

# JOURNAL OFFICIEL

DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DÉBATS PARLEMENTAIRES

ASSEMBLÉE NATIONALE

---

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

10<sup>e</sup> Législature

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1994-1995

(65<sup>e</sup> SÉANCE)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

2<sup>e</sup> séance du lundi 14 novembre 1994



## SOMMAIRE

### PRÉSIDENTE DE M. GILLES DE ROBIEN

1. **Rapport relatif à l'évolution de la sécurité sociale.** - Suite du débat sur ce rapport (p. 6811).

MM. Jean-Luc Prél,  
Jean-Pierre Delalande,  
François Loos,  
Jean Bardet,  
Étienne Garnier.

Mme Simone Veil, ministre d'État, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville.

Clôture du débat.

2. **Loi de finances pour 1995 (deuxième partie).** - Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 6822).

AFFAIRES SOCIALES, SANTÉ ET VILLE

Affaires sociales et santé

M. Adrien Zeller, rapporteur spécial de la commission des finances, pour les affaires sociales.

M. Pierre Hellier, rapporteur pour avis de la commission des affaires culturelles, pour les affaires sociales.

M. Alain Rodet, rapporteur spécial de la commission des finances, pour la santé.

M. Georges Tron, rapporteur pour avis de la commission des affaires culturelles, pour la santé.

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

3. **Dépôt de projets de loi** (p. 6830).

4. **Dépôt d'un projet de loi adopté avec modifications par le Sénat** (p. 6830).

5. **Ordre du jour** (p. 6830).

# COMPTE RENDU INTÉGRAL

**PRÉSIDENTIE DE M. GILLES DE ROBIEN,**  
**vice-président**

La séance est ouverte à vingt et une heures trente.

**M. le président.** La séance est ouverte.

1

## RAPPORT RELATIF À L'ÉVOLUTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

### Suite du débat sur ce rapport

**M. le président.** L'ordre du jour appelle la suite du débat sur la déclaration du Gouvernement sur le rapport relatif à l'évolution des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

**M. Jean-Luc Prével.** Madame le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, je tiens, tout d'abord, à vous remercier pour nous avoir présenté dès cette année le premier rapport relatif à la sécurité sociale.

Nombreux sont ceux qui considéraient que l'engagement pris lors de la discussion de la loi de juillet 1994 ne serait pas tenu. Eh bien ! il l'a été, et il s'agit là d'un progrès considérable.

Cependant, je regrette qu'il n'ait pas été possible d'aller plus loin. En effet, les dépenses sociales s'élèvent à 2 200 milliards de francs, soit plus que le budget de l'Etat, et les responsabilités ne sont pas clairement définies. On ne sait aujourd'hui qui négocie, qui décide, qui fixe les dépenses, qui fixe les recettes, qui gère le courant et les éventuels dérapages.

Les recettes sont encore constituées, pour l'essentiel, de cotisations sociales, qui pèsent lourdement sur le coût du travail, donc sur le coût des produits et sur l'emploi. A tel point que de grands experts économiques pensent que le financement actuel de la sécurité sociale est en partie responsable du chômage et qu'il convient de revoir le financement pour qu'il pèse moins sur l'emploi.

La fiscalisation progressive des cotisations familiales va dans ce sens. Je souhaite qu'elle se poursuive, plutôt par la TVA, supportée également par les produits importés.

Est-il toujours judicieux de distinguer les cotisations des salariés des cotisations patronales ? Ne serait-il pas plus juste de reconnaître qu'il s'agit de cotisations pesant sur le coût du travail et ne serait-il pas préférable que les fiches de paye fassent apparaître en clair un salaire réel de 8 000 francs, par exemple, pour un salaire brut total de 15 000 francs ? Le total des charges serait versé à un organisme unique, qui répartirait cette somme. Cela simplifierait la compréhension, responsabiliserait le salarié et faciliterait la comptabilité des entreprises.

C'est le premier débat que nous avons aujourd'hui est important. Mais je regrette qu'il ne soit pas sanctionné par un vote. Pour ma part, je souhaiterais que le Parle-

ment, représentant en démocratie le peuple de France, vote chaque année une enveloppe sociale compatible avec la situation économique du pays.

Cette enveloppe serait ensuite confiée aux administrateurs des caisses, qui en assureraient librement l'utilisation et en rendraient compte. Ainsi, tout serait clair, et chacun saurait qui est responsable !

Madame le ministre d'Etat, votre rapport, certes succinct, est très intéressant, faisant le point sur la situation actuelle et proposant une évolution pour les deux prochaines années.

Le déficit prévisible pour 1994 est de 54 milliards. Ce déficit fait mieux apparaître la nécessité des mesures courageuses prises en juillet 1993, et notamment des mesures concernant la retraite. Celles-ci étaient préconisées par le Livre blanc de Michel Rocard, et certainement avalisées par son *alter ego*, Jacques Delors.

La création du Fonds de solidarité vieillesse permet d'alléger de 40 milliards les dépenses du régime général. Il reste certainement à étudier les régimes spéciaux, dont, pour certains, les avantages ne sont guère conformes à l'équité et dont beaucoup posent un réel problème démographique, pris en charge par le régime général ou par l'Etat.

Si vous n'aviez pas pris les mesures courageuses de 1993, le déficit serait aujourd'hui de 130 milliards.

**M. Jean-Pierre Delalande.** C'est vrai !

**M. Jean-Luc Prével.** Sa réduction à 54 milliards ne peut cependant, madame le ministre d'Etat, être considérée comme satisfaisante. Les difficultés proviennent, en effet, pour beaucoup, d'un manque de recettes.

Je m'étonne que, dans les analyses, on ne rappelle pas plus souvent le rôle du chômage. Celui-ci provoque, en effet, des « non-rentées » de cotisations de l'ordre de 500 millions de francs pour 100 000 chômeurs et, indirectement, conduit à un nivellement des rémunérations, notamment des cadres, et donc, là encore, à des moindres rentrées.

L'absence de recettes provient aussi de la non-compensation par l'Etat des exonérations de cotisations décidées. Je ne rappellerai pas les chiffres, mais, si les gouvernements successifs avaient compensé les diverses exonérations qu'ils ont décidées et si l'Etat avait payé ses cotisations d'employeur, nous n'aurions pas à constater aujourd'hui ce déficit.

Pour les recettes, nous avons des espoirs : la reprise économique devrait permettre de meilleures rentrées. On peut même penser que les experts, qui se trompent si souvent, pêchent encore par pessimisme. Nous les avons vus réévaluer ces derniers mois, à plusieurs reprises, l'espérance de la reprise. Et nous pensons aussi que, la confiance revenant, la reprise économique sera peut-être plus forte.

L'autre espoir, c'est que le Gouvernement tienne ses promesses en tant qu'employeur et qu'il respecte l'engagement pris dans la loi de juillet 1994 de compenser les nouvelles exonérations de cotisations.

Pour les dépenses, je ne parlerai, faute de temps, que des dépenses de santé : 600 milliards. Pour la première fois cette année, grâce sans doute aux références médicales, à la perspective du dossier médical, à la meilleure prise de conscience des professionnels et des malades, nous constatons que les dépenses de ville sont maîtrisées, au-delà même des prévisions, sans nuire à la santé des malades, qui doit demeurer notre préoccupation première.

Madame le ministre d'Etat, l'effort entrepris doit être poursuivi, car il s'agit effectivement d'une maîtrise médicalisée s'appuyant sur des données médicales. Les références, à conditions qu'elles soient réfléchies, consensuelles, puis évaluées, ne peuvent être rejetées par des esprits raisonnables, dans la mesure où il s'agit de préciser la bonne méthode diagnostique ou thérapeutique. Qui ne pourrait donc les approuver ?

Le dossier médical devrait, à mon sens, être généralisé rapidement. Car, là encore, il s'agit d'obtenir un meilleur suivi du malade, d'éviter les examens redondants, les interactions médicamenteuses dangereuses. Pour ma part, je pense même que ce dossier devrait être la propriété du malade, confié au médecin. En effet, la santé d'un malade est d'abord de sa propre responsabilité.

**M. Jean-Pierre Delalande.** Tout à fait !

**M. Jean-Luc Préal.** Cependant, tout n'est pas gagné. Les résistances sont vives. Il faut donc convaincre, et encore convaincre, et miser sur l'intelligence plus que sur le corporatisme.

**M. Jean-Pierre Delalande.** Très bien !

**M. Jean-Luc Préal.** A ce propos, si j'approuve les principes de la convention médicale, je m'étonne que l'on puisse proposer aux professions paramédicales des quotas. En effet, ces professionnels ne sont pas prescripteurs ; ils sont choisis par les patients. Il est vrai que ces quotas ont été fixés à un niveau qui permet de parler de bonnes pratiques médicales.

Enfin, si l'on veut mieux soigner les malades, il y a, me semble-t-il, beaucoup à faire pour prendre en compte la consultation longue, faite d'écoute du malade, permettant d'économiser examens complémentaires et traitements inutiles. Une formation plus axée sur la psychologie me paraîtrait fondamentale, permettant de mieux soigner pour un coût moindre.

Les hôpitaux pèsent pour 50 p. 100 environ des dépenses de santé. Si, pour la première fois, les dépenses de médecine de ville sont maîtrisées, il n'en est pas de même pour les hôpitaux. Dans les douze derniers mois, on constate une augmentation de 4,9 p. 100, en raison notamment des dépenses de personnel, qui interviennent pour 70 p. 100 des dépenses - augmentation due au GVT et à la mise en œuvre des accords Durieux-Durafour, laquelle n'est pas, vous le savez, encore complète.

Il est donc nécessaire d'obtenir, à l'hôpital, une maîtrise des dépenses tout en améliorant la qualité des soins et, comme vous le proposez, la sécurité des malades. N'est-ce pas une gageure ? Je ne le crois pas, si l'on veut bien s'en donner les moyens.

Pour cela, il faut renoncer au budget global et prendre en compte l'activité réelle, soit par le coût à la pathologie, soit par les contrats d'objectifs.

Il faut adapter les lits aux besoins de la population. Mais il faut rappeler que, s'il s'agit de reconvertir des lits, les économies, compte tenu du besoin de personnel auprès des personnes dépendantes, ne sont pas assurées.

Il faut introduire à l'hôpital des références médicales. Il convient bien entendu de tenir compte du contexte hospitalier, des nécessités de la recherche et de l'enseignement. Mais comment concevoir qu'il y ait une bonne manière de diagnostiquer et de traiter en ville le malade et que celle-ci ne s'applique pas à l'hôpital ? Et comment l'expliquer ?

Il faut enfin responsabiliser les conseils d'administration et les directeurs. C'est une idée qui m'est chère et que je crois voir progresser : donner aux conseils d'administration et à leur président une réelle responsabilité, en partie financière, pour qu'il soient intéressés au coût de l'investissement, du fonctionnement et à l'adaptation de l'outil aux besoins de la population. Cette proposition va à l'encontre - j'en ai conscience - de celle de l'inspection générale des affaires sociales, mais je suis favorable à plus d'autonomie, à une réelle décentralisation et à une réelle responsabilisation. Les conseils d'administration devraient avoir plus d'autonomie, notamment pour embaucher les directeurs chargés d'appliquer les projets d'établissement.

Pour obtenir une réelle maîtrise des dépenses à l'hôpital, il me semble indispensable que les membres des conseils d'administration deviennent des décideurs responsables et qu'ils rendent compte de leur gestion.

Enfin, il me paraît également indispensable que les établissements puissent fonctionner en réseaux, c'est-à-dire en complémentarité dans un secteur géographique. Cela est vrai notamment - mais je n'y reviendrai pas - pour le fonctionnement des urgences, que nous avons évoqué voici quelques jours.

Pour conclure, madame le ministre d'Etat, je vous remercie pour ce premier rapport, pour les mesures courageuses que vous avez prises depuis dix-huit mois et qui commencent à porter leurs fruits. Il faut convaincre pour atteindre une réelle maîtrise médicalisée des dépenses, aussi bien en ville qu'à l'hôpital, dans l'intérêt des professionnels, dans l'intérêt surtout des malades et des assurés sociaux.

Ce n'est qu'à ce prix, aidés par la reprise économique, que nous pourrions sauver la sécurité sociale, à laquelle nous sommes tous très attachés. *(Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République.)*

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Pierre Delalande.

**M. Jean-Pierre Delalande.** Monsieur le président, madame le ministre d'Etat, monsieur le ministre délégué à la santé, mes chers collègues, bien des choses ont déjà été dites aujourd'hui. Qu'il me soit tout de même permis, à l'occasion du premier vrai débat sur la sécurité sociale organisé devant le Parlement, de rendre hommage au Gouvernement pour les efforts courageux et pour sa volonté d'ouvrir les yeux de nos concitoyens et de faire prendre conscience de leurs responsabilités aux associations professionnelles. Il en va, madame le ministre d'Etat, de la survie même de notre système de sécurité sociale tel qu'il résulte des ordonnances de 1945, et tous nos efforts, à vous comme à nous, vont dans ce sens.

Le mécanisme a été construit en période de croissance, et, pendant trente ans, il n'a pas été en pleine puissance de régime. Il est maintenant en pleine puissance de régime, alors que nous ne sommes pas en période de croissance. Il est même en surrégime, puisque, parallèlement à l'allongement de la durée de la vie, le nombre des travailleurs diminue.

Je ne puis personnellement que souscrire aux trois objectifs que vous affichez puisque je les avais appelés de mes vœux dans les rapports que j'ai eu l'occasion de commettre sur les besoins de financement de la protection sociale.

Je ne reviendrai pas sur les chiffres ni sur la description de la situation financière que vous avez trouvée en arrivant aux affaires. Les faits sont ce qu'ils sont, la recherche des responsabilités passées est un exercice vain, même s'il est lourd dans la situation actuelle, puisqu'on connaît tout sur le sujet depuis longtemps.

Ce qui m'importe, c'est de m'en tenir aux lignes de force, et d'abord de demander au Gouvernement d'intégrer dans ses réflexions la variable « temps » et d'avoir, en matière d'assurance vieillesse comme d'assurance maladie, une approche de gestion des cycles. Et j'ai été heureux, cet après-midi, d'entendre, même si c'était de façon partielle, et uniquement sur les déficits, M. le rapporteur général de la commission des finances reprendre cette idée.

Il faut une gestion des cycles des régimes d'assurance vieillesse et une anticipation des cycles démographiques en matière de santé.

Les questions de protection sociale sont complexes. Leur traitement a des conséquences humaines importantes, pour les intéressés, bien sûr, et même pour l'ensemble de nos concitoyens, mais aussi pour les 1 200 000 personnes qui travaillent dans le domaine de la santé. Dans cette perspective, le rapport du Gouvernement est, me semble-t-il, une pierre utile à cet édifice. Les Français n'accepteront de faire des sacrifices que si les objectifs sont clairement identifiés, car nous ne pouvons plus nous contenter de replâtrages tous les deux ans à base de relèvements des cotisations et d'augmentations du ticket modérateur.

Dégager les lignes de force d'une réforme de la sécurité sociale constitue la première urgence, et ce dans le respect de la philosophie de notre système actuel. Le Gouvernement l'a fait pour le régime général, et il doit être félicité pour son courage, car il est passé aux actes et ne s'est pas contenté de remettre un rapport.

J'aborderai rapidement les trois branches principales.

En matière d'assurance vieillesse, si la loi de juillet 1993 nous a permis de faire des progrès importants en réformant le régime général et en traçant des perspectives claires à l'horizon d'une dizaine d'années pour les pensions de base, cette action doit être complétée par trois autres.

D'abord, le niveau du revenu de remplacement offert par les pensions va - on est bien obligé de le reconnaître - baisser, ce qui sera la conséquence logique et combinée de la chute de la natalité et de l'allongement de la durée de la vie. Il faut donc, dès à présent, permettre à ceux qui peuvent épargner, car la chute du rendement des retraites sera d'autant plus sévère que les revenus seront élevés, de se constituer progressivement un complément de retraite...

**Mme Elisabeth Hubert.** Tout à fait !

**M. Jean-Pierre Delalande.** ... en offrant aux salariés des possibilités équivalentes à celles qu'a déjà autorisées la loi Madelin pour les professions libérales, c'est-à-dire un étage de surcomplémentarité...

**Mme Elisabeth Hubert.** Tout à fait !

**M. Jean-Pierre Delalande.** ... par capitalisation - ces mots-là sont importants.

Une proposition de loi en ce sens, très précise, a été adoptée par la commission des finances de notre assemblée, et j'espère qu'elle pourra voir le jour en 1995.

En second lieu, il convient sans tarder de régler les problèmes des régimes complémentaires et spéciaux.

L'AGIRC et l'ARRCO ont opéré des réformes, mais leur situation demeure fragile et les pouvoirs publics doivent être vigilants. Par ailleurs, la CNRACL a été littéralement ponctionnée par la majoration de la surcompensation que j'avais, en son temps, dénoncée en ma qualité de rapporteur spécial de la commission des finances ; il me paraît absolument indispensable de mettre un terme à la compensation et, encore plus, au taux de surcompensation de 38 p. 100.

Vous n'ignorez pas que, dès cette année, le régime de la CNRACL est en difficulté et que nous aurons quelque peine à payer le dernier mois de pensions sans augmenter les cotisations. En outre, comme l'a très bien expliqué cet après-midi Adrien Zeller, nous nous mordons la queue puisque, en ce qui concerne les hôpitaux, nous faisons payer ce qui relève de l'assurance vieillesse par l'assurance maladie, ce qui est tout de même un comble.

Par ailleurs, une politique de vérité ne doit pas oublier l'équité. Les pensionnés de l'ARRCO ne sont pas les mieux lotis et il faut donc très vite diminuer les taux de surcompensation applicables car ils mettent en péril les régimes existants et ne représentent évidemment pas une solution à long terme ; là encore, je préfère une gestion de cycles sur la durée.

Troisième orientation : il faut réfléchir à une réforme des régimes spéciaux. Celle-ci est nécessaire, mais elle doit être conduite dans un esprit d'équité et globalement, ce qui implique de régler le vieux problème de l'intégration des primes dans la détermination des pensions de retraite. Là encore, on doit, pendant qu'il en est encore temps, intégrer progressivement des régimes comparables en termes de démographie et de prestations et non pas se laisser déborder et aboutir à des régimes où les cotisations ne représentent plus que 8 p. 100 des prestations, comme c'est le cas pour le régime des mineurs.

Mais le problème majeur, celui dont le règlement conditionne l'équilibre du régime général, est celui de la maîtrise des dépenses de santé. J'ai été très frappé, madame le ministre d'Etat, lors de la rédaction de mes rapports, par la difficulté qu'on éprouve à connaître exactement la situation et les coûts du secteur de la santé, en particulier des hôpitaux.

Le premier travail consiste à renforcer les études du coût des pathologies afin de pouvoir, ensuite, mieux informer l'opinion. Je suis sûr que si celle-ci est bien informée et connaît la réalité des choses, elle sera prête à admettre les opérations de restructuration nécessaires. Mais il faut que celles-ci lui soient bien expliquées et que le premier des critères mis en œuvre soit celui de l'amélioration des structures de la santé, car la sécurité des malades est conditionnée par l'existence d'une taille critique. L'amélioration des conditions de transport et de prévention, ainsi que celle des centres secondaires de dépistage et d'orientation contribuerait à donner confiance à des patients qui pourraient être inquiets de voir fermer certains services des établissements situés à proximité de chez eux.

En tout cas, il est aujourd'hui clair que l'équilibre du régime général de la sécurité sociale dépend de la maîtrise des dépenses hospitalières. Bien sûr, comme mes collègues, je n'oublie pas que 70 p. 100 de ces dernières sont constituées de dépenses de personnel et qu'aucune

réforme ne pourra se faire contre le personnel, d'autant qu'il n'est pas, sur le plan matériel, toujours très bien traité alors que son dévouement n'est pas contestable.

Je suis conscient que ce problème est un défi redoutable à relever, mais je ne doute pas du courage et de la détermination du Gouvernement. Il ne m'est pas possible de développer mes propositions à cet égard dans le cadre de cette intervention, mais je suis prêt à en reparler avec vous ainsi qu'avec vos collaborateurs, madame le ministre d'Etat.

Cette détermination, accompagnée d'une action pédagogique importante, permettra d'enregistrer, j'en suis convaincu, une diminution des dépenses.

On a déjà observé que la pédagogie était payante, en particulier en ce qui concerne l'évolution des dépenses de la médecine de ville et de la médecine libérale. Cette première doit certainement être mise à l'actif du Gouvernement.

Je profite de l'occasion pour rendre hommage aux médecins de ville et à leur sens des responsabilités puisque le montant de leurs honoraires a diminué en moyenne de 1 p. 100 en 1993 et 1994, ce qui contraste singulièrement avec la démagogie de nombre de représentants de syndicats de médecins.

Je suis en revanche très inquiet de la situation de la branche famille. Je m'occupe, avec beaucoup d'autres, de ces problèmes, notamment au sein du Conseil supérieur de la population et de la famille. Voilà une branche qui était traditionnellement excédentaire - et que l'on fonctionnait à tort -, mais qui ne l'est plus. Déjà, les marges de manœuvre que l'on pouvait espérer du fait de la baisse de la natalité sont affectées. Certes, la loi sur la famille a établi des perspectives intéressantes. Mais je crois qu'il faut réformer en profondeur la mosaïque des prestations existantes en luttant contre les effets de seuil qui pénalisent trop les classes moyennes et en réduisant considérablement le nombre des prestations afin d'améliorer la visibilité de la politique familiale qui, en particulier à travers les aides au logement, est étroitement imbriquée avec la politique de la ville et la lutte contre l'exclusion.

Il faut par ailleurs faire attention à la sémantique. Lorsque je vois des organisations familiales demander des études sur le « coût de l'enfant », alors que l'enfant est à l'évidence une richesse, je me dis que l'on commence à dérapier.

La politique familiale présente un intérêt vital pour notre pays car la France doit à tout prix préserver sa cohésion sociale ; j'espère que ce débat y contribuera.

En dix minutes, je le répète, il est difficile de faire des propositions concrètes. J'aurai l'occasion d'en présenter dans mon troisième rapport, que je déposerai, au début de l'année prochaine, sur le financement de la protection sociale.

Je conclus. Madame le ministre d'Etat, maintenez le cap, ne vous laissez pas tenter par les sirènes de la facilité, qui commencent à nouveau à chanter ! C'est une affaire trop sérieuse. Votre action contraste avec les discours lénifiants, corporatistes ou irresponsables que l'on entend sur ce sujet. Si l'on veut préserver notre système de sécurité sociale, auquel tous les Français sont attachés, il faudra de la rigueur et du sérieux, et faire au surplus la pédagogie de l'opinion. (*Applaudissements sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République et du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre.*)

**M. Jean-Luc Prével.** Remarquable !

**M. le président.** La parole est à M. François Loos.

**M. François Loos.** Monsieur le président, madame le ministre d'Etat, monsieur le ministre, pour qu'un débat soit utile, il faut qu'il pose des questions. Ce débat au Parlement a été souhaité par notre majorité parce que nous avons le sentiment que de nombreuses questions sont posées aujourd'hui. Et ceux qui les posent, les médecins, les patients et les gestionnaires, ont le sentiment que la réponse doit venir de la représentation nationale.

Aussi, permettez-moi de soulever quelques problèmes et de proposer quelques idées. Certes, il faudrait parler du financement - beaucoup l'ont fait -, en particulier de la répartition des ressources entre cotisations et impôts, directs comme la CSG ou indirects comme la TVA. Ce problème est intéressant mais je voudrais m'extraire de ce débat perpétuel et poser quelques jalons pour une politique de santé qui puisse afficher clairement ses objectifs.

A cet égard, madame le ministre d'Etat, le rapport que vous nous avez soumis est un rapport de gestion et il ne se prononce sur les grandes orientations qu'à la page soixante-quatre. Ces grandes orientations sont les suivantes : système de retraites par répartition, accès de tous aux soins dans le cadre d'une médecine libérale, politique familiale active, universalité de la protection sociale, lutte contre l'exclusion. Ces orientations et ces principes sont immuables et les Français y sont très attachés. Toute la difficulté de l'exercice est de savoir si nous serons capables, collectivement, de tenir ces objectifs avec des moyens financiers limités.

Déjà, en juin dernier, lors du débat sur le projet de loi sur la sécurité sociale, j'avais suggéré que le rapport contienne une annexe portant sur les orientations de prévention et de recherche, car l'universalité de la protection sociale n'interdit pas de gérer, c'est-à-dire de faire des choix. Or, qui dit faire des choix dit implicitement définir encore d'autres priorités.

Pour ma part, je suis partisan d'une politique de santé publique scrupuleusement respectueuse de ces principes, mais qui donne clairement des priorités aux gestionnaires, aux médecins, à tous.

Je citerai plusieurs objectifs prioritaires : la réduction de la mortalité infantile, le dépistage systématique du sida, l'accélération des interventions d'urgence, la recherche accrue dans le domaine de la gériatrie afin de permettre une qualité de vie dans le grand âge, un dépistage précoce des cancers plus systématique, l'extension des essais de thérapie génique, la lutte contre l'alcoolisme autrement que par la loi Evin, la prévention de la carie dentaire. Je pourrais poursuivre l'énumération. Ce n'est ni une liste à la Prévert, ni la meilleure liste possible. Mais il faut savoir hiérarchiser les problèmes et, derrière les grands principes fondateurs de notre politique, il faut des objectifs de santé validés par des études qui pourraient être l'objet de nos débats.

Il faut ensuite des objectifs de gestion, c'est-à-dire s'imposer des règles fixant clairement les responsabilités. Il faut savoir qui a le pouvoir de décider et qui décide quoi. Le Parlement va-t-il se contenter d'un débat ou votera-t-il un jour sur des annexes à un rapport ?

Faut-il, pour acheter un scanner, qu'un hôpital attende l'accord du préfet ? Faut-il, pour aller chez un spécialiste, consulter d'abord un généraliste ? Peut-on décider soi-même de la date de telle ou telle intervention ? Une caisse primaire frontalière - c'est un exemple qui me concerne directement - peut-elle négocier avec une caisse étrangère qui, elle, le peut, ou faut-il attendre une harmonisation européenne qui risque de n'arriver jamais ?

On pourrait écrire des livres sur ces sujets et Courteline y aurait sûrement trouvé quelques situations cocasses. Ne faudrait-il pas élargir les responsabilités ?

Il faut enfin définir des objectifs de recherche. Je voudrais appeler votre attention sur ce point, car on assiste parfois à des choses surprenantes. Ainsi, le *National Institute of Health* des Etats-Unis a consacré 19,5 millions de dollars aux recherches sur le traitement du psoriasis ; le résultat en a été une économie annuelle de 57,5 millions de dollars. Plus importantes encore sont les économies annuelles qu'il a obtenues dans le domaine du traitement antibactérien d'ulcères chroniques : 760 millions de dollars d'économies pour 26,8 millions de dollars engagés dans la recherche ! Il n'est pas beaucoup de domaines où la rentabilité de la recherche peut être aussi fulgurante. Il s'agit là, bien sûr, de records. Mais, à condition de savoir lancer les bons projets au bon moment, avec une vision globale des problèmes, on peut faire des choses passionnantes.

Ne nous noyons pas, madame le ministre, dans les problèmes financiers. Les Français ont confiance dans leur système de santé. Aussi, n'hésitons pas à élargir le débat sur les priorités médicales ou scientifiques. C'est là, en effet, que doivent se faire les choix. J'espère pour ma part que le débat d'aujourd'hui, qui est une première, pourra contribuer à éclairer ceux-ci. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République.*)

**M. le président.** La parole est à M. Jean Bardet.

**M. Jean Bardet.** Monsieur le président, madame le ministre d'Etat, monsieur le ministre délégué, mes chers collègues, le budget total des prestations sociales pour 1993 a atteint 2 190 milliards de francs, soit plus que le budget de la nation. Sur ces 2 190 milliards, 1 587 milliards relèvent des régimes obligatoires.

Je crois que toutes les sensibilités politiques de cette assemblée vous seront reconnaissantes, madame le ministre d'Etat, d'avoir suscité ce débat.

La sécurité sociale constituera, bien évidemment, un enjeu important pour les prochaines échéances électorales, mais elle nourrira surtout un débat de société pour le troisième millénaire, d'autant que son déficit pénalise notre pays au regard de l'application du traité de Maastricht, en alourdissant notre dette publique.

La discussion que nous allons avoir doit aller jusqu'au fond des choses, sinon les mesures courageuses que vous avez prises et celles que vous avez annoncées ne seraient qu'un plan de redressement de plus.

Le déficit global de la sécurité sociale pour 1994 devrait être de 54,4 milliards et, en 1995, de 50,5 milliards, donc en léger recul, mais il convient d'ajouter à cette somme les 110 milliards de dette de l'ACOSS, qui ont été pris en charge par l'Etat le 1<sup>er</sup> janvier 1994.

Je n'insisterai pas sur la branche accidents de travail, traditionnellement excédentaire du fait de la diminution de ces derniers - et qui ne pourrait s'en réjouir ? Celle-ci a subi, en 1993, un déficit qui ne devrait pas se reproduire.

Mais on peut se demander, à juste titre, s'il est indispensable que cette branche dispose d'un excédent de plus de 2 milliards, qui ne peut plus servir à combler le déficit des autres branches.

La branche famille était aussi habituellement excédentaire. Cependant, dès 1993, les comptes de la CNAF auraient été déficitaires de 6,4 milliards de francs si l'aug-

mentation de 1,3 point de la CSG ne lui avait été intégralement attribuée durant le second semestre de cette année.

En 1994, le déficit sera de 10,2 milliards. Pour 1995, il sera moindre, de 8,7 milliards. Il est cependant regrettable que cette diminution du déficit soit en partie liée à la non-reconduction de la majoration d'allocation de rentrée scolaire versée en 1993 et 1994, et qui aidait les familles les plus défavorisées.

La branche vieillesse, en fort déficit en 1993 avec 39,5 milliards, devrait voir ce solde ramené à 13,3 milliards en 1994 et à un chiffre voisin de 13,7 milliards en 1995. Ce bon résultat est lié, d'une part, au transfert à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de 39,4 milliards venant du fonds de solidarité vieillesse, lui-même alimenté, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1994, par l'augmentation de 1,3 point de la CSG, et, d'autre part, à la reprise par l'Etat de la dette de l'ACOSS, qui fait passer le poste financier de 2,5 milliards en 1993 à 23 millions en 1994.

Quoi qu'il en soit, il faut, madame le ministre d'Etat, rendre hommage à votre action qui, par la loi du 22 juillet 1993, a permis d'adapter durablement aux évolutions démographiques prévisibles le fonctionnement des différents régimes de retraite concernés.

J'en viens à la branche maladie, sur laquelle je m'étendrai un peu plus, car elle est la plus immédiatement sensible pour nos concitoyens.

Je regrette qu'au cours de ce débat on parle de taux, de chiffres, de pourcentages mais jamais, sauf mon collègue Dubernard, de l'homme qui, comme le disait le général de Gaulle, est la seule querelle qui vaille.

Le déficit de cette branche s'est établi à 27,3 milliards en 1993, ce qui est plus important que les déficits cumulés des quatre années précédentes. Il devrait être de 32,2 milliards pour 1994 et de 29 milliards pour 1995.

Ces chiffres sont, bien sûr, extrêmement importants mais ils doivent être relativisés de deux façons.

D'abord, en les comparant à la masse des dépenses de santé, soit 600 milliards.

Ensuite, en les confrontant à d'autres postes budgétaires : 40 milliards à la SNCF, 20 milliards à Air France, autant à Renault.

Garder en vie un patient en lui mettant un « pacemaker », ce que je ne peux plus faire dans mon service actuellement, est pour moi aussi important que de maintenir en exploitation une ligne SNCF secondaire et déficitaire.

La santé est aussi un service, et elle a un prix. Quel est ce prix ? Il est habituel de l'évaluer en comparant les performances de la médecine française à celle des pays de développement économique comparable.

Vous avez insisté à plusieurs reprises, madame le ministre d'Etat, sur le fait qu'il n'y a pas de corrélation entre le niveau des dépenses de santé et l'état sanitaire d'un pays. Vous comparez la France à l'Allemagne et à la Grande-Bretagne en disant qu'en ce qui concerne deux indices, l'espérance de vie et le taux de mortalité infantile, les résultats de la France sont mitigés.

Sans vouloir me lancer dans une querelle de chiffres, j'ai des données de l'OMS qui remontent à 1990 et qui placent notre pays en bonne position par rapport à nos voisins anglais et allemands en ce qui concerne l'espérance de vie à soixante-cinq ans, les taux de décès par maladie cardiovasculaire, le cancer du sein et la bronchite chronique avant soixante-cinq ans. Et, si l'on regarde le

nombre de ressortissants des pays de l'OCDE qui viennent se faire soigner en France, on voit que l'avantage est pour le système de médecine français.

Mais revenons au prix de la santé. La France est souvent comparée à l'Allemagne pour démontrer que le pourcentage du PIB consacré à la santé est le même dans les deux pays, environ 9 p. 100. Mais si l'on évalue cette dépense non plus en pourcentage du PIB mais en valeur absolue, l'Allemagne dépense près de 20 p. 100 de plus que la France et, par habitant, environ 10 p. 100 de plus - avant les mesures dont je reparlerai tout à l'heure -, ce qui est nettement plus « cher » que l'Angleterre, mais bien au-dessous des Etats-Unis.

L'Allemagne a d'ailleurs considéré que ses dépenses de santé étaient trop élevées et a entrepris un certain nombre de réformes dont il est bon d'analyser objectivement les résultats avant de les prendre pour modèles.

En 1989, la loi Blum et, surtout, en 1993, la loi Seehofer, reposant sur des données purement comptables et des sanctions à l'encontre des médecins, prévoyaient une réduction de onze milliards de deutsche Mark. Cette seconde loi a cependant eu des effets délétères non négligeables, et j'en citerai trois : une augmentation de la part prise en charge par les assurés de trois milliards de deutsche Mark ; une diminution de la vente de produits actifs ; enfin, des pertes énormes dans l'industrie pharmaceutique qui a été obligée de licencier. Ces pertes ont d'ailleurs dépassé les frontières et on estime à près de 25 p. 100 la diminution du chiffre d'affaires des firmes françaises en Allemagne.

Je sais, madame le ministre d'Etat, que vous défendez un projet global de maîtrise « médicalisée », et non pas comprable, des dépenses de santé. Ces premiers résultats semblent d'ailleurs liés à un effet d'annonce puisque deux des principales mesures ne sont pas encore appliquées : les références médicales opposables, faute d'un système de codage qui permettrait le contrôle et d'éventuelles sanctions financières, et le dossier médical qui ne sera effectif qu'au 1<sup>er</sup> janvier 1995 et pour une catégorie de patients limitée, un bilan de la mesure devant être fait en 1997, avant son extension.

Je souhaite que la tendance, qui est bonne, pour la médecine de ville continue en 1995. Mais je suis beaucoup plus inquiet en ce qui concerne la médecine hospitalière qui représente un budget de 220 milliards. Les comptes de la sécurité sociale ont fait ressortir que les charges de dotation globale hospitalière devraient augmenter de 4,02 p. 100, et encore compte non tenu d'une augmentation vraisemblable du taux de cotisation à la CNARL - et plusieurs de mes collègues se sont déjà exprimés sur ce point - qui risque de faire passer ce pourcentage à 4,6 p. 100. Le taux directeur pour les hôpitaux a été fixé à 3,80 p. 100 et je m'interroge sur la façon, dans ces conditions, dont ces derniers accompliront leur fonction.

Déjà, la situation se dégrade, et la sécurité des malades n'est plus pleinement assurée, comme je l'ai dit à M. le ministre délégué à la santé lors de mon intervention de la semaine dernière. Des réformes s'imposent, je sais que vous en avez la volonté, mais quand le budget global, que tout le monde s'accorde à critiquer, sera-t-il remplacé par un mode de financement plus performant ?

La restructuration nécessaire des hôpitaux ne donnera des résultats positifs que dans plusieurs années. Qu'en est-il pour le court terme ?

Je me permettrai de citer, pour conclure ce chapitre, mon collègue et ami Bernard Débré, maintenant membre du Gouvernement, dont la compétence ne peut être mise

en doute et qui écrivait, en 1993 : « Une politique hospitalière est fondamentalement nécessaire. Il faut du courage politique pour qu'elle soit définie et appliquée sinon les hôpitaux s'effondreront dans le drame et la révolte. »

Madame le ministre d'Etat, j'approuve les mesures que vous êtes en train de mettre en œuvre.

Leurs résultats se feront sentir dans trois à cinq ans, mais, en attendant, vous allez être obligée d'utiliser la bonne vieille recette que vous avez déjà utilisée et qu'ont employée tous vos prédécesseurs ; vos experts travaillent dessus : augmentation des recettes, que ce soit la CSG ou la TVA sociale, et diminution des remboursements au prix, je le crains, cette fois pour de bon, d'une diminution de notre niveau de soins.

La seule véritable solution est le retour au plein emploi : un million de chômeurs en moins, et l'équilibre de la sécurité sociale est rétabli. (*Applaudissements sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République et de l'Union pour la démocratie française et du Centre.*)

**M. le président.** La parole est à M. Etienne Garnier.

**M. Etienne Garnier.** Monsieur le président, madame le ministre d'Etat, monsieur le ministre, ce débat est important, d'abord parce que c'est le premier de la sorte, ensuite parce qu'il porte sur un budget plus élevé encore que celui de la nation.

Important, dès son annonce il a été tout aussitôt contesté par les organisations syndicales, qui trouvent les députés ou bien non compétents, ou bien à la fois juges et arbitres, et qui le considèrent comme anticonstitutionnel : c'est qu'elles craignaient un vote, autrement dit un contrôle sur leur action, et elles s'abritaient derrière le paravent d'un paritarisme qui, pourtant, on le sait bien, n'existe plus depuis longtemps ! C'est vrai - l'argument m'a frappé -, elles s'estiment plus représentatives que les députés, puisqu'elles représentent les travailleurs - alors que, apparemment, nous ne les représentons pas, ou alors moins bien qu'elles (*Sourires*) - les travailleurs français et ceux qui ne le sont pas. (*Sourires.*) Passons ! A les entendre, ce débat serait immédiatement contesté par l'opinion française, car des mesures devraient suivre sans que l'on ait jamais véritablement expliqué ce que voulait dire le coût de la sécurité sociale, ni qui payait ni comment cela était redistribué, bref, contesté parce que, sur tout cela, personne ne sait rien.

Débat important, débat contesté, débat redoutable, puisque nous nous heurtons au Président de la République, qui a bien raison - ou bien tort - de dire qu'il n'est pas question de remettre en cause les acquis sociaux. Votre rapport commence, madame, par la situation des régimes de sécurité sociale au printemps 1993, l'année de tous les dangers, de tous les gouffres, de tous les déficits. Cette année-là, les besoins en financement cumulés sont tellement considérables qu'on peut imaginer qu'en 1994 et 1995 ils atteindront une centaine de milliards de francs, dans un pays qui n'est pas en bonne santé, ni du point de vue de la santé, si vous me pardonnez ce jeu de mots, ni du point de vue de l'économie ni du point de vue social.

Face à cette situation, vous nous proposez un dispositif de maîtrise des dépenses de santé. Je ne peux pas ne pas remarquer que cette maîtrise nous est depuis des années proposée mais qu'elle n'a jamais été atteinte. Mais, j'ai bien compris, la vôtre devrait être pluriannuelle, progressive, consensuelle, autant que faire se peut, bien entendu, et plus ou moins juste - je pense aux retraites.

Dans votre rapport, et c'est ce qui est intéressant, au cœur de tout, il y a l'emploi. Bien sûr, c'est l'essentiel. Mais aussi une des grandes discussions que va entraîner



ce rapport portera sur ce modèle social-démocrate qui, teinté alternativement de gauche ou de droite depuis la Libération, nous a conduits - ce sont les chiffres du conseiller d'Etat Mottin, ce sont ceux aussi d'Alain Peyrefitte, et je ne sais pas s'ils ont raison -, à environ 6,1 millions de chômeurs ou d'exclus dans ce pays. 6,1 millions ! Ces chiffres interpellent tous les corporatismes, doivent alimenter toutes les conversations, car, à mon avis, ils sont si épouvantables que nous ne pouvons que nous poser quelques questions essentielles, et c'est ce que je vais essayer de faire.

Le coût de notre protection sociale est encore maîtrisable. Est-il supportable ? Personne n'a répondu à cette question. Mon premier commentaire est d'abord de dire que les Françaises et les Français ont le droit, parce qu'ils cotisent, ou bien parce qu'ils reçoivent, ou bien parce qu'ils cotisent et reçoivent, ont le droit, disais-je, de savoir ce que cet appareil de sécurité sociale coûte, pour quoi il coûte ce prix-là, pourquoi, entre 1960 et 1993, le pourcentage de chômeurs a été multiplié par 8, par 14 si l'on y ajoute les exclus. Nous en sommes là. Je ne sais pas s'il y a des solutions immédiates. Je n'en vois pas qui émergent de ce rapport. Ce que je vois c'est que, d'un côté, le Président de la République ne veut pas que l'on touche aux acquis sociaux, et il a probablement raison, et que, de l'autre, le gouverneur Trichet, dans son rapport de décembre 1993, explique qu'« il faut que la maîtrise des comptes sociaux apparaisse comme étant la première des priorités ». Tout cela est bien compliqué pour moi. Mais ce que nous voyons, nous tous, ici et ailleurs, c'est que, par manque de lucidité et de courage, nous avons failli, parce que cette crise était depuis longtemps prévisible.

Comme Alain Touraine, faut-il parler, après les Trente Glorieuses, des trente années humiliantes ? Nous avons vécu avec un système d'intégration, avec un système où l'ascenseur social fonctionnait, et où, en définitive, le niveau de protection sociale était élevé. C'est ce qu'on appelait l'exception française, bien difficile à définir d'ailleurs, peut être parce qu'on la décelait rarement, même si c'était la piste de recherche que l'on privilégiait. Bref, je crains pour la survie de notre système.

Bien sûr, j'aurais voulu détailler notamment vos appréciations sur les quatre risques parmi les plus de 500 régimes de sécurité sociale désignés par le président de l'UNAM, M. Savy - mais les députés sont toujours trop longs, n'est-ce pas ? *(Sourires.)*

Alors, je vais conclure d'un mot en exprimant le souhait que nous nous donnions un jour les moyens de pédagogie, les moyens d'une réforme susceptible de rattraper les retards afin que, loin d'être enfermés dans l'impasse où risquent de nous conduire les tensions financières de plus en plus graves qui se manifestent, nous parvenions à une consolidation grâce à ce qui s'appelle, finalement, le courage et la lucidité. Oserais-je, pour terminer, citer le général de Gaulle qui évoquait « le désir du privilège et le goût de l'égalité, passions dominantes et contradictoires des Français de toutes les époques » ? - ce désir et ce goût qui sont apparus aussi au cours même de ce débat.

Voilà qui devrait donner à tous, et particulièrement au Gouvernement, au Premier ministre et à vous-même, madame le ministre d'Etat, du courage, de la lucidité et le goût d'aller plus loin dans la réforme, pour répondre aux préoccupations mais aussi aux espoirs des Français. *(Applaudissements sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République et du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre.)*

**M. le président.** La parole est à Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville.

**Mme Simone Veil, ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville.** Monsieur le président, mesdames, messieurs les députés, je tiens en premier lieu à me féliciter de ce débat qui a été particulièrement riche. Beaucoup d'orateurs, M. Péricard, M. Barrot, présidents de commission, M. Auberger, rapporteur général, mais aussi M. Zeller, M. Dubernard, M. Delalande, M. Charnard, M. Prél et M. Bardet, se sont réjouis que ce débat ait enfin lieu, et le contenu des interventions me conforte dans l'idée qu'une telle discussion est de nature à éclairer les choix ultérieurs des pouvoirs publics et à faire mieux comprendre à tous les enjeux de la sécurité sociale.

M. Garnier vient de parler de pédagogie. C'est peut-être là que nous en avons fait, je l'espère en tout cas, un peu. Je souhaite en effet que ce débat ait pu être suivi par un certain nombre de nos concitoyens et qu'il soit rapporté demain dans la presse.

Certains ont émis des souhaits sur une organisation quelque peu différente des calendriers ou du débat. Comme je l'ai indiqué, nous avons dû agir dans l'urgence et je crois qu'il faudra tenir compte de l'expérience de ce premier débat pour améliorer son organisation et son intégration dans le calendrier parlementaire.

M. Bartolone et M. Dray ont contesté l'impact positif sur les comptes de la politique entreprise par le Gouvernement. Relisez le rapport de la commission des comptes, commission dont l'indépendance de son secrétaire général par rapport au Gouvernement n'est contestée par personne : en 1993, les dépenses du régime général ont augmenté de 6,4 p. 100, celles de l'assurance maladie de 6,2 p. 100 en dépit de la hausse du ticket modérateur intervenue au 1<sup>er</sup> août. Dans le même temps, les recettes évoluaient d'à peine plus de 1 p. 100. Il y avait donc plus de cinq points d'écart entre la croissance des dépenses et la croissance des recettes.

Comme le budget global du régime général est supérieur à 1 000 milliards de francs, si chaque année les dépenses dérivent de cinq points par rapport aux recettes, le déficit se creuse de 50 milliards. C'est mathématique. Je dis bien « se creuse », c'est-à-dire que le déficit de l'exercice est égal au déficit de l'exercice précédent, plus 50 milliards. En 1993, nous aurions eu ainsi 80 milliards de déficit, en 1994, 130 milliards, en 1995, 180 milliards.

Ces chiffres ne sont pas une invention, ils sont seulement la prolongation mathématique des tendances de 1993.

Nous avons stoppé ce processus de dégradation, puisque l'écart de cinq points entre la progression des dépenses et celle des recettes a été réduite à zéro pour l'ensemble du régime général. En 1994, les dépenses évoluent moins vite que les recettes : plus 3 p. 100 pour les dépenses, plus 3,3 p. 100 pour les recettes. Pour l'assurance maladie, la progression des dépenses passe de 6,2 p. 100 en 1993 à 2,6 p. 100 en 1994, alors que les résultats des gouvernements précédents ont été les suivants : plus 9,1 p. 100 en 1989, plus 7,6 p. 100 en 1990, plus 6,5 p. 100 en 1991, plus 7,1 p. 100 en 1992 et plus 6,2 p. 100 en 1993.

**M. Jean-Pierre Delalande.** Et tout cela sans rien faire ! Il est bon de le rappeler !

**Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville.** Les chiffres parlent d'eux-mêmes.

**M. Jean-Pierre Delalande.** Absolument !

**Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville.** Et je voudrais d'ailleurs le souligner auprès de ceux qui pensent que c'est uniquement un problème de chômage et que si les recettes étaient suffisantes, nous n'aurions pas les mêmes préoccupations. Contrairement à ce qu'ils croient, une augmentation en volume aussi importante des dépenses aboutit inéluctablement à un déficit qui devient insupportable.

Mais, contrairement à ce qu'a affirmé sans vergogne M. Bartolone, je n'ai jamais promis de miracles en matière de comptes. Reprenez mes interventions à la commission des comptes dont vous êtes membre, monsieur Bartolone : en quatre réunions depuis juin 1993, je n'ai jamais tenu de tels propos.

Au contraire, dès juin 1993, je précisais que le redressement serait une œuvre de longue haleine. La situation dont nous héritions était trop dégradée pour nourrir des ambitions excessives. De plus, la situation économique et la faiblesse des rentrées de recettes qu'elle a entraînée a limité l'impact sur les soldes du régime général des économies qui étaient réalisées.

Monsieur Bartolone, si vous ne comprenez pas que vous avez augmenté les déficits alors que nous les stabilisons, si vous ne comprenez pas que le niveau du déficit actuel est dû au déficit antérieur qui se reporte et dont nous avons hérité, si vous ne comprenez pas que les dépenses progressent aujourd'hui moins vite que les recettes alors que c'était l'inverse auparavant, je ne sais pas comment vous expliquer la situation. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République.*)

**M. Jean-Luc Préel.** Il ne peut pas comprendre !

**M. Claude Bartolone.** Vous, vous avez augmenté la CSG !

**Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville.** Disons-le clairement, si nous avons hérité d'un équilibre, nous serions aujourd'hui en équilibre car l'évolution actuelle des dépenses et des recettes est parallèle.

Monsieur Dray, vous avez abordé le problème réel du poids des exonérations, tout comme Mme Jambu et M. Préel. Je m'en étais moi-même expliquée assez longuement. Il faut en effet en parler. Mais il faut être précis. En 1994, il y a 33 milliards d'exonérations, 21 milliards compensés par le budget de l'Etat, 11,7 milliards de francs non compensés.

Sur les 33 milliards d'exonérations, 21,8 milliards viennent des mesures antérieures à ce gouvernement, et dont vous ne parlez pas. Sur ces mesures arrêtées avant la mi-1993, il y a environ 50 p. 100 de compensations et 50 p. 100 de non-compensations : exactement 10 milliards et 11,7 milliards.

Le gouvernement actuel a pris des mesures d'allègement de cotisations, essentiellement en matière d'allocations familiales et pour les départements d'outre-mer, à hauteur de 11 milliards de francs. Ces exonérations sont intégralement compensées.

Le bilan est donc clair : 50 p. 100 de compensation pour le gouvernement précédent, 100 p. 100 de compensation pour l'actuel gouvernement.

**M. Jean-Luc Préel.** Bravo !

**Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville.** Nous n'avons donc pas de leçon à recevoir, même si je regrette que la sécurité

sociale supporte aujourd'hui lourdement le poids de factures décidées un peu légèrement dans le passé. Je regrette surtout qu'on les oublie. Je comprends qu'on ait été amené à le faire et qu'on ait hésité à prendre l'engagement de compensation. Nous-même avons un peu tardé puisque, sauf pour ce qui concerne les allocations familiales, nous avons attendu la loi de juillet 1994. Mais enfin, en ce qui vous concerne, messieurs, vous n'y aviez jamais songé.

La question des rapports entre le financement de la sécurité sociale et l'emploi a été abordée par beaucoup d'orateurs, notamment MM. Péricard, Zeller et Chamard. Je tiens à vous faire part de quelques convictions à ce sujet.

D'abord, il n'y a pas de réforme miracle du financement ayant un impact immédiat et spectaculaire sur l'emploi.

**M. Adrien Zeller.** Exact !

**Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville.** M. Zeller en convient, M. Auberger l'avait indiqué et tous les rapports récents le soulignent.

Du reste, il convient de noter que le coût du travail est, en France, dans la moyenne de celui des pays comparables. Depuis une quinzaine d'années, le taux des charges supportées par un salaire au SMIC a baissé. Néanmoins, les baisses décidées par les pouvoirs publics ont vu leur impact partiellement réduit du fait des augmentations de taux décidées par les partenaires sociaux dans le cadre des régimes UNEDIC et complémentaires vieillesse. Cela m'amène à dire qu'on se focalise quelquefois excessivement sur le financement du seul régime général. D'autres régimes connaissent également des problèmes. Je le sais puisque j'ai eu à porter secours *in extremis* à quelques-unes des caisses gérées paritairement.

De même, je ne crois pas interdit d'examiner les rapports entre fiscalité et emploi, que ce soit au niveau de l'impôt sur le revenu, de l'impôt sur les sociétés ou des diverses taxes ayant pour assiette la masse salariale.

Mais, quels que soient les scénarios de sécurité sociale, on aura encore besoin pendant des années de cotisations. Celles-ci ont, du reste, bien des avantages, qu'on occulte souvent : simplicité de calcul, taux élevé du recouvrement, perception immédiate, frais de gestion faibles, acceptation par les Français. Gardons-nous d'affaiblir excessivement le financement par cotisations dont, je le répète, nous aurons encore besoin.

S'agissant de l'assiette du financement de l'assurance maladie, je partage l'analyse des intervenants qui souhaitent son élargissement. Nous n'éviterons pas une diversification progressive des ressources de l'assurance maladie, souhaitable du point de vue de l'emploi, logique compte tenu de la nature même de cette assurance qui bénéficie aujourd'hui, et c'est heureux, à la quasi-totalité de la population, donc à des personnes qui ne sont pas des salariés ou qui n'ont pas de ressources sur lesquelles on puisse asseoir des cotisations.

En revanche, je ne suis pas sûre que la distinction entre assurance et solidarité soit pertinente pour guider cet élargissement de l'assiette du financement de l'assurance maladie. Je crois qu'il serait très dangereux d'entrer dans cette logique, car l'assurance maladie est intrinsèquement fondée sur la solidarité : solidarité des biens portants vis-à-vis des malades avec l'absence de prime de risque, solidarité vis-à-vis des familles puisqu'une cotisation unique couvre les ayants droit, solidarité des revenus élevés envers les plus modestes puisque les cotisations

sont proportionnelles aux revenus, ce que la nature des prestations ne justifierait nullement dans une simple logique d'assurance.

M. Gremetz a abordé le fameux sujet des « dettes patronales ». La politique menée en matière de cotisations sociales par les URSSAF suscite deux types de critiques contradictoires. Les uns, à travers le thème des dettes patronales, leur reprochent un certain laxisme. D'autres d'être trop rigoureuse et, de ce fait, responsable de la liquidation de nombreuses entreprises. Je ne partage ni l'un l'autre de ces points de vue.

Trois éléments méritent d'être fortement soulignés à ce sujet, et je suis convaincue que Mme Jacquaint fera part à M. Gremetz de mes observations, qui intéresseront d'ailleurs tout le monde car elles sont importantes.

En dépit d'une conjoncture économique fluctuante, le taux de recouvrement des cotisations reste très élevé. Le taux constaté au 31 décembre 1993 a été, pour l'année 1993, de 97,75 p. 100. Compte tenu de la situation économique, je crois que c'est un taux de recouvrement excellent. Cet indice, je le précise, mesure le montant des cotisations dues au titre d'une année donnée et qui n'ont pas été versées à la fin de cette même année. On peut donc d'ores et déjà dire que le taux de recouvrement pour 1994 sera nettement meilleur. On constate en effet que le taux des restes à recouvrer après mise en recouvrement amiable ou forcé pour les huit premiers mois de 1994 est en moyenne de 2,5 p. 100, alors qu'il était pour la même période de 1993 de 3 p. 100.

Deuxièmement, près de 60 p. 100 des cotisations non encaissées concernent des entreprises qui font l'objet d'une procédure de redressement ou de liquidation judiciaire, ce qui réduit considérablement les possibilités de recouvrement.

Enfin, le traitement des dettes sociales existe et il produit des résultats très significatifs. L'action des URSSAF, auxquelles je tiens à rendre hommage, permet de réduire régulièrement les restes à recouvrer de chaque exercice. Ainsi, par exemple, le taux des cotisations non recouvrées, qui était de 1,76 p. 100 au 31 décembre 1988, ne s'élève plus qu'à 0,62 p. 100 au 31 décembre 1993.

En ce qui concerne la maîtrise des dépenses maladie, personne n'a remis en cause - que ce soit pour les constater ou les déplorer - les résultats actuels des efforts du Gouvernement et des caisses.

Pour l'avenir, je note deux types de remarques.

Certains refusent l'objectif même de maîtrise des dépenses. C'est le cas de Mme Hubert. C'est aussi le cas de Mme Jacquaint. Dont acte !

**Mme Bernadette Isaac-Sibille.** Quelle association !

**M. Laurent Cathala.** Mme Hubert a une attitude responsable !

**Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville.** Je n'en dirai pas plus à ce sujet, sinon pour m'étonner que certains, dont on pourrait estimer qu'ils connaissent bien le sujet, pensent avoir raison contre le monde entier. Car on peut dire que, partout, dans les pays industrialisés comme dans les pays en développement, la sauvegarde de la protection sociale pose la question de la maîtrise des dépenses de santé, qu'il s'agisse de systèmes de garanties collectives ou de systèmes d'assurances privées individuelles. C'est peut-être même dans les pays où la protection sociale repose sur l'assurance individuelle que les contrôles effectués sur la dépense sont le plus rigoureux.

Je ne peux pas non plus vous laisser dire, madame Hubert, car tel est au fond le sens de votre intervention, que vous auriez le monopole du cœur ou encore que vous seule auriez une vision humaniste, alors que les autres n'auraient qu'une vision technocratique.

**Mme Elisabeth Hubert.** Je vous renvoie à mon discours, madame le ministre, relisez-le attentivement !

**Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville.** Il s'agit de choses graves et je les prends gravement.

**M. Laurent Cathala.** C'est un débat intéressant !

**Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville.** Intéressant et essentiel. A mon sens, ceux qui ont la vision la plus humaniste, ce sont ceux qui se battent avec courage, chaque jour, pour éviter qu'il n'y ait des dépenses inutiles, des dépenses parfois corporatistes ou qui même ne servent qu'à satisfaire des caprices. Car cela existe ! Dans le courrier que je reçois, on me décrit à la fois des caprices et des situations épouvantables.

**Mme Elisabeth Hubert et M. Denis Jacquat.** Tout à fait !

**Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville.** Ces situations épouvantables, je cherche à y remédier en ne tolérant, par ailleurs, aucun gaspillage. La maîtrise médicalisée des dépenses apporte à la fois cohérence et humanité. Je suis convaincue que nous parviendrons à poursuivre sa mise en place en concertation avec les médecins. M. Douste-Blazy et moi-même, depuis dix-huit mois, ne cessons de nous concerter avec l'ensemble des professions de santé afin de définir des conditions qui permettent de sauvegarder le système de protection sociale. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre.*) Car nous savons très bien, l'un et l'autre, ce que signifie, pour les plus malheureux, l'exclusion de toute protection sociale.

La plupart d'entre vous, au demeurant, soutiennent avec lucidité l'objectif de maîtrise des dépenses de santé. J'ai ainsi noté les interventions de MM. Péricard, Barrot, Auberger, Zeller et Delalande.

Beaucoup - et M. Zeller notamment - ont noté que l'effort de maîtrise ne compromettrait nullement la qualité des soins. C'est pour moi un objectif primordial.

M. Bartolone a jugé le rapport du Gouvernement excessivement optimiste et lénifiant tout en trouvant extrêmement rigoureuses les projections d'évolution des dépenses qui fondent les hypothèses de retour à l'équilibre. Cela me semble quelque peu contradictoire.

Qu'y a-t-il d'optimiste à dire que seule une maîtrise très forte des dépenses permettra de revenir à l'équilibre ? C'est à la fois un constat et un espoir. C'est en tout cas une nécessité dont il faut être conscient.

Comment peut-on, par ailleurs, reprocher au Gouvernement son manque de transparence, lui qui a réuni la commission des comptes, présenté des prévisions pour 1995 et des projections pour les deux années suivantes, alors que, fin 1992, le gouvernement de l'époque s'était refusé à réunir la commission des comptes ?

**M. Denis Jacquat.** C'est vrai !

**M. Jean-Luc Préal.** Quel changement !

**M. Laurent Cathala.** On n'est pas des technocrates, on est d'accord avec Mme Hubert !

**Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville.** En revanche, de nombreuses suggestions plus constructives ont été faites pour consolider la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

J'ai noté, par exemple, les propos de M. Barrot sur l'hospitalisation, et notamment sur l'Assistance publique de Paris. Mais, monsieur Barrot, c'est à une forteresse que vous vous attaquez ! Je suis néanmoins d'accord sur l'orientation visant à traiter davantage l'Assistance publique de Paris comme le reste des hôpitaux, même s'il faut tenir compte de sa spécificité.

M. Zeller a fait une analyse très fine du sujet en mettant en évidence la nécessité d'une approche cohérente et équitable. Il a souhaité une approche plus globale des conventions avec les professions de santé ; c'est une approche qui mérite qu'on s'y arrête. Nous aurons d'ailleurs certainement l'occasion d'en reparler puisque le rapport de M. Soubie formulera certainement des propositions pour améliorer la cohérence et la concertation entre les professions de santé.

En ce qui concerne le retour à l'équilibre, le Gouvernement n'a cessé de mettre l'accent sur la priorité que constitue la maîtrise des dépenses par rapport au relèvement des recettes ou au déplacement des charges sur le budget de l'Etat, ce qui revient en fait au même. J'ai noté que la plupart des orateurs approuvaient ce choix. Cela ne signifie pas qu'un jour ou l'autre il ne faudra pas solder le poids du passé, mais il faut avant tout prendre garde à ne pas accepter un processus d'augmentation des recettes, simplement pour se dispenser d'avoir le courage de maîtriser les dépenses de santé.

**M. Jacques Barrot, président de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan.** Très bien !

**Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville.** C'est d'ailleurs ce que vous avez indiqué, monsieur Barrot, de même que M. Auberger.

Encore une fois, je le répète, et certains discours que j'ai entendus cet après-midi montrent que cette répétition n'est pas inutile, il ne faut pas attendre de la croissance des ressources qu'on puisse s'exonérer de la maîtrise des dépenses.

**M. Jean-Pierre Dalalande et M. Franck Thomas-Richard.** Très bien !

**Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville.** C'est bien parce que celle-ci n'est pas définitivement acquise - et je suis d'accord avec les remarques sur ce sujet - qu'il est aujourd'hui prématuré de solder le passé.

En ce qui concerne la branche vieillesse, plusieurs d'entre vous, notamment M. Delalande et M. Préel, ont souligné les mesures de redressement des comptes que le Gouvernement a déjà prises. Grâce à ces mesures, le déficit de la branche a été considérablement réduit.

M. Barrot et M. Péricard ont fait état de leur souci d'aller plus loin et d'étendre la réflexion au « troisième étage » de la retraite en étudiant l'introduction d'un système, par exemple, d'épargne retraite. Je partage leur avis sur la nécessité d'avoir une vision globale de la retraite, mais je pense également que toute innovation sur ce point ne saurait intervenir que si elle recueille l'accord de l'ensemble des partenaires.

La commission des finances a élaboré une proposition très intéressante sur l'épargne retraite. Elle a reçu l'ensemble des partenaires sociaux, qui lui ont fait part de leurs opinions, mais aussi de leurs réticences devant un projet dont ils redoutent qu'il ne porte atteinte à la confiance que les Français accordent aux régimes de

retraite par répartition. Je crois pourtant que les deux systèmes sont tout à fait conciliables, le régime par répartition étant maintenu, mais complété par une épargne-retraite.

Ces réactions nous montrent clairement que nous devons avancer prudemment et nous assurer, avant de procéder à des modifications importantes dans le domaine de la retraite, que celles-ci ne seront pas ressenties comme des atteintes aux régimes par répartition, qui constituent le socle du système français, et qu'elles bénéficieront également à la totalité de la population. Mais je sais, monsieur le président de la commission des finances, que vous-même y êtes très attentif.

M. Bartolone a évoqué la revalorisation des retraites et des allocations familiales pour l'année 1995. Sur ce sujet, il me semble essentiel de ne pas faire de démagogie. Le Gouvernement s'est engagé au maintien du pouvoir d'achat des pensions de retraite et des allocations familiales. C'est un engagement non négligeable dans le contexte financier des branches concernées et, plus généralement, dans celui de la protection sociale. Je rappelle qu'en 1994 l'ARRCO et l'AGIRC ont décidé de ne pas revaloriser les pensions versées. Le maintien du pouvoir d'achat est un engagement ferme du Gouvernement ; il sera tenu. Pour ce qui concerne les retraites, le Parlement a d'ailleurs adopté un mécanisme qui garantit strictement ce maintien.

Je rappelle qu'en matière d'allocations familiales c'est le principe de revalorisation sur les prix qui autorise des mesures nouvelles et ciblées, notamment pour l'accueil des jeunes enfants, mesures qui sont d'application immédiate. Les prévisions actuelles tiennent compte de la législation en vigueur et des prévisions d'évolution des prix pour 1994, qui ne sont pas encore définitives. Le Gouvernement arrêtera les choix de revalorisation compte tenu des principes que j'ai énoncés et des hypothèses définitives d'évolution des prix.

M. Loos voudrait qu'on parle non pas des comptes mais de la politique de santé. Je le comprends très bien et ce serait très intéressant, mais tel n'est pas l'objet de ce débat. Par exemple, c'est à l'occasion de l'examen du budget de M. Fillon, ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, qu'il faut parler de la recherche médicale.

**M. François Loos.** Je l'ai fait !

**Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville.** De même, c'est demain, à l'occasion de l'examen du budget de mon ministère que nous pourrions parler de la santé publique, car la plupart des dépenses correspondantes ne sont pas prises en charge par la sécurité sociale.

Autrement dit, il ne faut pas confondre les débats. Il est possible que, dans le futur, on entreprenne une grande réforme du système de santé qui accroisse les responsabilités de l'Etat et restreigne celles, aujourd'hui très importantes, de la sécurité sociale. Mais, à l'heure actuelle, nous ne pouvons pas empiéter. Nous sommes déjà à la limite du possible. Nous voyons bien d'ailleurs quelles ont été les réserves ou même les critiques formulées par les partenaires sociaux sur l'organisation de ce débat. Bref, il faut respecter les responsabilités de chacun.

N'oublions pas non plus que, dans un certain nombre de domaines de santé publique, les conseils généraux exercent eux aussi des responsabilités importantes. Pour ma part, j'ai demandé à la commission présidée par M. Soubie de clarifier les compétences afin d'améliorer la coordination entre les divers partenaires de la politique

de santé. Mais, encore une fois, ce n'est pas l'objet de notre débat et vous-même, monsieur Loos, avez indiqué que votre amendement n'avait pas été accepté.

Demain, j'en suis sûre, M. le ministre délégué à la santé vous parlera de la santé publique en vous présentant le budget du ministère. D'ici là, gardons-nous des confusions.

Il est vrai qu'au-delà des chiffres, les questions de fond touchent de près au sort des êtres humains. Lors des débats budgétaires - la semaine dernière pour la ville ou demain pour les affaires sociales - nous prenons directement conscience du malheur qui se cache derrière les mots « exclusion », « CHRS » ou « RMI ». Mais nous sommes bien obligés d'examiner les chiffres. L'importance du budget traduit d'ailleurs l'effort consenti pour prendre en charge la souffrance et le malheur.

Il en est de même pour les chiffres de la sécurité sociale. Croyez-vous en effet que des transferts sociaux si considérables seraient possibles s'ils n'étaient, au moins tacitement, acceptés par les Français ?

**M. Jacques Barrot, président de la commission des finances.** Certes !

**Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville.** Vous-mêmes mesdames, messieurs, qui êtes les représentants des Françaises et des Français les acceptez, puisque c'est vous qui êtes appelés à vous prononcer lorsqu'il s'agit d'instaurer le RMI ou telle autre prestation de la politique familiale. Je vois là une réponse à la critique selon laquelle les Français manqueraient de solidarité et se montreraient trop égoïstes. En cette période de crise économique que traverse notre pays, ces transferts sociaux si importants, qui sont autant de palliatifs à la misère qui pèse sur beaucoup, témoignent précisément du contraire. N'est-ce pas en grande partie grâce à la sécurité sociale que nombre de Français, de Françaises et d'enfants peuvent vivre aujourd'hui dans des conditions certes voisines du seuil de pauvreté et très précaires mais tellement plus dignes que dans d'autres pays ? Alors il est vrai qu'il est beaucoup question de chiffres, il n'en reste pas moins que nous parlons des hommes.

Monsieur Dubernard, et monsieur Bardet, vous qui vous êtes préoccupés de la place des hommes dans le système hospitalier, tel est encore le cas lorsque nous parlons de l'hôpital. Pour autant que nous ayons évoqué les masses considérables que représentent les dépenses hospitalières et la protection sociale, croyez-vous que nous ayons gommé la question humaine, celle de la confrontation entre les malades et les acteurs de la santé ? Quels que soient les crédits que nous affecterons à l'hôpital, nous ne pourrons jamais nous substituer à ces derniers. Or je m'inquiète précisément des conditions d'accueil aujourd'hui à l'hôpital. Le rapport du professeur Streg sur l'accueil des urgences, un autre sur la périnatalité, ne font que renforcer mes inquiétudes.

Vous avez été nombreux à évoquer les nécessaires restructurations hospitalières. Nous les souhaitons pour des raisons de santé publique.

**M. Jean-Luc Prél.** Bien sûr !

**Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville.** Mais je m'inquiète aussi d'un autre aspect des choses. En effet, à en croire certains des directeurs de petits hôpitaux, des maires de petites villes, et les courriers que je reçois, les gens considèrent qu'ils sont tellement mieux accueillis dans les petites structures, qu'ils préfèrent y aller acceptant même d'y être parfois

moins bien soignés ! C'est là une leçon pour nous tous : et au-delà des raisons purement financières, qui ne viennent qu'au second plan, nous devons nous demander pourquoi, aujourd'hui, les gens n'ont pas le sentiment d'être reçus à l'hôpital comme ils devraient l'être. Cela tient sans doute à une difficile question d'organisation : elle exige de nous une réflexion approfondie.

Comment pourrait-on en faire l'économie quand on constate précisément que les dépenses des établissements privés, dans lesquels le patient est considéré comme un client, ne sont pas plus importantes que dans les établissements publics où le patient souffre parfois d'un certain manque de considération ? S' imagine-t-on qu'il vient à l'hôpital parce qu'il a une carte de sécurité sociale et, que partant de là, il ne mérite pas plus d'égards ? Certes, il ne s'agit sans doute que d'exceptions, et je me garderai bien de généraliser. Mais ces exceptions, si je m'en tiens au courrier que j'ai évoqué, sont trop nombreuses et cela me chagrine. Cela nous chagrine tous d'ailleurs. Cela signifie bien que c'est là que résident les problèmes humains auxquels nous devons nous attacher à l'avenir. Les uns et les autres, et notamment M. Bardet et MM. Dubernard, n'avez-vous pas du reste évoqué une nécessaire réforme importante de l'hôpital ?

Une telle réforme est effectivement devenue une priorité en matière de prise en charge financière. M. le ministre délégué à la santé et moi-même menons déjà des expériences destinées à évaluer l'activité à l'hôpital et à mieux répartir la masse des dépenses. Faut-il nous engager vers un financement du coût par pathologie ? Faut-il envisager un autre mode de financement ?

En tout état de cause, et quel que soit le financement adopté, nous ne pourrons pas éviter un débat et une réflexion sur l'atmosphère qui règne à l'hôpital et l'accueil des malades, bref sur la relation humaine à l'hôpital. Car c'est bien cela le problème, beaucoup plus qu'une simple question de financement. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre.*)

Monsieur Jacquat, vous vous êtes préoccupé de la situation du régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle. Je vous rappelle que les dispositions de la loi du 25 juillet 1994, issues, d'ailleurs d'amendements parlementaires proposés par l'ensemble des élus alsaciens, prévoient la création d'une instance de gestion du régime local et la compétence de cette instance de gestion pour fixer les taux des cotisations mises à la charge des bénéficiaires du régime local, dans des limites fixées par décret. Celui-ci est actuellement en cours de préparation.

**M. Denis Jacquat.** Très bien !

**Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville.** J'espère que nous pourrons le publier prochainement. Le Gouvernement est attaché à mettre en œuvre cette réforme, qui donnera lieu à une concertation locale identique à celle qui avait été menée à l'automne 1993 et qui permettra à l'ensemble des partenaires sociaux de s'exprimer.

Quant au problème des retraités résidents des trois départements concernés, la position du Gouvernement s'est jusque-là fondée sur le principe de territorialité qui s'applique au régime d'Alsace-Moselle. Dès lors que la réforme du régime local en confie la gestion à une instance responsable, je ne verrai que des avantages à ce que celle-ci se prononce sur la détermination des catégories de bénéficiaires du régime local, dans la mesure où l'ensemble des attributions que la loi lui confie sont étroitement liées, c'est-à-dire que ceux qui sont à l'extérieur devront naturellement être pris en charge financièrement.

Je suis tout à fait disposée, par ailleurs, à ce qu'une étude approfondie soit menée par la DRASS sur le coût que pourrait représenter pour les régimes l'intégration de ces retraités.

**M. Denis Jacquat.** Très bien !

**Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville.** En conclusion, je crois que ce qui sépare certains d'entre nous, ce n'est pas l'attachement au système de protection sociale.

M. Dray a usé de l'argument classique selon lequel toutes les mesures du Gouvernement ne serviraient qu'à dissimuler le noir dessein de démanteler la sécurité sociale. Je ne m'attarderai pas sur ce procès d'intention...

**M. Jean-Pierre Delalande.** Cela ne le mérite pas, en effet !

**Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville.** ... qu'il a d'ailleurs été le seul à faire. Je commence, en effet, à être fatiguée de réfuter ces procès d'intention qui ne reposent sur rien et que démentent toutes nos positions, toutes nos actions...

**M. Laurent Cathala.** Mais pas certaines propositions de loi !

**Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville.** ... hier comme aujourd'hui.

**Mme Muguette Jacquaint.** De tels propos sont scandaleux !

**Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville.** Mais ce qui fait la différence, c'est la volonté de traduire en actes les intentions, c'est la volonté d'agir avec courage, anticipation et lucidité.

**M. Jean-Pierre Delalande.** Très bien !

**Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville.** Le Gouvernement sort conforté de ce débat car la plupart des orateurs ont montré qu'ils avaient pleinement conscience des problèmes...

**M. Laurent Cathala.** On se console comme on peut !

**Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville.** ... et de la nécessité d'une approche non démagogique de ces questions. Je m'en félicite. Je pense que ce débat, comme ceux qui suivront, sert l'intérêt du Parlement comme celui de la sécurité sociale, et je vous remercie de l'enrichissement que vous avez apporté à cette réflexion. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République.*)

**M. le président.** Le débat est clos.

2

## LOI DE FINANCES POUR 1995 (DEUXIÈME PARTIE)

### Suite de la discussion d'un projet de loi

**M. le président.** L'ordre du jour appelle la suite de la discussion de la deuxième partie du projet de loi de finances pour 1995 (n<sup>o</sup> 1530, 1560).

### AFFAIRES SOCIALES, SANTÉ ET VILLE

#### Affaires sociales et santé

**M. le président.** Nous abordons l'examen des crédits du ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, concernant les affaires sociales et la santé.

La parole est à M. Adrien Zeller, rapporteur spécial de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan, pour les affaires sociales.

**M. Adrien Zeller, rapporteur spécial.** Monsieur le président, madame le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, monsieur le ministre délégué à la santé, mes chers collègues, les crédits du ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville que je suis chargé d'analyser et de rapporter atteindront, en 1995, un montant de 61,78 milliards de francs, en progression de 6 p. 100 par rapport à la loi de finances pour 1994.

Cette évolution, au premier abord très satisfaisante, doit s'apprécier à partir de plusieurs critères.

Les crédits du ministère des affaires sociales, déduction faite des crédits de la ville, sont d'abord constitués par des dépenses d'intervention sociale qui représentent 55 milliards de francs sur un total de dépenses ordinaires de 60,54 milliards de francs.

L'accroissement de 6,6 p. 100 des dépenses d'intervention publique doit s'apprécier d'une manière contrastée. En effet, une partie de cette augmentation enregistre les effets de la crise économique et ne doit rien à un choix politique explicite, par exemple l'augmentation de la dotation du RMI. Une autre, par contre, correspond à la volonté du Gouvernement de développer la politique d'action sociale - tel l'effort consenti en faveur des centres d'aide par le travail ou encore des CHRS - ou d'intensifier la politique de santé publique, à travers notamment les efforts réalisés en matière de lutte contre la toxicomanie.

Nous le savons, les efforts réalisés dans ces domaines sont effectués dans un contexte budgétaire très difficile.

S'agissant des crédits de fonctionnement, je suis comme vous-même, madame le ministre d'Etat, très sensible à la pénurie de moyens dont souffre l'administration sanitaire et sociale. Aussi faut-il se féliciter que le projet de loi de finances comporte des améliorations. Elles ne sont toutefois pas encore suffisantes au regard des enjeux.

Le ministère des affaires sociales ne doit pas, en effet, être analysé comme une administration isolée mais comme l'organisme de tutelle de l'ensemble des régimes de sécurité sociale qui, en 1994, gèrent des masses s'élevant à 1 957 milliards de francs, soit une fois et demie le volume du budget de l'Etat.

Dans cette perspective, les quelques millions de francs qui peuvent être économisés par l'Etat, par exemple sur les crédits de tutelle hospitalière, peuvent coûter infiniment plus cher à la collectivité, si ces économies privent des moyens nécessaires pour empêcher une dérive excessive des dépenses hospitalières, dérive qui, elle, peut se chiffrer par centaines de millions de francs, voire par milliards de francs.

Je souhaite que cette mission de l'Etat soit réaffirmée car le citoyen est à la fois contribuable et cotisant social et il n'est pas possible de raisonner correctement en faisant abstraction de ce contexte. Cela est d'autant plus vrai qu'il est de plus en plus évident que la conception traditionnelle du paritarisme est quelque peu ébréchée. De plus en plus aujourd'hui, c'est la collectivité nationale tout entière, et pas seulement les actifs, qui doit cofinancer et, par conséquent, contrôler et assumer la maîtrise de son système de protection sociale.

Le projet de budget du ministère des affaires sociales et de la santé enregistre donc une progression importante - 6,14 p. 100 par rapport à 1994. En outre, pour la pré-

mière fois depuis longtemps, ce ministère enregistre des créations d'emplois significatives qui s'élèvent à quatre-vingt-deux postes. Au-delà des mouvements liés aux conséquences des lois de décentralisation, il convient de relever particulièrement la création de quatre-vingts emplois destinés à renforcer le dispositif de lutte contre le sida et la transformation de cinquante emplois de catégorie B en catégorie A qui viendront étoffer l'encadrement de l'administration sanitaire et sociale. Il convient également de noter la levée du gel portant sur une centaine d'emplois non pourvus, ce qui permettra de recruter autant de fonctionnaires.

Comme l'année précédente, je relèverai, cette année encore l'importance des agents mis à la disposition du ministère des affaires sociales en provenance des organismes sociaux en méconnaissance des règles de la fonction publique. En effet, ils constituent aujourd'hui 36 p. 100 des personnels de la direction des hôpitaux et 30 p. 100 de ceux de la direction de la sécurité sociale, ce qui représente au total 335 personnes sur les 2 600 environ que comporte l'administration centrale, soit 12,5 p. 100 de l'encadrement de ce ministère.

Mon analyse vient compléter le propos précédent : elle met en évidence le fait que, à côté de 634 titulaires de catégorie A, il y ait 180 personnes mises à disposition par des organismes extérieurs. Il n'existe pas, à ma connaissance, un autre ministère dans lequel près du tiers de l'encadrement provient de structures autres que l'État et qui continuent à rémunérer les personnels dont elles se dessaisissent volontairement ou non, je n'ai pas pu le savoir.

Je ne traiterai pas ici des questions de service national mais le ministère des affaires sociales, je le rappelle, prend en charge les objecteurs de conscience. Cette forme civile du service national représentera en 1995 un coût de 265 millions de francs contre 230 en 1994. En outre, je ne suis pas convaincu que la dotation proposée pour l'année prochaine, supérieure de 35 millions de francs à celle de l'année en cours, puisse financer en totalité la prise en charge de cette catégorie d'appelés. Ne faudrait-il pas d'ailleurs examiner de plus près le fonctionnement du système des objecteurs de conscience, qui peut donner lieu à des dérives ? Mais je m'en tiendrai là sur ce point, précisant simplement que mon rapport est un peu plus explicite.

Le ministère des affaires sociales et de la santé a donc la tutelle de sommes supérieures au budget de l'État. Bien des économies réalisées sur ses moyens de fonctionnement pourraient se traduire par des dérapages ou des surcoûts pour les assurances sociales ou par l'accentuation de problèmes de santé publique, eux-mêmes générateurs de frais ultérieurs. Il est donc très important que ses crédits lui permettent de faire face à ses missions dans de bonnes conditions.

Or, madame le ministre d'État, monsieur le ministre délégué, les moyens de l'administration diminuent de 10 millions de francs pour atteindre 344,4 millions de francs. En prenant en compte les lignes de fonctionnement de l'administration centrale, ces crédits s'élèvent à 348,8 millions de francs, soit là aussi une diminution de 6 millions de francs par rapport à l'année en cours.

Les moyens des services déconcentrés s'élèveront en 1995 à 962 millions de francs, contre 934 en 1994. Selon le mode de calcul adopté, la progression est de 3 p. 100 ou de 1,75 p. 100.

Un travail important de restructuration susceptible de générer des économies sur les moyens de fonctionnement du ministère devrait, à mon sens être entrepris. Il

importe, en effet, de rendre performants les outils de la tutelle administrative sur les organismes de sécurité sociale et surtout sur les établissements hospitaliers, c'est-à-dire les directions régionales des affaires sanitaires et sociales et les directions départementales des affaires sanitaires et sociales.

En matière d'assurance maladie, la tutelle devra, de manière évidente et surtout dans la perspective d'une politique de maîtrise médicalisée des dépenses de santé dont nous venons de parler abondamment, s'intéresser plus directement à l'ensemble des dépenses d'assurance sociale et non plus aux seuls 5 p. 100 que représentent les dépenses de fonctionnement des organismes gestionnaires qui, pourtant, mobilisent aujourd'hui 40 p. 100 des effectifs d'inspecteurs des DASS et des DRASS. Oui, 40 p. 100 d'encadrement pour 5 p. 100 des dépenses ! Il y a là quelque chose d'anormal et je suis convaincu qu'à l'avenir il nous faudra revoir le système.

Il est aussi paradoxal de constater que bien que l'alcoolisme soit un fléau plus coûteux pour la collectivité que la toxicomanie, par exemple, les sommes qui lui sont consacrées représentent le tiers des crédits de cette dernière. J'imagine que d'autres orateurs en parleront plus abondamment.

Le chapitre 47-23 « Subventions à divers régimes de protection sociale », qui s'élève à 2,270 milliards de francs, a connu une forte diminution ces dernières années - 4 milliards de francs - grâce, il faut le dire, à un artifice : la modification des règles de la surcompensation qui a fait supporter en grande partie à la CNRACL la charge du régime minier qui recevra de l'État en 1995 une subvention de 2 milliards de francs en diminution de 473 millions de francs.

Il y a là un véritable problème que j'ai évoqué cet après-midi dans le débat sur la sécurité sociale et qui mérite une révision des modes d'intervention notamment du ministère du budget sur la répartition de ces moyens et sur les ponctions opérées sur les régimes dits excédentaires, mais qui en fait vont être amenés à augmenter leur taux de cotisation, voire les dotations demandées à la sécurité sociale elle-même, ce qui est un comble.

Malgré les problèmes constitutionnels liés aux rôles respectifs du Gouvernement, du Parlement et des partenaires sociaux, le contrôle du Parlement sur les comptes de la protection sociale est, on vient d'en avoir une illustration, une nécessité.

On ne peut donc que se féliciter du débat sur la sécurité sociale, qui a eu lieu pour la première fois cette année parallèlement au débat budgétaire. Toutefois, nous sommes nombreux à l'avoir remarqué, aucun vote ne vient sanctionner les options retenues par la représentation nationale, lesquelles ont été, à une ou deux exceptions près, très largement convergentes.

Sans aller jusqu'à soumettre au vote du Parlement un véritable budget prévisionnel de la protection sociale, on peut toutefois imaginer que, à des fins de transparence et de responsabilité, le Parlement soit amené à se prononcer, par un vote, sur un chiffre. Ce chiffre regrouperait, d'une manière claire, d'une part, l'ensemble des dépenses engagées par l'État au profit de la sécurité sociale - lesquelles sont votées de manière parcellaire, par titre et par ministère, lors du vote des budgets des différents départements ministériels où elles sont inscrites - et, d'autre part, l'ensemble des impôts perçus par l'État au profit des organismes de sécurité sociale.

Ce chiffre aurait une importance politique essentielle puisqu'il montrerait l'accroissement continu du montant de l'ensemble des concours publics au financement de la

protection sociale - provenant soit d'impôts, soit de crédits budgétaires destinés à alimenter la sécurité sociale - lequel sera de l'ordre de 214 milliards en 1994. Cette démarche serait un peu similaire à celle qui a institué une discussion sur le prélèvement européen lequel figure depuis deux ans dans la loi de finances initiale et retrace l'ensemble des concours divers versés par la France au budget de l'Union européenne.

C'est la raison pour laquelle la commission des finances a adopté, sur la proposition de son président Jacques Barrot, un amendement en ce sens, que nous examinerons sans doute demain.

Les perspectives financières de la sécurité sociale - dont nous venons de beaucoup parler - demeurent incertaines à un moment où les prélèvements obligatoires et les déficits publics atteignent des niveaux très élevés. Dans le rapport relatif à la sécurité sociale, le Gouvernement souligne, à juste titre, que l'équilibre des comptes passe par un rétablissement de l'équilibre de la branche maladie, rétablissement indispensable qui peut être obtenu progressivement par la maîtrise des dépenses.

J'ai également relevé dans ce rapport que le Gouvernement écarte le recours à des prélèvements supplémentaires, lesquels pourraient apparaître comme des solutions simples, sans doute même trop simples, à nos problèmes.

Cette ambition de ne pas pratiquer la fuite en avant oblige à la discipline, à la transparence et au courage partagés. Je souhaite que le rapport dont nous venons de discuter puisse y contribuer. Pour moi, les vraies réformes doivent encore, dans certains domaines, être entreprises, donc d'ores et déjà préparées. Je pense à ce qui reste à faire dans le domaine des retraites pour les régimes autres que le régime général de la sécurité sociale ou encore aux actions à mener pour couvrir au meilleur coût - j'insiste sur ce terme - le risque et les charges de la dépendance pour les personnes âgées.

La mise en place de ces politiques implique que la capacité d'expertise du ministère des affaires sociales et de la santé soit renforcée et développée.

Je regrette, en outre, que les tableaux sur les indicateurs de cohésion sociale que le Gouvernement devait présenter, en vertu d'un amendement adopté dans le projet de loi de 1993 portant diverses mesures d'ordre social, ne soient pas disponibles pour le débat sur le budget des affaires sociales. Je ne peux imaginer, madame le ministre d'Etat, que le Gouvernement n'aura pas à cœur d'appliquer cette disposition législative originale, car politique économique et politique sociale sont indissociables, la cohésion sociale devant être l'objectif majeur de toute politique de redressement économique par ces temps de mutation et de ruptures.

Je souhaite que l'on élabore sérieusement, même si cela n'a pu être fait cette année, cette batterie d'indicateurs de cohésion sociale qui me paraît au moins aussi utile et aussi riche que le foisonnement de chiffres économiques et financiers, certes à ne pas sous-estimer, figurant dans des kilos de rapports annexés au projet de loi de finances. Je me permets d'insister, car le Gouvernement et l'Assemblée se grandiraient à regarder ces réalités sociales en face, ce qui leur permettrait de mieux les prendre en compte afin d'améliorer notre politique dans ces différents domaines.

Je voudrais également parler du RMI, en demandant au rapporteur spécial chargé de l'action sociale, Alain Girard, de m'en excuser.

Je n'en fais pas mystère : je suis et je reste partisan d'une décentralisation partielle, mais concertée et non pas imposée, du RMI. Je suis peut-être atypique dans cette maison, en défendant une telle conception, mais j'estime que le système actuel est trop marqué par une vision étatique de l'action sociale. Personnellement, je crois en la subsidiarité, c'est-à-dire en la conjugaison de la solidarité nationale s'appuyant sur la solidarité locale, bien entendu dans le respect de la notion de droit au RMI.

Les dérives actuelles - de 17 p. 100 à 19 p. 100 par an - ne sont pas toutes liées à la crise économique. Elles tiennent aussi au fait qu'il est facile de procurer une allocation, puis de laisser faire les personnes dans la difficulté, puisque c'est l'Etat qui paie ! La loi du moindre effort joue en effet trop souvent en ce sens. Je l'ai observé sur le terrain, même dans des régions et dans des départements réputés sérieux.

L'Etat dépense 19 milliards de francs pour le RMI, madame le ministre d'Etat, contre seulement 12 milliards de francs pour les CES. Cela montre qu'il y a là une anomalie à rectifier.

Il faut discuter, négocier, mais pas s'abandonner à cette idée qui s'apparente, à mes yeux, non seulement à une erreur, mais aussi à une véritable défaite de l'esprit.

J'en ai terminé, monsieur le président, ayant une fois de plus débordé et abusé de votre patience.

Les crédits des affaires sociales ont marqué, ces dernières années, un arrêt limité mais réel de la dégradation chronique des moyens de ce ministère, et permis des améliorations sensibles en matière de politique d'action sociale. Cela sera sûrement repris par le rapporteur spécial qui va traiter de ce sujet.

Sur la base de ces remarques, je suis conduit à proposer leur adoption à l'Assemblée, comme je l'ai fait en commission des finances. *(Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République.)*

**M. le président.** La parole est à M. Pierre Hellier, rapporteur pour avis de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour les affaires sociales.

**M. Pierre Hellier, rapporteur pour avis.** Monsieur le président, madame le ministre d'Etat, monsieur le ministre délégué, mes chers collègues, les crédits consacrés au projet de budget pour 1995 du ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, s'élèvent à 61 milliards de francs en dépenses ordinaires et crédits de paiement pour la section I, c'est-à-dire les crédits affaires sociales et santé.

Par rapport au montant du budget pour 1994, 57 milliards de francs, il enregistre une progression de 6 p. 100, alors que les dépenses de l'Etat, dans leur ensemble, augmenteront de moins de 2 p. 100.

Cette progression est largement due à l'effort prévu en faveur des exclus, effort qui représente l'une des priorités nationales.

Le rapport dont j'ai été chargé ne concerne pas, à l'intérieur de cette section I, les crédits consacrés à la santé, à la famille, aux personnes âgées ou handicapées, qui font l'objet d'autres avis. Toutefois, il est évident que, pour beaucoup, ces crédits peuvent être considérés comme participant à la lutte contre l'exclusion, tels, parmi d'autres, ceux destinés à la lutte contre le sida ou les toxicomanies, qui augmenteront respectivement de 9 p. 100 et de 15 p. 100 en 1995 par rapport à 1994, ou encore ceux concernant les centres d'aide par le travail, qui progresseront de plus de 8 p. 100 et devraient permettre la création de 2 000 nouvelles places.



Mise à part la politique de l'emploi dans son ensemble, le premier instrument de la lutte contre l'exclusion est, sans doute, le revenu minimum d'insertion.

A la fin de 1993, le nombre d'allocataires du RMI approchait 800 000 personnes, soit une progression de 86 p. 100 par rapport à 1989. Bien que les allocataires du RMI soient souvent des personnes seules, surtout en métropole, on peut évaluer à un million et demi le nombre de personnes couvertes en fait par le RMI.

Il faut cependant souligner que ces chiffres ne donnent pas la mesure de l'exclusion. Sans entrer dans le débat sur les critères mêmes de l'exclusion, - en quoi cette notion se différencie-t-elle ou non du manque de ressources financières ? - je rappelle seulement que les chiffres les plus divers ont été avancés en raison non seulement des incertitudes dans les définitions retenues, mais aussi des difficultés propres au recensement de populations souvent très marginalisées.

On doit donc se féliciter de ce que le Gouvernement ait mis au nombre de ses préoccupations la connaissance des processus d'exclusion et l'évaluation des dispositifs publics existants. La création du conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, qui vient sur ce point relayer le travail précédemment accompli par la commission nationale d'évaluation du revenu minimum d'insertion, devrait apporter, à cet égard, de nouveaux éléments, de même que le rapport du Conseil économique et social actuellement en préparation sous l'égide de Mme Geneviève de Gaulle-Anthonioz, présidente d'ATD-Quart-monde.

Cela étant, et dans l'attente des résultats des travaux en cours, il est probable que l'on peut considérer comme exclues ou menacées d'exclusion, non seulement les allocataires du RMI, mais également certaines personnes qui n'ont pas droit à cette allocation, notamment les bénéficiaires de minima sociaux, ceux de l'allocation de parent isolé ou encore de jeunes de moins de vingt-cinq ans.

Pour ces derniers, les fonds d'aide aux jeunes, prévus par la loi du 29 juillet 1992, en remplacement des divers dispositifs locaux, devraient apporter une aide essentielle : 35 000 jeunes ont pu en bénéficier en 1993 sur une base moyenne de 2 000 francs. Malheureusement, il semble que la montée en charge du dispositif se révèle encore trop lente en raison de multiples difficultés concernant surtout les moyens de financement et la répartition de leur charge.

S'agissant plus particulièrement du RMI, dans la mesure où il allie à une garantie de ressources minimales un volet réinsertion qui en constitue, en principe, un élément indissociable, son rôle dans la lutte contre l'exclusion doit être considéré comme primordial.

Tel est certainement le cas si l'on en juge non seulement par le nombre des bénéficiaires, mais également par les efforts financiers engagés tant par l'Etat que par les collectivités locales. Ainsi, la délégation interministérielle au RMI évaluait-elle l'engagement financier de l'Etat à plus de 20 milliards de francs en 1993, ce chiffre comportant, outre les dépenses d'allocation de RMI, celles concernant l'emploi des titulaires de cette allocation et la créance de proratisation pour les départements d'outre-mer.

Les départements ont, quant à eux, accompli un effort considérable pour alimenter le volet insertion du RMI, leur contribution obligatoire devant s'élever à 20 p. 100 des dépenses d'allocations supportées par l'Etat et le taux de consommation de ces crédits s'étant largement amélioré au fur et à mesure que se « rodait » le dispositif pour atteindre en métropole un niveau très proche de

100 p. 100, hors reports des années précédentes. En outre, les départements financent une grande partie de la couverture maladie des bénéficiaires du RMI lorsque ces derniers n'ont pas d'autres moyens de protection.

Il n'en reste pas moins que les efforts accomplis n'ont pas porté tous leurs fruits en matière de réinsertion ; malgré des améliorations indéniables, « l'insertion progresse, mais l'exclusion galope », notait récemment la délégation interministérielle au RMI. Ainsi, au cours de l'année 1993, année, il est vrai, particulièrement difficile, si le nombre de sorties du RMI a atteint 167 000, il a été plus que compensé par celui des entrées qui s'est élevé à 288 000.

Un effort important demeure donc indispensable et de nouvelles mesures ont été annoncées par le Gouvernement. Nous aurons l'occasion d'en débattre prochainement, notamment dans le cadre de l'examen du projet de loi portant diverses dispositions d'ordre social.

Je souhaite néanmoins appeler, dès à présent, votre attention sur l'une des mesures que comporte ce texte et qui prévoit une exonération de cotisations sociales en cas d'embauche de titulaires du RMI depuis deux ans au moins : si, en son principe, cette disposition paraît tout à fait louable, je ne puis que déplorer très vivement, que à titre dérogatoire, il ne soit pas prévu de compensation pour les organismes de sécurité sociale concernés, entamant ainsi la crédibilité du dispositif de garantie mis en place tout récemment par la loi du 25 juillet 1994.

Par ailleurs, l'article 49 du projet de loi de finances pour 1995, en mettant à la charge des départements 25 p. 100 de l'allocation de RMI et en compensant cette nouvelle charge par un versement de l'Etat évoluant ultérieurement selon des critères hautement discutables, a soulevé, vous le savez, madame le ministre d'Etat, beaucoup d'émotions et d'interrogations. La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a demandé que toute réforme en ce domaine fasse l'objet d'une réflexion approfondie, voire d'expérimentations. J'observe d'ailleurs que la commission des finances, de l'économie générale et du Plan, a, quant à elle, rejeté cet article 49.

Sans être pour autant fermé à toute perspective de réforme, je crois qu'il serait sage de tenir compte de l'ensemble des réactions très réservées suscitées par ce projet de modification.

Parmi les autres mesures participant à la lutte contre l'exclusion, j'en relèverai plus particulièrement quelques-unes.

Ainsi les crédits budgétaires consacrés aux centres d'hébergement et de réadaptation sociale - les CHRS - augmentent-ils de façon significative dans le projet de loi de finances pour 1995 et devraient permettre la création de 500 places nouvelles. Il faut néanmoins se souvenir que ceux-ci ont dû être fortement abondés dans le courant de l'année.

Il convient donc de ne pas renouveler les erreurs passées en sous-estimant les besoins financiers des CHRS, notamment pour ce qui concerne le règlement des contentieux. Par ailleurs, la population des CHRS a quelque peu évolué au cours de la période récente. On enregistre actuellement un net rajeunissement ainsi qu'une augmentation des demandes des familles avec enfants : il serait souhaitable que les difficultés auxquelles se heurte fréquemment l'accueil de ces familles puissent être levées.

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a, tout en se félicitant de la remise à niveau, au cours de l'année 1994, des dotations budgétaires allouées en loi de finances initiale aux CHRS, ainsi que de la création prévue pour 1995, de 500 places nouvelles, sou-

haité que les conditions de fonctionnement de ces établissements puissent être assainies durablement, afin qu'ils soient en mesure de faire face plus efficacement à leurs missions.

Dans un autre domaine qui touche également de près à la lutte contre l'exclusion, celui de la formation des travailleurs sociaux, la commission a demandé que soient améliorés les moyens alloués pour leur formation. De nombreuses études ont été engagées afin de mieux cerner les mutations intervenues dans le domaine du travail social et les conséquences à en tirer quant au contenu et aux modalités de la formation.

Il faut espérer que ces études pourront trouver rapidement leur aboutissement et que la modeste progression des crédits inscrits dans le projet de loi de finances pour 1995 ne sera pas réduite dans le courant de l'année prochaine, comme cela a parfois été le cas dans le passé, alors même que les besoins en personnels sociaux restent soutenus.

Enfin, madame le ministre d'Etat, je tiens, en conclusion, à rappeler une préoccupation, exprimée déjà l'an dernier par le rapporteur des crédits des affaires sociales pour 1994, concernant les missions et les moyens de votre administration. Depuis lors, des signes encourageants permettent de penser que l'observation formulée alors par la commission a été entendue.

Malgré le contexte économique difficile et les nécessités de contenir le déficit budgétaire, le ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, tout en participant à l'effort de rigueur, semble engagé dans la voie d'une modernisation indispensable. La commission souhaite néanmoins que ces premiers pas soient suivis d'autres et que l'administration sanitaire et sociale dispose des moyens de conduire une politique sociale dynamique, à un moment où la nécessité en est particulièrement manifeste.

Cela étant posé, la commission a estimé que les lignes directrices de la politique menée dans ce domaine, telles qu'elles se dégagent des actions engagées jusqu'alors et du projet de budget pour l'année prochaine, étaient positives et elle a donc, conformément à ma proposition, donné un avis favorable à l'adoption des crédits des affaires sociales pour 1995. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République.*)

**M. le président.** La parole est à M. Alain Rodet, rapporteur spécial de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan, pour la santé.

**M. Alain Rodet, rapporteur pour la santé.** Madame le ministre d'Etat, monsieur le ministre, mes chers collègues, les dépenses de santé représentent un enjeu important pour nos concitoyens, puisqu'ils ont dépensé à ce titre 11 234 francs en moyenne par personne en 1993.

La maîtrise de l'évolution de ces dépenses conditionne celle des finances publiques car - nous l'avons vu dans le débat précédent - le volume des dépenses de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés représente une fois et demie le produit de l'impôt sur le revenu des personnes physiques.

Pour faire face à ces défis, il faut une administration forte bénéficiant de crédits suffisants, dont le rôle et la légitimité ne soient pas contestés et soient, au contraire, clairement établis, dotée d'une capacité d'expertise autonome, qui lui évite de s'en remettre à des intervenants extérieurs. De ce point de vue, l'affaire du sang contaminé par le virus du sida a bien montré les dangers d'une

situation dans laquelle le ministère de la santé s'était trop reposé sur les avis du Centre national de la transfusion sanguine.

Au cours de ces travaux, j'ai eu le sentiment que la première tâche, la plus urgente pour un gouvernement, devait être de redéfinir la place de l'administration de la santé par rapport, d'une part, aux caisses d'assurance maladie, d'autre part, aux hôpitaux afin de légitimer l'intervention de l'administration. C'est une nécessité pour la conduite de la politique de maîtrise des dépenses de l'assurance maladie, qui constitue probablement le défi le plus difficile et le dossier le plus délicat pour tout gouvernement quel qu'il soit.

Les crédits consacrés aux actions à caractère sanitaire s'élèveront, en 1995, à 2,863 milliards de francs, en augmentation de 61 millions de francs, soit une progression de 2,19 p. 100.

Si les crédits de fonctionnement progressent de 5,45 p. 100, ceux d'investissement, par contre, diminuent de 13,2 p. 100.

La politique de maîtrise des dépenses de santé repose également - c'est un aspect important de ce budget - sur un renforcement des services extérieurs de l'Etat, que ce soit au niveau régional avec les DRASS, ou départemental avec les DDASS.

A ce titre, les moyens consacrés à la tutelle hospitalière augmenteront de 30 millions de francs.

Je me permets cependant de renouveler une observation déjà formulée l'an dernier : des conventions devraient être conclues entre l'Etat et les établissements hospitaliers ou les organismes de sécurité sociale qui mettent des cadres à la disposition du ministère en toute irrégularité puisqu'aucun support juridique n'est prévu à cet effet. Le rapporteur du budget des affaires sociales, M. Zeller, l'a rappelé et je crois utile de revenir sur cette remarque.

En outre, une partie des cadres ainsi dégagés pourrait être affectée dans les régions et mise, par exemple, à disposition des préfets qui disposeraient ainsi, à leur niveau, de capacités d'expertise pour lancer leur programme de planification hospitalière.

Au total, les moyens des services déconcentrés seront de 962,21 millions de francs contre 934 millions de francs en 1994, soit 3 p. 100 d'augmentation, mais la progression réelle, compte tenu des redéploiements, ne s'élève qu'à 1,75 p. 100.

Un crédit de 20 millions de francs a été ouvert en 1993 sur le chapitre 37-14 - Moyens et actions des services de tutelle hospitalière - pour renforcer les capacités des services déconcentrés à faire face à l'évolution de leurs missions, en raison des nouvelles missions prévues par la loi hospitalière de 1991.

Cette dotation, répartie entre les régions, a été principalement consacrée à la mise en œuvre des nouvelles procédures de planification, en particulier à l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire.

Pour 1995, le projet de loi de finances prévoit un montant de crédits de 30 millions de francs dont environ 24 millions de francs seront régionalisés afin de permettre la poursuite de la mise en œuvre des SROS.

S'agissant des investissements, on peut douter très sérieusement que les dotations concernant les subventions d'équipement sanitaire soient suffisantes pour permettre tout à la fois d'assurer la poursuite des opérations déjà engagées, et de réaliser celles qui ont fait l'objet d'études et de travaux préliminaires, en particulier, pour les structures extrahospitalières, dans les domaines de la psychia-

trie et de la toxicomanie, ce qui a conduit la commission des finances à adopter une observation regrettant ces insuffisances.

Par ailleurs, l'accent mis sur la lutte contre les toxicomanies se traduit dans le projet de budget par trois mesures nouvelles importantes : la mise en œuvre du plan triennal de lutte contre la toxicomanie à hauteur de 111 millions de francs ; l'ajustement aux besoins du dispositif de soins aux toxicomanes pour 10,22 millions de francs ; le développement des actions interministérielles pour 8 millions de francs.

Pour être tout à fait exhaustif sur cette question, il faut noter que la dotation relative à la prévention sanitaire et sociale en faveur des toxicomanes et de leur famille progresse de 4,84 millions de francs pour atteindre un total de 14,52 millions de francs.

Après la prise en compte d'une mesure de révision des services votés, contrepartie de la création d'un fonds de concours alimenté par le produit des amendes infligées aux trafiquants de drogue dont le rendement est estimé à 30 millions de francs, et de mesures de transfert à hauteur de 7,43 millions de francs, l'ensemble des crédits des ministères consacrés à la lutte contre la toxicomanie s'élèvera à 833 millions de francs, soit une progression globale de près de 20 p. 100.

En 1995, les crédits gérés par le seul ministère de la santé et affectés à la lutte contre la toxicomanie connaîtront pour leur part une croissance de 27,5 p. 100 et représenteront 678 millions de francs dont 111 millions seront consacrés à l'ouverture de places de postcure et 10 millions de francs à la création de places de méthadone.

En 1994, les crédits ouverts par la loi de finances atteignent 267 millions de francs auxquels doivent être ajoutés 60 millions de francs issus du décret d'avances. Ces crédits devraient être complétés par une dotation de 100 millions de francs annoncée par le Premier ministre.

En 1995, 23 millions de francs supplémentaires permettront de renforcer les programmes existants, notamment dans des domaines tels que l'aménagement d'appartements thérapeutiques ou de dispositifs d'aide à la vie quotidienne des malades. C'est un effort important que je tenais à souligner.

L'effort en matière de lutte contre le sida, qui figure parmi les grandes priorités, est poursuivi par un renforcement des dispositifs déconcentrés pour un montant de 39 millions de francs.

La dissolution de l'Association française de lutte contre le sida, transformée en agence dont les missions sont reprises par les services du ministère, a pour conséquence un redéploiement partiel des crédits antérieurement consacrés à subventionner l'association sur des lignes de personnel pour une trentaine de créations d'emplois.

La dépense globale - 2,5 millions de francs - pour lutter contre le tabagisme, par contre, marque le pas ; le rapporteur spécial des affaires sociales l'a remarqué. Ce montant est très insuffisant au regard du problème majeur que constitue pour la santé publique le tabagisme. Je rappelle en effet que 65 000 décès chaque année sont dus à l'usage excessif du tabac et à ses conséquences : cancers, maladies cardio-vasculaires, maladies respiratoires chroniques, artérites.

Plusieurs rapports ont mis en évidence un certain nombre de dysfonctionnements dans le domaine des urgences. Je souhaite, à cet égard, ramener les choses à de plus justes proportions. Il convient de se garder d'une description apocalyptique de la situation des soins d'urgence.

Je rappelle que la situation de l'urgence vitale est globalement satisfaisante. La généralisation des SAMU et le fait que toute personne dont la vie est en danger immédiat est aussitôt prise en charge, sans que l'on vérifie sa qualité d'assuré social, font que les cas les plus graves sont, en dehors bien sûr de dysfonctionnements exceptionnels, convenablement traités.

Ce qui nécessite aujourd'hui une réflexion en profondeur est ce qu'il est convenu d'appeler la « petite urgence », c'est-à-dire celle où la vie humaine n'est pas directement menacée.

Le constat fait par les rapports dont on a déjà beaucoup parlé, et avant eux par le rapport Lazare sur l'« hospitalocentrisme » et le manque de coordination entre la médecine de la ville et la médecine hospitalière, renvoie à un problème de fond, qui est autant un problème de mentalités que de droit, et constitue probablement la principale « tare » de l'organisation du système de soins français.

Dans ces conditions, on ne peut que souscrire aux observations selon lesquelles la prise en charge des urgences doit s'articuler autour des médecins généralistes. Ces médecins garantissent à la fois une réponse médicale de proximité et sont générateurs d'économie pour l'assurance maladie dans la mesure où ils permettent d'éviter le recours abusif au système de soins hospitaliers, en particulier en pédiatrie, gériatrie et psychiatrie.

En conclusion, j'insiste sur la nécessité pour l'administration de la santé de réaffirmer son autorité. Il n'est pas possible d'avoir, d'un côté, une politique cohérente de la recherche, mais avec plusieurs associations concernées, et, de l'autre, une politique en matière d'assurance maladie pratiquement autonome et la logique propre du monde hospitalier. Il faut opérer une coordination pour que nous puissions initier un véritable programme de maîtrise des dépenses de santé.

Il appartient à l'Etat, et à lui seul, après la consultation la plus large possible, de définir la politique de santé publique.

Je n'aborderai pas, après le débat qui vient d'avoir lieu, dans la présentation des crédits du ministère des affaires sociales, la gestion de l'assurance maladie. Je reviendrai toutefois quelques instants sur le rapport de l'inspection générale des affaires sociales qui met en lumière le splendide isolement de l'Assistance publique de Paris, qui bénéficie d'un traitement de faveur si l'on compare l'évolution de ses dépenses à celle de la plupart des centres hospitaliers régionaux. En effet, l'évolution des dotations, sur les quatre années qui viennent de s'écouler, est en moyenne de 7,1 p. 100 pour l'Assistance publique de Paris, c'est-à-dire plus d'un point par rapport à celle de l'ensemble des CHU. J'ai calculé que si l'Assistance publique de Paris avait eu, en 1993, la même évolution de dotation par rapport à l'année précédente que le CHU dont je préside le conseil d'administration, celui de Limoges, l'assurance maladie aurait enregistré un milliard d'économies en 1993. Je pense qu'il est bon aujourd'hui de hâter la généralisation des FMSI, qui a été initiée et expérimentée dans la région Languedoc-Roussillon. En effet, une telle mesure est de nature à permettre une évolution plus satisfaisante des ressources des hôpitaux. L'Assistance publique, qui n'a pas de conseil d'administration, mais un conseil de tutelle, constitué par un triumvirat composé des trois plus grands directeurs de l'administration centrale dont le *primus inter pares* est le directeur du budget, ferait bien aujourd'hui de regarder de très près cette distorsion qui

risque un jour, si on n'y porte pas rapidement remède, de provoquer de graves traumatismes dans le système hospitalier français.

La commission des finances, de l'économie générale et du Plan a adopté dans sa séance du 6 octobre 1994 les crédits de la santé, car le projet de budget de la santé traduit un effort louable du Gouvernement pour développer une politique de santé publique.

Il apparaît aujourd'hui que cette politique doit s'inscrire dans la durée et, quels que soient les gouvernements, avoir une pérennité dans un certain nombre de domaines, quelles que soient les orientations prises. Car l'objectif est bien, en effet, de veiller à ce que les principes fondateurs de la sécurité sociale française soient préservés pour permettre l'accès des plus démunis à une médecine de qualité.

Toute la difficulté de l'action à conduire dans ce secteur tient à la contradiction entre les aspirations de la population qui souhaite être soignée le mieux possible et un coût pour la collectivité qui croît d'une manière insupportable.

Il n'est pas possible de prétendre combler ce hiatus mais il faut, lorsque nous regardons la situation sanitaire de la France, avoir le courage de dire que les résultats de notre système de santé ne sont pas meilleurs que ceux de nos principaux partenaires pour un coût qui est supérieur de un à deux points de PIB à leur système.

Des économies doivent être trouvées par une meilleure collaboration entre médecins généralistes et spécialistes, d'une part, entre médecine libérale et médecine hospitalière, d'autre part.

Cette évolution est autant une affaire de mentalité que de moyens financiers. Il appartient au Gouvernement de la mettre en œuvre, mais aussi aux parlementaires - nous l'avons fait aujourd'hui - et à tous les acteurs du système de soins de s'en préoccuper. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste et sur plusieurs bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du groupe du Rassemblement pour la République et du Centre.*)

**M. le président.** La parole est à M. Georges Tron, rapporteur pour avis de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour la santé.

**M. Georges Tron, rapporteur pour avis.** Madame le ministre d'Etat, monsieur le ministre, mes chers collègues, si l'avis du rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales devait porter sur les seuls crédits affectés au ministère de la santé, sans aucun doute ne pourrait-il donner qu'une vision réduite de la politique sanitaire conduite dans notre pays.

Mises à part les orientations prioritaires des pouvoirs publics qu'il reflète, le budget alloué au ministère de la santé, doté de 2,8 milliards de francs, en augmentation de 2,2 p. 100 par rapport à l'année précédente, paraît en effet bien limité au regard des quelque 650 milliards de francs correspondant à la consommation médicale totale en France l'année dernière.

Mais, dans la mesure où précisément ces orientations prioritaires s'articulent avec l'effort social de la nation - comme vous l'avez justement rappelé, madame le ministre d'Etat, lors de votre audition devant la commission des affaires culturelles - le rapport qu'il me revient de présenter devant vous ne s'est pas attaché simplement à passer ces orientations en revue, mais également à rappeler toute la place de la politique de maîtrise médicalisée des dépenses de santé puis à dégager quelques pistes sur la nécessaire adaptation du système hospitalier à son environnement.

Alors que les Français prennent conscience de l'importance de mettre en œuvre les moyens nécessaires pour mieux garantir leur santé contre les agressions dont chacun peut devenir la victime potentielle - cette prise de conscience d'une relative vulnérabilité me paraît être un phénomène récent - et parce qu'il doit refléter le souci des pouvoirs publics de dégager les moyens nécessaires pour lutter contre les fléaux sociaux ou pour adapter notre système de soins en un temps où la connaissance médicale se renouvelle en permanence, l'axe principal du budget qui nous est soumis est constitué par la revalorisation des politiques de santé publique.

S'agit-il de la lutte contre les grands fléaux sociaux ? Les crédits destinés à la lutte contre le sida, la toxicomanie, l'alcoolisme et le tabagisme progressent globalement de 9,4 p. 100. Il faut s'en féliciter.

La lutte contre le sida sera dotée en particulier, en 1995, de 291 millions de francs. Les crédits sont en progression de 9 p. 100 par rapport à 1994, année qui avait elle-même connu une forte hausse, de l'ordre de 26 p. 100.

Les crédits affectés à la lutte contre la toxicomanie sont en hausse de 27 p. 100 et s'élèvent à 678 millions de francs et même à 833 millions de francs si l'on prend en compte la création d'un fonds de concours alimenté par les amendes infligées aux trafiquants de drogue.

S'agit-il de la nécessaire adaptation de notre système de soins ? Cela passe en premier lieu par la nécessité de développer des actions de veille sanitaire, dont l'objet est de mieux connaître la situation sanitaire française comme de surveiller la diffusion des maladies transmissibles.

Dans l'attente d'un programme cadre pour la santé publique qui pourra déterminer les priorités de la politique de santé publique dans les prochaines années et servir de base à des actions déconcentrées dans les régions, c'est de l'activité des observatoires régionaux de la santé que dépend la connaissance de l'état de santé de la population.

Sans entrer dans le détail, peut-être un effort budgétaire un peu plus important que la simple reconduction des crédits destinés aux ORS aurait-il pu être consenti, même si cette stagnation, cette année, fait suite à la forte hausse intervenue en 1994.

L'adaptation de notre système de soins suppose également un effort en faveur de la formation des professions médicales et paramédicales. Les crédits en ce domaine progressent de 3 p. 100 par la remise à niveau des « bourses santé » pour les étudiants suivant des formations paramédicales et par la création de bourses supplémentaires au profit des aides-soignantes.

Quant à la surveillance des maladies transmissibles, le réseau national de santé publique créé à cette fin en 1992 a organisé dès 1993 ses missions de surveillance et d'intervention.

Durant l'année 1994, au cours de laquelle son budget a triplé, une unité santé-environnement s'est constituée et le réseau va se compléter par la création de dix cellules interrégionales d'épidémiologie dont trois seront en principe en place d'ici l'été 1995.

Prise en compte de la nécessité de combattre avec une efficacité renforcée les fléaux qui touchent les Français et particulièrement les plus jeunes d'entre eux, souci de disposer plus rapidement et plus complètement des informations sur la santé des Français afin de pouvoir adapter notre système de soins, voilà succinctement résumées les deux priorités du budget de la santé pour cette année.

Elles répondent à l'attente des Français comme aux besoins du moment et telles sont les raisons qui ont conduit la commission des affaires sociales à émettre un avis favorable sur les crédits du ministère de la santé.

Il n'en demeure pas moins, mes chers collègues, qu'une réflexion sur la politique de la santé en France ne peut être menée sans avoir le courage de remettre en cause quelques idées reçues.

Comment ne pas rappeler, en effet aux Français quelques vérités en ce domaine ? Une des dépenses les plus élevées au monde, 650 millions de francs en 1993 un état sanitaire que je qualifierai de simplement satisfaisant, le rapport d'étape du haut comité de la santé publique montre que la situation sanitaire des Français est bonne mais diverses études internationales montrent aussi que les Français font partie d'un groupe de pays consacrant des sommes importantes à leur système de soins tout en témoignant d'indicateurs de santé relativement moyens, un faible taux de remboursement qui remet en cause l'accès aux soins.

L'inflation des dépenses de santé qui a entraîné une augmentation des cotisations sociales, la poursuite du cycle de déremboursement et une dérive incontrôlée allaient aboutir à des inégalités criantes, les personnes disposant des plus bas revenus ne pouvant financer les systèmes de protection complémentaires.

Si la France veut préserver ses acquis sanitaires et sociaux, il faut donc rappeler fermement l'objectif premier de notre système de soins, à savoir garantir au meilleur coût pour la collectivité la santé de chacun de ses membres.

Seule une politique de maîtrise des dépenses s'appuyant sur une régulation de l'offre de soins peut ouvrir des perspectives durables d'équilibre pour l'assurance-maladie en réduisant la divergence constatée entre recettes et dépenses.

C'est donc avec raison que le Gouvernement a poursuivi et amplifié depuis mars 1993 la politique de mise en place des instruments de maîtrise médicalisée des dépenses.

C'est donc avec raison qu'il poursuivra dans cette direction en 1995, d'autant que persiste, malgré une moindre croissance des dépenses, un déficit élevé des régimes sociaux. Moindre croissance des dépenses générée par le plan de redressement de l'assurance-maladie, disais-je : elle a permis de faire baisser le taux de croissance des prestations de près de 7 p. 100 en 1992 à 5,4 p. 100 en 1993.

La tendance s'est confirmée en 1994 puisque, sur les sept premiers mois, la progression par rapport à la période comptable de 1993 n'est que de 1,2 p. 100.

Néanmoins persiste un déficit élevé puisque la commission des comptes de la sécurité sociale prévoit même dans son rapport d'octobre 1994 que le déficit de la branche maladie pourrait atteindre 32 milliards de francs, compte étant tenu des effets du plan de redressement précédemment évoqué.

Cette évolution est liée aux effets de la crise économique qui a affecté les recettes de cotisations prélevées sur les salaires du secteur privé. Elle est également la conséquence de l'importance croissante des exonérations de cotisations non compensées par l'Etat. Il faut à cet égard se féliciter de l'adoption par le Parlement, en juillet, du projet de loi sur la sécurité sociale, qui a institué le principe de la compensation par l'Etat des exonérations de charges sociales. L'application de ce texte devra se faire dans l'esprit qui a présidé à son adoption en juillet dernier et que le Sénat vient de rappeler.

Ainsi, l'effort engagé pour la maîtrise des dépenses de santé devra être poursuivi et amplifié dans le sens d'une maîtrise toujours plus grande de l'offre de soins, ce qui n'exclura pas - nous avons eu l'occasion de l'évoquer cet après-midi - une réflexion large et approfondie sur le financement de la protection sociale.

La restructuration hospitalière constitue en même temps un des thèmes récurrents du discours relatif à la réforme de la politique de santé et le rapport s'est attaché à rappeler les deux axes d'une volonté réformatrice en ce domaine.

Premier axe : refaire du patient la référence du système hospitalier. Parce que l'économie du système hospitalier est entièrement dominée par l'offre, parce que, dans ces conditions, il n'existe, à défaut d'une régulation par une autorité extérieure, aucune chance réelle de réguler le coût du système hospitalier, il est nécessaire de réhabiliter l'élément central du système qu'est le patient. Cela signifie une sécurité sanitaire assurée dans les meilleures conditions car un certain nombre d'indices laissent à penser que ce n'est pas toujours le cas. Il s'agit là, je le sais, d'une préoccupation constante du ministre délégué à la santé.

En avril 1994, le Gouvernement a décidé la mise en place d'un plan spécial pour les maternités, la réduction du taux de mortalité périnatale étant recherchée par la définition d'un seuil de sécurité minimale d'activité opposable aux établissements. La révélation de la situation dans les maternités et le courage avec lequel le Gouvernement a décidé de la traiter ont incité la commission des affaires sociales, sur proposition de son rapporteur, à demander que soient définies, pour chaque spécialité de médecine et de chirurgie, des normes minimales d'activité auxquelles les établissements devraient satisfaire pour assurer la sécurité de leurs patients.

Refaire du patient la référence du système hospitalier signifie ensuite qu'il convient d'assurer l'accessibilité aux soins.

Le confort psychologique lié à la proximité d'une structure hospitalière, l'évolution des techniques médicales, le développement des transports sanitaires ont conduit à promouvoir la notion d'accessibilité des soins.

Il paraît donc important de redire ici que les logiques d'aménagement du territoire et de rationalité sanitaire ne sont pas, loin s'en faut, incompatibles. Et il conviendra sans doute à l'avenir de distinguer, comme l'avait indiqué l'année dernière mon prédécesseur, le professeur Mattei, trois niveaux d'établissements hospitaliers, le premier niveau répondant aux besoins quotidiens de la population et aux premières urgences, le second à la plupart des pathologies médicales et à la chirurgie courante et le troisième aux pathologies et actes de chirurgie les plus lourds.

Refaire du patient la référence du système hospitalier signifie enfin une meilleure couverture des besoins sanitaires.

Le rapport « Santé 2010 » a dégagé les grandes tendances qui influenceront grandement sur les demandes adressées aux structures hospitalières : le poids des maladies chroniques est appelé à augmenter, les pathologies à forts déterminants sociaux et environnementaux pourraient être vouées à croître, le vieillissement de la population devrait se traduire par le développement de maladies chroniques du grand âge « non fatales ». Cela devra donc se traduire, dans les années à venir, par la nécessaire reconversion de lit de court séjour au profit de structures d'accueil de moyen et long séjour et par le redéploiement du secteur sanitaire vers le secteur médico-social, les fortes économies à attendre de la prise en charge au bon niveau sani-

taire correspondant des personnes moyennement dépendantes, permettant de préserver les budgets des collectivités locales sans nuire à la situation financière de la sécurité sociale.

Second axe de la réforme hospitalière : introduire une lisibilité financière minimale de l'activité hospitalière, ce qui suppose de disposer des outils d'évaluation indispensables à une véritable planification.

Mécanisme du budget global pour les établissements publics, tarification à la journée pour les établissements privés : le rapport de synthèse remis par la mission interministérielle révèle les carences de la comptabilité des établissements hospitaliers et du contrôle exercé sur elle.

S'il ne s'agit pas de rappeler ici en quoi le système de financement des hôpitaux est opaque ni quels en sont les effets pervers, il convient en revanche d'affirmer sans hésitation la nécessité de procéder à une allocation budgétaire mieux adaptée à l'activité des établissements de santé et de se féliciter du choix fait par le Gouvernement d'utiliser le programme de médicalisation des systèmes d'information pour améliorer la répartition des crédits. L'objectif immédiat doit bien être la mise en œuvre de règles du jeu incitatives à l'augmentation de l'efficacité. Il convient, dans le cadre de l'enveloppe globale, de définir de nouveaux critères pour une répartition optimale des crédits, et ces critères doivent être dictés par une prise en compte de l'activité médicale réelle de l'hôpital.

Précisons enfin que la restructuration supposera des outils de planification mieux adaptés pour renforcer le système fondé sur la carte sanitaire et les schémas régionaux d'organisation sanitaire. La première ne concerne pas certaines disciplines ou certaines activités et les seconds ne concernent pas, eux, le secteur médico-social.

En conclusion, mes chers collègues, c'est un appel à la responsabilisation qu'il convient de lancer :

Responsabilisation des professionnels de la santé d'abord, et les premiers résultats de la maîtrise médicalisée des dépenses montrent que la prise de conscience de cette réalité est un pari en passe d'être gagné ; c'est pour cette raison qu'il convient de rendre un hommage appuyé à l'ensemble des personnels de santé.

Responsabilisation des élus locaux également, qui doivent admettre que la restructuration du système de soins impose des choix qu'ils peuvent avoir du mal à admettre.

Responsabilisation des patients enfin, qui doivent apprendre à modérer leur consommation et à renoncer aux pressions sur les professionnels. Ils ne s'agit en aucune manière de « rationner la santé », mais au contraire d'éviter que ne se développent des logiques d'exclusion financière au détriment des plus démunis. Seule la maîtrise médicalisée des dépenses de santé peut permettre, à l'avenir, de garantir à tous un réel accès aux soins.

L'avenir de la branche maladie est entre les mains de tous, c'est-à-dire entre les mains de chacun. *(Applaudissements sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République et du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre.)*

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

3

## DÉPÔT DE PROJETS DE LOI

**M. le président.** J'ai reçu, le 14 novembre 1994, de M. le Premier ministre, un projet de loi autorisant l'approbation de l'avenant à la convention fiscale du 21 octobre 1976 entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République du Cameroun.

Ce projet de loi, n° 1655, est renvoyé à la commission des affaires étrangères, sous réserve de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du règlement.

J'ai reçu, le 14 novembre 1994, de M. le Premier ministre, un projet de loi autorisant l'approbation de la convention entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Royaume de Suède en vue d'éviter les doubles impositions et de prévenir l'évasion et la fraude fiscales en matière d'impôts sur les successions et sur les donations.

Ce projet de loi, n° 1656, est renvoyé à la commission des affaires étrangères, sous réserve de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du règlement.

4

## DÉPÔT D'UN PROJET DE LOI ADOPTÉ AVEC MODIFICATIONS PAR LE SÉNAT

**M. le président.** J'ai reçu, le 14 novembre 1994, transmis par M. le premier ministre, un projet de loi d'orientation et de programmation relatif à la sécurité, adopté avec modifications par le Sénat en deuxième lecture.

Ce projet de loi, n° 1654, est renvoyé à la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République, sous réserve de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du règlement.

5

## ORDRE DU JOUR

**M. le président.** Mardi 15 novembre 1994, à neuf heures trente, première séance publique :

Suite de la discussion de la deuxième partie du projet de loi de finances pour 1995, n° 1530.

M. Philippe Auberger, rapporteur général au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan (rapport n° 1560).

Affaires sociales et santé (suite) :

- Action sociale.

M. Claude Girard, rapporteur spécial au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan (annexe n° 3 au rapport n° 1560).

- Personnes handicapées.

M. Bernard Coulon, rapporteur pour avis au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales (avis n° 1561, tome II).

- Affaires sociales.

M. Adrien Zeller, rapporteur spécial au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan (annexe n° 4 au rapport n° 1560).

M. Pierre Hellier, rapporteur pour avis au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales (avis n° 1561, tome III).

- Famille.

M. Franck Thomas-Richard, rapporteur pour avis au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales (avis n° 1561, tome IV).

- Personnes âgées.

Mme Monique Rousseau, rapporteur pour avis au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales (avis n° 1561, tome V).

- Santé.

M. Alain Roder, rapporteur spécial au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan (annexe n° 5 au rapport n° 1560);

M. Georges Tron, rapporteur pour avis au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales (avis n° 1561, tome VI).

A seize heures, deuxième séance publique :

Communication du Gouvernement sur la politique de prévention des catastrophes naturelles (M. Michel Barnier, ministre de l'environnement);

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

A vingt et une heures trente, troisième séance publique :

Fixation de l'ordre du jour;

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

La séance est levée.

*(La séance est levée à vingt-trois heures cinquante-cinq.)*

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

JEAN PINCHOT

---



---

#### OFFICE PARLEMENTAIRE D'ÉVALUATION DES CHOIX SCIENTIFIQUES ET TECHNOLOGIQUES

En application de l'article 25 du règlement, le groupe du Rassemblement pour la République a désigné M. Christian Daniel pour faire partie, en qualité de membre suppléant, de l'office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, en remplacement de M. Michel Péticard.

La candidature est affichée et la nomination prend effet dès la publication au *Journal officiel* du 15 novembre 1994.

## ABONNEMENTS

EDITIONS		FRANCE et outre-mer	ETRANGER	Les <b>DEBATS</b> de L'ASSEMBLEE NATIONALE font l'objet de deux éditions distinctes : - 03 : compte rendu intégral des séances ; - 33 : questions écrites et réponses des ministres.  Les <b>DEBATS</b> du SENAT font l'objet de deux éditions distinctes : - 05 : compte rendu intégral des séances ; - 35 : questions écrites et réponses des ministres.  Les <b>DOCUMENTS</b> de L'ASSEMBLEE NATIONALE font l'objet de deux éditions distinctes : - 07 : projets et propositions de lois, rapports et avis des commissions. - 27 : projets de lois de finances.  Les <b>DOCUMENTS</b> DU SENAT comprennent les projets et propositions de lois, rapports et avis des commissions.
Codes	Titres	Francs	Francs	
<b>DEBATS DE L'ASSEMBLEE NATIONALE :</b>				
03	Compte rendu ..... 1 an	118	914	
33	Questions ..... 1 an	115	596	
83	Table compte rendu ..... 1 an	58	96	
83	Table questions ..... 1 an	55	104	
<b>DEBATS DU SENAT :</b>				
05	Compte rendu ..... 1 an	106	576	
35	Questions ..... 1 an	105	377	
85	Table compte rendu ..... 1 an	58	90	
95	Table questions ..... 1 an	35	58	
<b>DOCUMENTS DE L'ASSEMBLEE NATIONALE :</b>				
07	Série ordinaire ..... 1 an	718	1 721	
27	Série budgétaire ..... 1 an	217	338	
<b>DOCUMENTS DU SENAT :</b>				
09	1 an ..... 1 an	717	1 682	

**DIRECTION, REDACTION ET ADMINISTRATION**  
 26, rue Desaix, 75727 PARIS CEDEX 15  
 Téléphone : STANDARD : (1) 40-58-75-00  
 ABONNEMENTS : (1) 40-58-77-77  
 TELEX : 201178 F DIRJO-PARIS

En cas de changement d'adresse, joindre une bande d'envoi à votre demande.

Tout paiement à la commande facilite son exécution  
 Pour expédition par voie aérienne, outre-mer et à l'étranger, paiement d'un supplément modulé selon la zone de destination.

**Prix du numéro : 3,60 F**