conseil d'orientation des retraites (COR) auquel vous aimez tant vous référer pour justifier votre réforme des retraites. Les conclusions de l'annexe B montrent un déficit très comparable à celui de cette année : on ne peut vraiment pas dire que vous preniez des mesures pour rétablir l'équilibre, ni en 2011 ni au cours des trois années suivantes.

S'agissant ensuite de votre manière de traiter le déficit de la branche vieillesse, vous vous apprêtez à pomper flux et stocks du Fonds de réserve pour les retraites, mais, ce faisant, vous ne réglez en rien la question de la dette à venir des branches famille et maladie soit, selon vos propres prévisions, 45,2 milliards pour les deux. Comment prévoyez-vous de résorber ces nouveaux déficits ? Si c'est de nouveau par le biais de la CADES, avec quel financement en contrepartie ?

Mme Edwige Antier. Mes remerciements vont à Mme Morano, qui a le courage de ne pas se défaire d'une partie de son budget sur l'Éducation nationale au prétexte de scolariser les enfants de deux ans, ce qui permet de multiplier les places en crèches et en jardins d'enfants, où ils sont bien mieux. Comment prétendre qu'une institutrice débordée puisse développer l'acquisition du langage chez des petits encore en couches, dans une classe de vingt-cinq enfants ? Je le répète, rien ne vaut, pour ces bambins, crèches et jardins d'enfants.

Je demande, par ailleurs, à Mme Morano et à M. Baroin de protéger avec vigilance la PAJE, prestation familiale créée par M. Bas et par Mme Hermange qui a professionnalisé la garde d'enfants. Sa disparition ferait courir le risque de voir réapparaître les gardes d'enfants peu sûres et le travail au noir.

Les maisons de naissance m'inspirent, madame la ministre de la santé, une petite crainte. Il ne faudrait pas que, après avoir eu le courage de fermer de petites maternités à haut risque, on en vienne à les remplacer par de nouvelles structures qui ne seraient pas plus sûres. Les maisons de naissance doivent absolument être mitoyennes des maternités de niveau 2 et de niveau 3.

Enfin, l'article 35 du projet permettra que des accords cadres soient passés avec les représentants des fabricants de dispositifs médicaux. J'avais, l'année dernière, déposé un amendement en ce sens, rejeté car jugé d'ordre réglementaire. Je suis heureuse que l'on y revienne, mais il faut associer à l'élaboration des accords la Fédération de l'hospitalisation privée : on verra alors que les prix, mieux négociés, baisseront.

Mme Michèle Delaunay. Dans le rabotage des niches fiscales, monsieur le ministre du budget, vous avez à juste titre écarté les dons ; cependant, ne serait-il pas judicieux de revoir la notion de reconnaissance d'utilité publique ? Celle de certaines associations ou fondations, qui servent en réalité des intérêts privés, apparaît en effet discutable.

Par ailleurs, nous avons été interpellés par ce que nous a dit M. Didier Migaud au sujet de la radiologie, dont le coût élevé empêche les investissements publics en imagerie, investissements qui permettraient à terme des économies. J'aimerais donc que l'on s'interroge sérieusement sur la fongibilité asymétrique en direction du privé instituée par la loi dite « HPST ». Puisqu'il s'agit d'argent public, quand la Cour des comptes pourra-t-elle avoir, madame la ministre de la santé, un droit de regard sur les établissements privés et leurs pratiques ?

Enfin, pour les handicapés, les médicaments dont le taux de remboursement passera de 35 à 30 % ne sont pas de confort, mais de nécessité – telles certaines crèmes ou chaussettes de contention. Les personnes concernées, dont les revenus sont souvent très faibles, ressentent durement, un peu comme une humiliation, une telle décision. Je serais donc très heureuse que vous y renonciez.

M. Michel Issindou. Projet après projet, on ne règle pas le problème de fond, à savoir les déficits. On peut certes se réjouir, monsieur le ministre du budget, de passer de 27 milliards d'euros à 23 milliards en 2010. Mais, année après année, ces déficits s'accumulent.

Vous répétez qu'il n'est pas question d'augmenter les prélèvements obligatoires ; on peut entendre ce discours, mais il conduira inévitablement à dégrader notre protection sociale, de sorte que nos concitoyens devront de plus en plus se tourner vers les organismes complémentaires et le système privé. Bref, soit vous campez sur votre dogme, soit vous en sortez, ce dont, d'ailleurs, les Français vous sauraient gré, dès lors que cela permettrait de préserver notre haut niveau de protection sociale.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. L'ONDAM médico-social, dont la progression s'établit à 3,8 %, prend désormais en compte les ouvertures réelles de places. Le rapport de Bérengère Poletti consacré à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) avait,

en effet, mis en évidence les non-consommations de crédits. L'article 47 du projet de loi de financement y remédie, mais j'aimerais savoir comment, au-delà des crédits de paiement, nous pourrions désormais suivre les engagements, s'agissant notamment des plans et de leur suivi. La mission d'information présidée par Laurence Dumont avait d'ailleurs souligné cette difficulté. Je souhaite vous poser la même question au sujet des agences régionales de santé, même si je crois savoir qu'un bilan sera dressé à la fin de l'année.

J'aimerais également avoir des précisions sur les créations de places pour les personnes handicapées, notamment les enfants. On a parlé de 4 600 places en 2011, ce qui me paraît peu. Combien sont prévues pour les enfants, et combien pour les adultes ? Y a-t-il des mesures nouvelles pour les cas spécifiques, tels que l'autisme ?

Enfin, beaucoup de personnes concernées par la CMU-C connaissent de graves difficultés, que celles-ci soient liées à un handicap ou à des ressources inférieures au seuil de pauvreté. Je crains, à cet égard, que les revalorisations proposées à l'article 18 ne soient insuffisantes, d'autant que les mesures de déremboursement pénalisent déjà beaucoup ces personnes.

Mme Catherine Génisson. Comme le rappelait Michel Issindou, nous devons avoir un débat de fond et serein sur notre système de protection sociale.

J'évoquerai à cet égard deux sujets, en commençant par les ALD.

Vous avez dit, madame la ministre de la santé, que l'hypertension artérielle isolée n'en ferait désormais plus partie. Pourquoi ne pas aborder sereinement et dans sa globalité la question des ALD, plutôt que d'en restreindre ainsi le champ par petites touches ?

Le second point concerne les parts respectives, dans notre système de protection sociale, du régime général et des mutuelles ou organismes assuranciers. De façon insidieuse, année après année, la part du premier diminue au profit des seconds. Vous avez parlé, madame la ministre de la santé, de la prise en charge des pathologies dentaires et ophtalmologiques, en évoquant d'ailleurs un « marché » des assurances complémentaires. Ces domaines, notamment en matière de prévention, ne relèvent-ils à vos yeux que du système mutualiste et assurantiel ?

S'agissant de la parité des ONDAM de la médecine de ville et de l'hôpital, des mesures précises en faveur de la permanence des soins sont-elles prévues ? Marisol Touraine évoquait les insuffisances de la loi dite « HPST » en matière de médecine de premier recours ; or les difficultés ne cessent de s'aggraver, notamment pour les hôpitaux, qui, de plus en plus souvent, doivent assurer seuls la permanence des soins.

Que pensez-vous, par ailleurs, de la réorganisation de la prise en charge de l'urgence en chirurgie ? Même si une rationalisation qualitative est souhaitable, certaines propositions semblent quelque peu ubuesques, notamment pour l'assistance publique en région parisienne.

La médicalisation des maisons de retraite est sans doute une bonne chose. Mais, liera-t-on cette question à celle de la permanence des soins ? De nombreuses personnes âgées attendent souvent des heures, allongées sur des brancards au service des urgences, alors qu'une simple visite en maison de retraite résoudrait leur problème. Ce serait là un bienfait social, humain et économique.

M. Patrick Lebreton. Lors des travaux préparatoires du projet de loi de financement, des associations de diabétiques se sont émues d'un éventuel déremboursement brutal des bandelettes d'autotest. Or, dans les départements d'outre-mer, le diabète est un problème de santé publique majeur, notamment à la Réunion, où près de 10 % de la population est concernée. Compte tenu de la situation souvent difficile de ces personnes, le risque existe qu'elles ne s'autocontrôlent plus, ce qui pourrait ensuite rendre leur traitement plus difficile et plus coûteux.

Vous semblez privilégier la pédagogie et le rôle du médecin traitant, mettant ainsi en œuvre les préconisations de la Haute Autorité de santé. Nous confirmez-vous que le déremboursement brutal des bandelettes d'autotest est exclu ? Quand les décisions définitives concernant la prise en charge du diabète seront-elles adoptées ?

Mme Martine Pinville. Madame la secrétaire d'État chargée de la famille, le Gouvernement annonce la création de 200 000 places d'accueil pour la petite enfance d'ici à 2012. Cependant, les collectivités locales retardent leurs investissements, à hauteur d'environ 170 millions d'euros cette année. Comment tenir les objectifs si les collectivités, en raison de leurs difficultés financières croissantes, ne peuvent s'y associer ?

Mme Gisèle Biémouret. Madame la ministre de la santé, la loi dite « HPST » n'a pas pris en compte les hôpitaux ruraux.

Mme la ministre de la santé. Ce n'est pas vrai ! Ils sont à peu près tous en équilibre !

Mme Gisèle Biémouret. Je suis présidente d'un centre hospitalier en milieu rural qui connaît de grandes difficultés. Mon département du Gers compte huit hôpitaux, soit la moitié des hôpitaux de la région Midi-Pyrénées.

Outre le financement, l'autre problème est le personnel soignant et la permanence des soins, puisque, dans ces hôpitaux, ce sont souvent les médecins de ville qui interviennent. Comment améliorer le fonctionnement de ces hôpitaux ?

M. le ministre du budget. Les députés de l'opposition contestent l'architecture générale du projet, mais je n'ai entendu de leur part aucune proposition alternative. Je les invite à assumer politiquement et à déclarer, publiquement, qu'ils souhaitent augmenter les impôts.

Vous devriez réfléchir au passé : une espérance folle vous a conduits à nier les évolutions démographiques, en matière de santé comme de retraite. Résultat, deux ans plus tard, notre pays a connu une inflation à deux chiffres, une troisième dévaluation, un blocage des prix et une réduction des salaires. Il a ainsi fallu aller à Rungis pour s'assurer du blocage des prix ! Si c'est ce que vous voulez, assumez-le ! Mais ne feignez pas d'ignorer qu'il y a eu une crise et, avec elle, une secousse énorme sur les monnaies européennes ! Si vous voulez que notre pays connaisse la même situation que la Grèce ou l'Espagne, dites-le clairement. C'est précisément parce que, pour notre part, nous le refusons, que le projet de loi de financement de la sécurité sociale ne prévoit pas d'augmentation des prélèvements obligatoires et se concentre sur la maîtrise des dépenses.

Nous aurions bien entendu souhaité réduire davantage les déficits. Mais, reconnaissez que, si nous n'avions rien fait, ils auraient été alourdis de 8 à 9 milliards. Par

ailleurs, pour la première fois, ce projet de loi de financement marque un coup d'arrêt dans l'inflexion déficitaire ; il s'inscrit à ce titre dans un projet plus global de réduction des déficits publics, tout en continuant à offrir à nos concitoyens un niveau acceptable de protection sociale.

Mme la ministre de la santé. Je tenterai de répondre de mon mieux au feu roulant de questions auquel vous m'avez soumise.

S'agissant de la répartition des gels budgétaires, 530 millions d'euros de crédits seront mis en réserve en 2011, dont 400 millions pour l'hôpital – je détaillerai ultérieurement la ventilation entre les fonds, car je n'ai pas encore tranché. 30 millions d'euros seront mis en réserve sur les dotations du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS). Avec une dotation portée à 250 millions en 2011, son fonds de roulement sera de 45 millions fin 2011, ce qui permet de réaliser le gel sans difficulté.

Enfin, 100 millions d'euros seront gelés pour le médico-social. Les mises en réserve sur l'enveloppe « soins de ville » sont moins importantes, parce que les crédits sont d'une nature différente et que les autres fonds – le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire d'une part, le Fonds national d'action sanitaire et sociale, d'autre part – sont hors ONDAM.

Pour ce qui est de la responsabilité civile professionnelle des médecins, M. François Baroin et moi-même avons chargé M. Gilles Johanet d'une mission de concertation avec la profession pour définir les solutions possibles. Il ressort de son rapport que le relèvement du plancher de garantie comme celui du seuil de prise en charge des primes devraient être écartés car ils sont jugés inflationnistes ; que la mutualisation des risques exceptionnels entre les assureurs et l'ensemble des praticiens potentiellement concernés devrait être privilégiée et qu'une réécriture *a minima* de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 pourrait être effectuée sans attendre les conclusions d'un rapport complémentaire. Aussi proposerons-nous par amendement de supprimer la condition d'insolvabilité du professionnel pour que l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux intervienne sans action récursoire au-delà du plafond de garantie.

Nous avons confié à M. Johanet une deuxième mission tendant à mettre au point une méthode de mutualisation plus large et à élaborer un dispositif de solidarité entre plusieurs professions de santé. Cela consistera peut-être à modifier ce même article 44 en élargissant son champ à toutes les professions médicales, notamment les sages-femmes, et en prévoyant un mécanisme d'écêtement pour les sinistres les plus graves. La solution envisagée permettrait de couvrir les sinistres compris entre le plancher de garantie et ce montant.

M. Jean-Pierre Door m'a interrogée sur le report au 1^{er} janvier 2013 de la facturation directe des établissements de santé. Le cadre général posé par l'article 54 de la loi de financement pour 2009 reste d'actualité. Nous avons pris du retard, je le reconnais, mais la mobilisation est réelle. Le choix des établissements participants à l'expérimentation a donné lieu à un appel à candidatures et cent établissements se sont portés candidats. La première version du projet de décret concernant les modalités de l'expérimentation a été diffusée pour consultation début septembre. Nous en sommes à la finalisation du cahier des charges technique. Compte tenu du retard pris au démarrage, j'ai demandé une prolongation de l'expérimentation jusqu'à la fin de l'année 2012 ; C'est l'objet de l'article 37 du projet de loi.

J'en viens à l'évolution du reste à charge des ménages. Parmi les pays de l'OCDE, la France se caractérise par la part élevée de la richesse nationale qu'elle consacre aux dépenses de santé et par la faiblesse de la part de ces dépenses restant à la charge des ménages. Cette particularité est rendue possible, comme aux Pays-Bas, par le haut niveau de prise en charge publique et le rôle important joué par les organismes complémentaires. Par rapport à ses principaux partenaires, la France se situe dans le groupe de tête. Avec une dépense totale de santé égale à 11,2 % de son PIB en 2008, la France se trouve en deuxième position des pays membres de l'OCDE, derrière les États-Unis – avec lesquels les comparaisons sont sans signification étant donné l'ampleur des honoraires médicaux – et à un niveau supérieur à celui de la Suisse et de l'Allemagne.

Le financement de la dépense de santé fait intervenir quatre acteurs : la sécurité sociale, les organismes de protection complémentaire, l'État et les ménages. En France, la part de la dépense totale de santé restant finalement à la charge des ménages s'élève à 7,4 % : c'est un des taux les plus bas des pays de l'OCDE. Ce faible niveau du reste à charge s'explique par une prise en charge publique élevée – 78 % –, qui place la France très au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE. Ainsi, à financements publics sensiblement égaux, la France et l'Italie ont des restes à charge finaux très différents : respectivement 7,4 % et 19,5 %. Le rôle des organismes complémentaires est donc déterminant. En France, 94 % de la population est couverte par un contrat d'assurance complémentaire santé, et la puissance publique intervient de manière très substantielle dans l'accès à ces organismes complémentaires.

Vous avez également évoqué la situation de l'AP-HP et l'évolution de son budget. Il serait malhonnête de présenter les efforts de gestion demandés au plus grand groupe hospitalier européen comme la conséquence d'un désengagement de l'État, alors que les moyens qui lui sont alloués ont été en constante augmentation. Rien qu'en 2010, l'assurance maladie doit verser à l'AP-HP près de 37 millions d'euros de plus qu'en 2009 et près de 150 millions de plus qu'en 2008. Les évolutions que j'ai tenu à apporter à la tarification à l'activité en 2009 et en 2010 pour tenir compte davantage du niveau de sévérité des cas et de la précarité des patients ont été très favorables à l'AP-HP. En revanche, on rappellera que le passage à la tarification à l'activité a mis en évidence la surdotation de l'AP-HP par rapport aux autres hôpitaux du pays, y compris aux autres établissements de grande taille. Il est tout à fait légitime de réduire cet écart, qui ne se justifie pas.

Le rapport sur la convergence tarifaire a été transmis au Secrétariat général du Gouvernement, qui est chargé de le communiquer au Parlement : vous l'aurez donc d'ici peu.

Expérimenter des maisons de naissance ne signifie évidemment pas reconstituer sous une autre appellation de petites maternités dangereuses. Une convention sera passée entre chacune de ces maisons et le service de gynécologie-obstétrique de l'établissement de santé attenant. Les femmes qui accoucheront en maison de naissance devront ne présenter aucun facteur de risque connu et vouloir un accouchement physiologique. Ce profil correspond à celui des accouchements par voie basse sans complication avec une courte durée de séjour, qui représentent un peu moins de 1 % des accouchements. Des femmes sensibilisées à l'accouchement physiologique pourraient également s'inscrire en maison de naissance. Pour le moment, l'expérimentation ne concernera donc qu'un faible pourcentage de naissances, mais l'effet statistique sera néanmoins étudié.

Sur cette demande qui émane de certaines femmes, je ne porte pas de jugement de valeur. Les principaux éléments du cahier des charges ont fait l'objet d'un document issu d'une concertation réalisée en 2008 au sein de la Commission nationale de la naissance.

L'adossement à une structure présentant toutes les garanties de sécurité est une condition sur laquelle nous ne saurions transiger.

Mme Edwige Antier m'a interrogée sur l'accord cadre sur les dispositifs médicaux. Cet accord est signé entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et les organisations représentant les industriels concernés. Le CEPS est informé des prix pratiqués par les industriels et il peut prendre attache avec les fédérations hospitalières. Il fixe les prix pour la liste ville et pour la liste en sus à l'hôpital. Pour les dispositifs médicaux utilisés à l'hôpital qui ne figurent pas sur la liste en sus, les établissements de santé procèdent à des appels d'offre. Dans ce cas, les prix ne sont pas fixés par le CEPS.

Non, monsieur Malherbe, on n'a pas atteint le « taquet » pour ce qui est des prix des médicaments. L'évolution est permanente, puisqu'il s'agit de sortir du remboursement ou de moins rembourser les produits jugés moins efficaces pour faire entrer sans arrêt de nouvelles molécules au remboursement – pour 300 millions d'euros chaque année. Pour autant, globalement la dépense de médicament ne diminue pas en France, ce que l'on peut regretter.

La négociation avec les pharmaciens d'officine se poursuit. Je leur ai indiqué qu'ils ont bénéficié cette année de l'impact positif de la réforme de la taxe professionnelle, pour 60 millions d'euros, et qu'il ressort des conclusions du rapport de l'IGAS sur l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans le forfait de soins des EHPAD qu'elle doit être prolongée. Les représentants des officines comprennent, au regard de la situation budgétaire, que toute mesure de revalorisation doit être gagée. Je tiens à maintenir le maillage officinal dans les zones « sous-denses », et nous y travaillons.

Votre question, monsieur Lebreton, me permet de clarifier la mesure relative au forfait de remboursement pour les bandelettes d'autocontrôle du diabète. Je tiens, en effet, à souligner que cette mesure ne concerne nullement les diabétiques insulino-dépendants, mais les malades atteints de diabète de type 2 non insulino-dépendant. L'assurance maladie a constaté que 10 % des patients atteints de diabète non insulino-dépendant de type 2 utilisent en moyenne 510 bandelettes par an, alors que la plupart des patients non insulino-dépendants n'en consomment aucune. Pour éviter ces gaspillages, nous envisageons de forfaitiser le remboursement de bandelettes par patient et par trimestre. Ce forfait sera fixé par le CEPS sur les recommandations de la Haute Autorité de santé. Cela ne devrait pas poser de problème particulier, et nous attendons de cette mesure 35 millions d'euros d'économies en 2011 pour l'assurance maladie.

Mais, le traitement du diabète de type 2 doit aussi s'accompagner de mesures de prévention et d'éducation thérapeutique. Ainsi, les recommandations sur la prise en charge du diabète de type 2 s'accordent pour préconiser le dosage systématique, quatre fois par an, de l'hémoglobine glycosylée. Or, en 2008, 40 % seulement des personnes diabétiques suivies par des médecins traitants ont bénéficié de ces dosages. Pour améliorer ce suivi, la CNAMTS a introduit un indicateur concernant la prescription de dosage de l'hémoglobine glycosylée pour les patients diabétiques dans le contrat d'amélioration des pratiques individuelles qu'elle signe avec les médecins traitants. L'objectif escompté à trois ans est que 65 % de patients diabétiques bénéficient effectivement de ces trois ou quatre dosages dans l'année.

Il s'agit donc, vous le voyez, d'une maîtrise médicalisée de la dépense : rien ne sert d'utiliser des bandelettes inutilement alors que, dans le même temps, des examens utiles ne sont pas faits.

La situation financière des établissements de santé, contrairement à ce que l'on entend dire, s'est très significativement améliorée. Leurs comptes, qui avaient connu une lente dégradation jusqu'en 2007, ont montré en 2008 une inversion de tendance. En 2008, le résultat sur le compte de résultat principal s'est établi au niveau national, tous établissements confondus, à - 570 millions d'euros, contre - 686 millions d'euros en 2007. Les chiffres disponibles à ce jour pour 2009 – ils correspondent à 84,9 % des établissements représentant 93,7 % du budget des hôpitaux – confirment cette tendance à l'amélioration, avec un déficit évalué pour l'instant à environ 493 millions d'euros, soit 74 millions de moins qu'en 2008. Soixante-sept pour cent des établissements présenteront des comptes à l'équilibre ou en excédent à la clôture des comptes pour l'exercice 2009.

L'essentiel du déficit se concentre sur les CHR et les CHU, dont la situation financière s'est toutefois améliorée. Malgré cela, ils représentent à eux seuls plus de 80 % du total des déficits des hôpitaux. On regrettera que l'évolution globale ainsi décrite masque de très grandes disparités.

M. Michel Issindou. Mais la qualité des soins demeure-t-elle ?

Mme la ministre de la santé. Bien sûr ! Ce n'est pas parce que les comptes d'un hôpital sont à l'équilibre que les soins qui y sont dispensés ne seraient pas de qualité ! À l'inverse, cet équilibre préserve ses capacités d'investissement et de modernisation, ce dont les établissements en déficit sont incapables.

Enfin, pour les hôpitaux locaux, le passage à la tarification à l'activité n'est prévu qu'en 2012. Leur situation financière est globalement saine, avec un excédent global de 24 millions d'euros en 2009, supérieur à celui constaté en 2008. Cela n'empêche pas la persistance de difficultés locales, mais cette évolution favorable montre que le déficit n'est pas une fatalité, et nous invite à être rigoureux.

Mme la secrétaire d'État chargée de la famille. Je tiens à rassurer Mme Carrillon-Couvreur : le Président de la République a pris l'engagement très ferme qu'aucune économie n'aurait lieu s'agissant des personnes handicapées ; il n'y aura pas d'économies sur les créations de places, dont le rythme ne s'essoufflera pas. En 2011, il y aura donc 4 600 places, pour 152 millions d'euros, dont 1 046 places pour les enfants.

Les 23 structures expérimentales pour les enfants atteints d'autisme prévues au budget de 2010 sont en cours de réalisation pour 18 millions d'euros : elles comptent 371 places.

Le Gouvernement, madame Pinville, a tenu ses engagements sur les créations de places ; il revient maintenant aux collectivités locales de faire leur part.

Je regrette que vous n'ayez pas voté le relèvement du crédit d'impôt destiné à favoriser la création de places de crèches d'entreprises, une disposition qui a sans conteste dynamisé ces créations, dont 1 600 ont eu lieu l'an dernier.

M. le président Pierre Méhaignerie. Le dispositif est excellent, pour les collectivités locales également.

Mme la secrétaire d'État chargée des aînés. L'expérimentation de la réintégration du budget médicaments dans le forfait « soins » des EPHAD, monsieur Malherbe, a commencé avec dix-huit mois de retard, et six mois n'ont pas suffi à la rendre suffisamment

concluante. Il convient à la fois de la prolonger et de revoir sa méthodologie. Aussi, l'expérimentation se poursuivra-t-elle deux ans de plus, avant une généralisation éventuelle du dispositif en 2013.

Madame Carrillon-Couvreur, la CNSA travaille avec les agences régionales de santé à la mise au point d'un outil qui permettra de mesurer l'état d'avancement des plans régionaux. Cet instrument sera l'une des priorités de la convention d'objectifs et de moyens de la CNSA.

Enfin, je rappelle que Mme Bérengère Poletti et M. Yves Bur ont fait adapter un amendement au projet de loi organique tendant à ce qu'à l'avenir les autorisations d'engagement soient détaillées en annexe du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Pour 2011, ces informations seront communiquées la semaine prochaine à votre rapporteure, qui pourra les inclure dans son rapport.

M. le président Pierre Méhaignerie. Plus personne ne demande la parole ? Je considère donc que la discussion générale du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 est close. Mesdames, messieurs, je vous remercie.

La séance est levée à quatorze heures vingt.



Informations relatives à la Commission

La Commission des affaires sociales a désigné :

– **MM. Jean-Marie Rolland et Christian Paul** rapporteurs sur la mise en œuvre de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

– **MM. Gérard Cherpion et Jean-Patrick Gille** rapporteurs sur la mise en œuvre de la loi n° 2009-1437 du 24 novembre 2009 relative à l'orientation et à la formation professionnelle tout au long de la vie ;

– **Mme Danièle Hoffman-Rispal et M. Arnaud Richard** pour participer aux travaux du Comité d'évaluation et de contrôle sur l'évaluation de la politique d'hébergement d'urgence.



Présences en réunion

Réunion du mercredi 13 octobre 2010 à 11 heures 30

Présents. – M. Élie Aboud, Mme Edwige Antier, M. Jean Bardet, Mme Gisèle Biémouret, Mme Valérie Boyer, M. Yves Bur, Mme Martine Carrillon-Couvreur, M. Gérard Cherpion, M. Jean-François Chossy, Mme Marie-Françoise Clergeau, M. Georges Colombier, Mme Marie-Christine Dalloz, M. Rémi Delatte, Mme Michèle Delaunay, M. Vincent Descoeur, M. Jacques Domergue, M. Jean-Pierre Door, M. Dominique Dord, Mme Laurence Dumont, Mme Cécile Dumoulin, Mme Jacqueline Fraysse, Mme Cécile Gallez, Mme Catherine Génisson, M. Jean-Patrick Gille, M. Maxime Gremetz, Mme Anne Grommerch, Mme Danièle Hoffman-Rispal, M. Christian Hutin, Mme Monique Iborra, M. Michel Issindou, M. Denis Jacquat, M. Paul Jeanneteau, M. Yves Jégo, M. Patrick Lebreton, M. Guy Lefrand, M. Jean-Claude Leroy, M. Céleste Lett, M. Michel Liebgott, M. Guy Malherbe, M. Jean Mallot, M. Pierre Méhaignerie, M. Pierre Morange, M. Philippe Morenvillier, M. Roland Muzeau, M. Bernard Perrut, M. Étienne Pinte, Mme Martine Pinville, Mme Bérengère Poletti, M. Jean-Luc Prél, M. Arnaud Robinet, Mme Valérie Rosso-Debord, Mme Marisol Touraine, M. Francis Vercamer

Excusés. – Mme Catherine Lemorton, M. Jean Leonetti, Mme Françoise de Salvador, M. Fernand Siré

Assistaient également à la réunion. – M. Gérard Bapt, M. Patrick Roy