

SOMMAIRE

PRÉSIDENCE DE M. JEAN GLAVANY

1. **Financement de la sécurité sociale pour 1998.**

– Discussion d'un projet de loi (p. 2).

Mme Martine Aubry, ministre de l'emploi et de la solidarité.

M. Bernard Kouchner, secrétaire d'Etat à la santé.

M. Alfred Recours, rapporteur de la commission des affaires culturelles, pour les recettes et l'équilibre général.

M. Claude Evin, rapporteur de la commission des affaires culturelles, pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

M. Denis Jacquat, rapporteur de la commission des affaires culturelles, pour l'assurance vieillesse.

Mme Dominique Gillot, rapporteur de la commission des affaires culturelles, pour la famille.

M. Claude Bartolone, président de la commission des affaires culturelles.

M. Augustin Bonrepaux, rapporteur pour avis de la commission des finances.

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

2. **Saisine pour avis d'une commission** (p. 24).

3. **Ordre du jour** (p. 24).

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENCE DE M. JEAN GLAVANY, vice-président

M. le président. La séance est ouverte.
La séance est ouverte à dix heures.

1

FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 1998

Discussion d'un projet de loi

M. le président. L'ordre du jour appelle la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 (n^{os} 303, 385).

La parole est à Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité.

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Monsieur le président, mesdames, messieurs les députés, à l'ouverture de ce débat, je voudrais vous dire tout d'abord combien je me réjouis que la représentation nationale ait cette année, pour la seconde fois, la possibilité de débattre de l'avenir de notre système de sécurité sociale.

Vous savez mieux que quiconque quel est l'attachement profond de nos concitoyens à notre protection sociale. L'accès à la santé, le droit à la retraite, l'aide aux familles constituent depuis longtemps, dans notre pays, les fondements essentiels de la solidarité entre les citoyens, mais aussi entre les générations.

La sécurité sociale sert à protéger nos concitoyens contre les risques de la vie. Pouvoir se soigner, assurer un revenu de remplacement en cas de maladie et des ressources décentes aux personnes âgées, aux handicapés, sont les fonctions essentielles qu'attendent les Français de leur protection sociale.

Cependant, malgré le niveau de richesses de notre pays, ces garanties essentielles sont mal remplies, parfois plus du tout. Or la protection sociale n'est pas seulement un élément fondateur de notre modèle social, elle est aussi un puissant levier d'intégration sociale et de solidarité pour les plus démunis. Garantir ces droits tout en maîtrisant la croissance des dépenses doit nous conduire à faire des choix. Il est donc essentiel que ces choix politiques soient débattus ici au Parlement et qu'ils puissent donner lieu à de vrais débats démocratiques avec l'ensemble de nos concitoyens.

Faire ces choix, c'est tout simplement faire de la politique en cherchant collectivement le meilleur niveau de garanties par rapport aux besoins de notre société et à nos possibilités.

Chacun sait aussi les difficultés que nous rencontrons. Le débat que nous allons engager s'ouvre dans un contexte marqué par des déficits massifs. Depuis quatre ans, le déficit du régime général a en effet dépassé les 50 milliards. Les prévisions pour 1997 font apparaître un déficit de 37 milliards et les projections pour 1998 un nouveau déficit de 33 milliards. Il s'agit là d'une situation fort inquiétante, d'autant plus que le précédent gouvernement annonçait, en décembre 1995, un excédent dès l'année 1997.

La tâche de procéder au redressement nous est donc laissée en héritage. Nous en assumerons toute la responsabilité. Ce redressement est évidemment nécessaire. Une sécurité sociale en déficit est une sécurité sociale affaiblie et nous prendrions alors le risque que les solidarités essentielles à notre cohésion sociale soient remises en cause. Dès lors, il m'apparaît essentiel que le Parlement fixe les objectifs et les priorités non seulement pour garantir les droits élémentaires, mais aussi pour assurer la pérennité de notre système de sécurité sociale. Nous devons débattre de celui-ci autour de trois exigences.

Une exigence fondamentale, d'abord : ne pas laisser aller à la dérive les comptes de la sécurité sociale et asseoir son avenir sur une base de financement plus large. Pour faire face aux dépenses, même si celles-ci doivent être maîtrisées, il faut une assiette de recettes dynamique et équilibrée.

Une exigence de justice et de solidarité, ensuite : il convient de rééquilibrer les contributions des revenus du capital et du travail, de supprimer les avantages disproportionnés accordés à certains. Il convient aussi de réorienter l'effort vers les plus modestes.

Enfin, ce projet de loi est sous-tendu par un objectif fort : améliorer la santé de nos concitoyens. Notre conviction : mieux impliquer les professionnels et l'ensemble des personnes concernées.

C'est à partir de ces exigences que nous proposons ce projet de loi, qui ambitionne de réduire de deux tiers le déficit prévu pour le régime général en 1998. Mais nous avons veillé à ce que les différentes mesures soient cohérentes avec les politiques structurelles que nous engageons pour aller au-delà d'un simple redressement comptable. Ainsi ce projet de loi comporte-t-il une réforme d'ampleur du mode de financement de la sécurité sociale.

J'aborderai tout d'abord la réforme du financement. Le financement de notre système de sécurité sociale est trop exclusivement concentré sur les revenus du travail – nous le savons, nous le disons depuis des années. Il en résulte une faiblesse chronique des recettes qui est pour beaucoup dans les déficits que nous connaissons aujourd'hui, et depuis plusieurs années d'ailleurs. La part des salaires dans la valeur ajoutée est en effet en diminution d'environ 10 % depuis le début des années quatre-vingt. La concentration des prélèvements sur les revenus du travail contribue par ailleurs à en renchérir le coût. Elle est défavorable à l'emploi.

C'est pourquoi nous vous proposons une réforme du financement de la protection sociale qui se traduit par un basculement quasi intégral des cotisations maladie des

salariés vers la CSG. Cette réforme est une illustration de la méthode de ce Gouvernement. Nous nous y étions engagés devant les Français lors de la campagne électorale, nous tenons nos engagements. La sécurité sociale disposera ainsi d'une base de financement plus large et plus équilibrée. En la dotant d'une assiette dynamique, nous contribuerons à la conforter pour l'avenir.

Ces transferts permettent de mieux répartir nos richesses dans un souci de justice sociale en rééquilibrant les prélèvements entre revenus du travail et du capital. Il est juste, en effet, que l'ensemble des revenus soit appelé à contribuer : c'est ainsi que s'exprime la solidarité de tous devant la maladie. Ce rééquilibrage sera d'ailleurs prolongé par l'extension de l'assiette du prélèvement de 1 %, actuellement affecté à la CNAMTS et à la CNAF, à l'ensemble des revenus de l'épargne assujettis à la CSG. C'est donc au total – il faut le noter – un prélèvement de 25 milliards sur les revenus du capital qui contribuera dès 1998 au financement. Le basculement des cotisations maladie vers la CSG permettra ainsi un accroissement substantiel du pouvoir d'achat des actifs salariés, de l'ordre de 1,1 %. Mais – il faut le dire, nous en avons beaucoup parlé en commission – il se traduira également par une hausse du pouvoir d'achat des exploitants agricoles et de 80 % des indépendants non agricoles.

Avec ces hausses du pouvoir d'achat, nous apportons un soutien à la reprise de la croissance. Celle-ci, tirée aujourd'hui principalement par les exportations, doit être confortée par la reprise de la demande intérieure. La croissance française a été étouffée sur les prélèvements. L'INSEE vient de confirmer que leur augmentation avait entraîné, en 1996, une baisse du pouvoir d'achat du salaire net de 1,3 %. Nous faisons en ce domaine le choix inverse de nos prédécesseurs.

M. Claude Bartolone, *président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales*. C'est justifié !

Mme le ministre de l'emploi et de la solidarité. Nous vous proposons, par cette réforme du financement, de conjuguer soutien à la croissance et recherche d'une plus grande justice dans les prélèvements.

Nous vous proposons également de différencier la hausse de la CSG qui concerne les revenus d'activité et celle qui concerne les revenus de remplacement. Nous avons eu le souci en effet d'éviter une baisse du pouvoir d'achat des chômeurs et des retraités. La quasi-totalité d'entre eux acquittent des cotisations maladie à hauteur de 2,8 %, c'est le niveau de la hausse de la CSG que nous vous proposons. La substitution s'effectuera alors à due concurrence. La politique conduite précédemment par l'accumulation des prélèvements entre RDS et hausse des cotisations maladie avait amené une baisse de 3 % du pouvoir d'achat de la pension de base du retraité imposable entre 1993 et 1997.

J'entends que le transfert de cotisations maladie vers la CSG préparerait l'éviction des partenaires sociaux de la gestion de la sécurité sociale.

M. Claude Bartolone, *président de la commission*. Incroyable !

Mme le ministre de l'emploi et de la solidarité. Je voudrais en dire quelques mots. Les salariés continueront à payer des cotisations. Ils acquittent une part importante de la CSG. Je rappelle aussi que la grande majorité des retraités sont des anciens salariés. Les cotisations des employeurs sont maintenues. L'ensemble de ces prélèvements justifie pleinement le rôle des partenaires sociaux dans la gestion des caisses.

En quoi des cotisations dont le taux est fixé par simple décret du Gouvernement sont-elles une garantie du rôle des partenaires sociaux ? Une CSG clairement affectée aux régimes de sécurité sociale n'offre-t-elle pas de meilleures assurances de pérennité ? Pouvons-nous déplorer que le Parlement se saisisse, à travers la CSG, du financement de notre sécurité sociale ? La légitimité des partenaires sociaux se fonde sur bien autre chose, sur leur rôle effectif dans les caisses, sur la richesse des débats dans les conseils d'administration, sur la qualité des décisions qui y sont prises, sur leur capacité à informer et à mobiliser tous ceux qu'ils représentent. Je suis très attachée, vous le savez, au dialogue social, à la démocratie sociale. Le rôle confié aux partenaires sociaux pour la gestion de nos régimes de sécurité sociale est un élément fondamental de cette démocratie sociale.

M. Claude Bartolone, *président de la commission*. Très bien !

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Les difficultés actuelles du financement de la sécurité sociale interdisent que certains revenus soient exonérés de l'effort demandé à tous. Aussi, nous vous proposons d'achever le dé plafonnement des cotisations familiales des travailleurs indépendants et de les aligner sur le régime qui prévaut pour les salariés. C'est dans le même esprit que nous proposons de porter de 6 % à 8 % la taxe sur les contrats de prévoyance. Les versements sur ces contrats sont une forme de rémunération, exonérée de cotisations sociales. Il est normal qu'ils contribuent, même si ce n'est que de manière limitée, à l'équilibre de l'assurance maladie.

Aurons-nous pour autant, avec ce transfert, achevé la réforme structurelle du mode de financement de notre système de protection sociale ? La question de l'assiette des cotisations employeurs est posée. Nous nous sommes fixé pour objectif d'étudier une réforme de l'assiette des cotisations patronales qui la rende plus favorable à l'emploi. Des réflexions sont en cours. Faut-il prendre en compte la valeur ajoutée, ou une autre assiette ? Faut-il, comme certains le demandent, moduler l'assiette en fonction du rapport masse salariale sur valeur ajoutée ?

De nombreuses questions se posent. La réforme n'est pas simple et il n'y a pas de solutions toutes faites. Il faudra vérifier en particulier que de telles évolutions auraient bien un impact positif sur l'emploi et qu'elles n'entraîneraient pas d'effets pervers ni des transferts massifs entre les secteurs. Mais soyez assurés de la volonté du Gouvernement d'avancer. J'espère pour ma part que nous trouverons une solution cette année, afin que dès la prochaine loi de financement nous puissions aborder une première étape s'agissant de la modification de l'assiette des cotisations patronales.

J'évoquerai maintenant les dispositions relatives à la politique familiale. Avant d'aborder les réformes que nous préconisons, je voudrais m'attarder un instant sur la philosophie de la démarche que nous avons engagée. Le débat sur la politique familiale doit, en effet, s'apprécier au regard des évolutions de la place de la famille dans nos sociétés fracturées par le chômage, l'exclusion et la pauvreté. La structure de nos familles, leur rôle, ont beaucoup évolué ces dernières années et cela nous oblige nécessairement à faire des choix différents. La famille d'aujourd'hui est marquée par l'évolution des relations conjugales, par la baisse de la fécondité, par le développement de l'activité professionnelle des femmes, par l'allongement de l'espérance de vie comme par le recul de l'entrée des jeunes dans la vie active. La famille subit la

crise. Elle n'est protégée ni des tensions sociales, ni de la paupérisation d'une partie de la population, ni des problèmes urbains.

Comment aider les familles dans leur vie quotidienne, en particulier en ce qui concerne la prise en charge de leurs enfants, le temps de travail, le logement ? Comment traiter les problèmes spécifiques des adolescents, des jeunes adultes confrontés aux difficultés d'insertion sur le marché du travail ? Je suis persuadée que nos discussions sur la famille doivent s'effectuer dans une approche globale et non plus seulement à l'aune de l'évolution de telle ou telle prestation. Plus qu'en tout autre domaine, la solidarité doit prendre ici tout son sens. Solidarité d'abord, bien sûr – c'est la base de la politique familiale – entre les familles et les non-familles. Solidarité nationale envers les familles les plus démunies, dans un esprit non pas d'assistance mais de mise en responsabilité. Solidarité entre les familles pour aider les plus fragiles à retrouver plus de dignité. Les premières initiatives du Gouvernement vont dans ce sens.

Faciliter l'insertion des jeunes, qui restent bien souvent à la charge de leurs parents, à travers le plan emplois-jeunes, n'est-ce pas la meilleure manière d'aider de nombreuses familles ? Engager un processus de réduction du temps de travail, n'est-ce pas la meilleure manière de permettre aux parents de concilier vie familiale et vie professionnelle ? Améliorer le niveau de l'encadrement scolaire, éviter les fermetures de classes, n'est-ce pas un apport essentiel pour l'avenir des enfants ? La famille, nous le savons tous, est la cellule de base où se construit l'enfant, où il acquiert ses premiers repères. Elle assure un irremplaçable rôle éducatif. Elle est un refuge pour les jeunes et même pour les moins jeunes face aux difficultés de la vie. C'est pourquoi elle doit être protégée, confortée. C'est pourquoi nous la défendons ! (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe socialiste.*)

C'est ce qu'a fait le Gouvernement avec les premières mesures qu'il a adoptées. Le montant de l'allocation de rentrée scolaire a été quadruplé, les allocations logement ont été revalorisées, un fonds pour l'accès aux cantines scolaires a été créé, la réhabilitation de 120 000 logements supplémentaires financée, la réduction d'impôt pour dépenses de scolarité rétablie. Ce sont au total plus de dix milliards de francs qui ont été ainsi transférés aux familles les moins favorisées, en moins de cinq mois.

De plus, nous ouvrirons, dès 1998, le bénéfice des allocations familiales à tous les enfants à charge de dix-neuf ans. Mesure d'équité, car rien ne justifie que les familles qui ont à charge des jeunes sans activité soient moins aidées que celles dont les enfants poursuivent des études. Je viens de le montrer, le Gouvernement, par les premières mesures adoptées, a témoigné concrètement que telle était sa volonté et son ambition.

Dans ce contexte, je comprends mal que certains entendent nous donner des leçons. Faut-il rappeler que les gouvernements précédents ont été condamnés par le Conseil d'Etat pour n'avoir pas respecté les prescriptions légales en matière de revalorisation des prestations ? Faut-il rappeler que les prestations familiales ont été gelées en 1996, que les barèmes des prestations logement n'avaient pas été revalorisés depuis trois ans ? Que l'allocation de rentrée scolaire a été limitée à 1 000 francs en 1996 ? Que la hausse massive des prélèvements a pénalisé directement les familles et tout particulièrement les plus modestes d'entre elles ? Je n'oublie pas que nos prédécesseurs ont, entre 1993 et 1997, prélevé plus de 120 milliards sur les familles.

M. Claude Bartolone, président de la commission. Eh oui !

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Faut-il rappeler aussi que la branche famille sera en déficit de 13 milliards en 1997...

M. Claude Bartolone, président de la commission. Hélas !

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. ... et que cela est dû en grande partie aux mesures non financées décidées en 1994 ? Faut-il rappeler que la branche famille serait en quasi-faillite en 2 000 si nous ne prenions pas immédiatement ces mesures ?

Défendre les familles, ce n'est pas voter des lois à crédit, c'est construire une véritable politique familiale. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste. – Protestations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République et du groupe de l'Union pour la démocratie française.*)

M. Claude Bartolone, président de la commission. C'est dur à entendre pour certains, mais c'est vrai.

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Eh oui ! Vous l'avez compris, mesdames et messieurs les députés, nous n'entendons pas poursuivre cette même politique. Face à ces graves difficultés, nous vous proposons le choix de la solidarité.

Notre système d'aide aux familles, et c'est une spécificité française, s'avère plus favorable pour les revenus les plus élevés. Lorsqu'on cumule l'impact des prestations familiales et du quotient familial, les ménages les plus aisés bénéficient du montant d'aide publique le plus élevé. Ainsi un couple avec trois enfants bénéficie de 29 000 francs par an s'il dispose d'un revenu de 100 000 francs, et de 76 000 francs, soit trois fois plus, s'il dispose d'un revenu de 700 000 francs, soit sept fois plus. Est-ce là véritablement une bonne politique familiale ?

Un déficit majeur, une redistribution à rebours, les difficultés de nombreuses familles modestes, voilà ce qui nous conduit à renforcer l'effort vers les familles les plus en difficultés et à vous proposer de conditionner l'octroi des prestations familiales à un plafond de ressources.

Le plafond de 25 000 francs nets annoncé par le Premier ministre sera majoré de 7 000 francs en cas de bi-activité ou pour les familles monoparentales, et de 5 000 francs par enfant à charge à partir du troisième. Ainsi, aucune famille dont les deux parents travaillent ne sera concernée à moins de 32 000 francs, et aucune famille de trois enfants ne sera touchée au-dessous de 30 000 francs nets par mois. Une famille de trois enfants dont les deux parents travaillent ne sera concernée qu'à partir d'un revenu de 37 000 francs nets par mois.

La mise sous conditions de ressources concernera moins de 8 % des foyers qui perçoivent aujourd'hui les allocations familiales, soit environ 4 % des familles avec enfants.

Cette disposition heurte, je le sais, les convictions de ceux qui sont attachés à l'universalité de cette prestation. Mais il ne faut pas oublier que la logique profonde de la politique familiale est une logique de solidarité. Son mode de financement n'a jamais été assuré directement par des cotisations salariales. Ceci en témoigne. C'est cette logique de solidarité qui a aujourd'hui encore guidé nos choix.

Pour les associations familiales et les organisations syndicales, en tout cas pour certaines d'entre elles, la voie choisie n'est pas la bonne. Elles ne contestent pas la

nécessité d'introduire plus de solidarité dans notre politique familiale, mais elles souhaitent y tendre par une réforme fiscale, notamment par une réforme du quotient familial.

Tout au long de l'été, nous avons débattu de cette question avec ces représentants des associations syndicales, comme des associations familiales. J'ai bien noté la prise de position de certaines organisations, et au premier rang d'entre elles celle de l'UNAF, en faveur du principe de l'abaissement du quotient familial.

Mais nous n'avons pu parvenir à un accord, dans cette courte période, sur une proposition plus précise.

Il faut dire aussi que c'était la période de l'été, ce qui n'est pas toujours évident pour réunir des conseils et pour prendre des positions aussi importantes.

Mais le Gouvernement s'y est engagé, il est prêt à réexaminer cette question dans le cadre d'une réflexion d'ensemble sur la politique familiale. L'ensemble des options sera mis sur la table. Nous sommes prêts à envisager qu'une réforme fiscale soit substituée à la mise sous conditions de ressources des allocations familiales.

Certains parlent d'une fiscalisation, d'autres d'une réforme du quotient familial. Nous allons examiner l'ensemble de ces propositions avec les intéressés.

J'entends d'ailleurs que cet exercice de remise à plat, comme je l'ai dit tout à l'heure, ne se limite pas aux seules aides financières. La politique familiale mérite plus que cela. Elle doit être envisagée dans sa globalité. Voilà les problèmes qu'il nous convient de traiter en nous appuyant sur les consultations déjà réalisées et dans la perspective d'aboutir pour la conférence de la famille en 1998.

Par ailleurs, je voudrais réaffirmer ici que la mise sous condition de ressources des allocations familiales ne constitue pas le prélude à un dispositif de même nature en matière, par exemple, d'assurance maladie.

Le Gouvernement n'a nullement l'intention de moduler les remboursements selon le niveau de revenus. Au moment où nous allons appeler tous les revenus à participer au financement de l'assurance maladie, chacun doit bénéficier d'un même niveau de couverture. Cela n'exclut pas que nous portions une attention particulière à ceux qui, aujourd'hui, sont exclus des systèmes de santé pour des raisons financières. C'est là, à mon sens, l'élément essentiel du projet d'assurance maladie universelle que nous vous présenterons l'année prochaine.

C'est le souci de réduire des avantages disproportionnés qui nous a conduits à proposer de limiter à 50 % le montant des cotisations prises en charge dans le cadre de l'AGED. Cette prestation est concentrée sur un nombre très restreint de familles : 66 000. La garde à domicile, du fait de son coût, est réservée évidemment aux ménages aisés. Ce mode de garde restera aidé mais, alors que la collectivité supportait, avec la déduction emplois familiaux, 70 % de la charge, elle n'en assumerait plus que de 40 % à 60 %, si notre réforme était adoptée, ce qui reste, il faut bien le dire, un taux significatif qui n'existe dans aucun autre pays du monde.

M. Bernard Accoyer. Sauf pour les emplois-jeunes !

Mme Dominique Gillot, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour la famille. Cela n'a rien à voir !

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Les emplois-jeunes, j'y reviendrai.

Il s'agit du mode de garde le plus coûteux et aujourd'hui le plus largement pris en charge par la collectivité. J'ajouterai que la Cour des comptes vient de le montrer du doigt comme un avantage considéré comme trop coûteux et réservé à certains.

M. Claude Bartolone, président de la commission. Eh oui !

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. L'aide apportée aujourd'hui à un couple qui bénéficie d'une employée à domicile à temps plein s'élève, en cumulant l'AGED et la réduction d'impôt, à 80 000 francs par an.

M. Jean-Luc Prével. Mais pourquoi cumuler ? C'est 48 000 francs, l'AGED !

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Monsieur, en règle générale, quand on veut savoir le coût d'un ensemble d'aides on essaie de les additionner toutes ! Donc, 45 000 francs plus l'AGED, cela fait 80 000 francs par an.

M. Jean-Luc Prével. L'AGED c'est 48 000 !

M. Bernard Accoyer. Et c'est 92 000 francs pour de pseudo-emplois !

M. le président. Monsieur Prével, vous aurez l'occasion d'intervenir dans tout le débat. Laissez Mme la ministre s'exprimer tranquillement. Vous interviendrez tout à l'heure.

Poursuivez, madame la ministre.

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Je m'étonne, à cet égard, et je réponds ainsi aux interventions, que ceux qui critiquent aujourd'hui l'effort que nous faisons pour financer les emplois-jeunes trouvent parfaitement légitime que l'on apporte une aide de même ampleur à des particuliers. Je rappelle qu'un emploi-jeune sera utile à des dizaines et des dizaines de personnes pour remplir des besoins collectifs et que là, pour un montant quasi égal, nous aidons essentiellement les familles aisées pour apporter une aide à domicile à des particuliers.

M. Claude Bartolone, président de la commission. Voilà qui est clair et qui clôt cette polémique sur la comparaison !

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. C'est ce qui change profondément la position du Gouvernement à l'égard des familles. Nous, nous souhaitons aider toutes les familles, et pas seulement certaines. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste et du groupe Radical, Citoyen et Vert.*)

Cette mesure répond donc à un souci de justice en visant à apporter une aide équilibrée aux ménages, quel que soit leur choix personnel.

Je comprends toutefois les problèmes posés à certains couples par cette disposition et je n'ignore pas les difficultés qu'ils rencontrent pour trouver, dans certains cas, des modes de garde adaptés. Et je serais d'ailleurs ravie que, par exemple, à Paris, des efforts complémentaires soient réalisés pour les places de crèches.

M. Claude Bartolone, président de la commission, et Mme Dominique Gillot, rapporteur. Et toc !

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Aussi pour les familles dont les revenus s'élèvent à moins de 300 000 francs, nous envisageons – en tout cas, votre commission l'envisage, et nous partageons cet avis – de fixer à 75 % le taux de prise en charge des cotisations.

En ce qui concerne les problèmes des retraites et des personnes âgées, le Gouvernement a indiqué sa volonté de consolider les régimes par répartition. A travers eux, s'exprime clairement la solidarité entre les générations. Eux seuls peuvent offrir les garanties que nous devons à nos aînés. Ils resteront le socle de nos systèmes de retraite.

La capitalisation peut avoir sa place dans notre système de retraite, mais à certaines conditions. Et surtout, elle ne la trouvera pas en affaiblissant les régimes de sécurité sociale fondés sur la répartition ni en étant réservée à une minorité de privilégiés. Elle doit rester un complément qui ne peut prétendre se substituer à la répartition.

Nos régimes de retraite subissent pour la plupart des charges croissantes et doivent se préparer au choc démographique de l'après 2005. Il est vrai que cette perspective est difficile à prendre en compte. Alors que nous comptons plus de 3 millions de chômeurs, nos concitoyens ne sont pas spontanément prêts à envisager, dès à présent, une période où la population active risque de décroître et de devoir supporter un coût fortement croissant pour assumer les retraites.

Nous avons toutefois en ce domaine un devoir d'explication, de pédagogie et de lucidité. Tous les régimes sont à des degrés divers confrontés à ces exigences. Chacun, dans le cadre de ses spécificités, doit préparer son avenir et relever le défi démographique. La réflexion sur l'avenir de nos systèmes de retraite engagée publiquement depuis le Livre blanc de 1991 doit se poursuivre. Elle ne peut plus être simplement rythmée par la publication régulière de rapports actualisés.

M. Bernard Accoyer. Il est temps !

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. En effet.

Autre défi lié au vieillissement, la prise en charge de la dépendance. Les personnes âgées aspirent à vivre chez elles le plus longtemps possible. A cet égard, l'adoption d'une loi instituant une prestation spécifique dépendance a suscité beaucoup d'espoirs, mais je dois dire que sa mise en œuvre provoque beaucoup de désenchantements, aussi bien, d'ailleurs, chez les intéressés que chez les professionnels.

Cette loi n'est pas celle que nous aurions proposée, mais elle est votée et en application depuis presque six mois. Certains d'entre vous avaient manifesté des inquiétudes quant aux risques d'inégalités d'un département à l'autre. Malheureusement, ces inquiétudes étaient largement fondées. Elles se sont même aggravées du fait des modalités d'application et des pratiques très restrictives qui ont été adoptées par certains départements. La nouvelle législation comporte pourtant plusieurs avancées intéressantes, comme la mise en place d'une véritable coordination gérontologique qui implique de nouvelles méthodes de travail pour l'ensemble des partenaires concernés par l'aide aux personnes âgées dépendantes.

Certains voudraient que cette loi soit immédiatement abrogée. Cette position ne me paraît pas réaliste, parce que les personnes âgées seraient les premières à pâtir de la confusion qui en résulterait. En revanche, nous devons examiner objectivement, dès que nous aurons le minimum de recul nécessaire sur ses effets, les améliorations à apporter à la loi votée. Nous allons aussi avancer rapidement sur la voie de la réforme de la tarification des établissements en engageant sans tarder une concertation nécessaire, mais qui reste à mener, avec l'ensemble des partenaires concernés. Je réunirai dans quelques jours le

conseil national de gérontologie. Nous réaliserons un premier bilan de la PSD, et j'expliquerai comment je compte engager la réforme de la tarification des établissements.

Avant d'évoquer l'assurance maladie et les dispositions du projet de loi en ce domaine, je voudrais vous indiquer dans quelle perspective j'aborde le problème de la santé. Répondre aux besoins tels qu'ils sont et là où ils sont, assurer à tous l'accès à des soins de qualité, améliorer l'efficacité de notre système pour utiliser au mieux les ressources qui y sont allouées, tels sont les principes qui nous guident.

C'est à partir de ces principes que nous envisageons la question de la maîtrise des dépenses de santé. Leur niveau élevé dans notre pays – 9,8 % du PIB, soit le troisième rang des pays de l'OCDE – indique que cette maîtrise est possible sans nuire en rien à la qualité des soins. Ce taux élevé ne permet d'ailleurs pas de nous enorgueillir de résultats sanitaires supérieurs à ceux des pays de niveau de développement comparable. Il s'agit bien de maîtriser les dépenses de santé et non les seules dépenses d'assurance maladie car le niveau de prise en charge des soins est particulièrement faible en France. Il ne s'élève, en effet, qu'à 73,5 %, ce qui nous place parmi les derniers pays du classement de l'OCDE. Dans ce contexte, on ne peut rechercher l'équilibre des régimes, d'assurance maladie par la baisse continue des niveaux de remboursement. De telles mesures, on le sait, sont sans efficacité structurelle mais aggravent les difficultés d'accès aux soins des plus défavorisés. La voie de la hausse des charges sociales nous était également interdite. Aussi la maîtrise des dépenses de santé reste-t-elle un impératif.

Pour autant, nous ne considérons pas notre système de santé comme une machine à dépenser qu'il faudrait brider de manière autoritaire et centralisée. Nous n'oublions pas qu'il est avant tout au service de la population et de ses besoins. Nous ne le régulerons pas en l'étouffant sous l'effet de certains objectifs ou du fait du montant de certaines enveloppes, mais en engageant les politiques structurelles en concertation avec les professionnels de santé et en donnant la parole aux citoyens et à leurs représentants. C'est le sens des états généraux de la santé qui se réuniront à partir du printemps prochain. Nous bénéficierons des premiers résultats de ces débats pour les préparations du projet de loi de financement pour 1999.

Il importe, en effet, que nous entamions ce débat avec des éléments de constat qui nous seront communs. Il ne peut y avoir de réels débats, surtout sur un sujet comme la santé, sans un diagnostic partagé. Ces états généraux seront un moment fort du dialogue que nous appelons de nos vœux. La santé est au cœur des préoccupations des Français, le système de santé n'évoluera ni contre eux ni sans eux.

C'est dans cet esprit que nous vous proposons de fixer l'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour 1998 à 613,6 milliards de francs, soit une progression de 2,23 % par rapport à l'année précédente. Ce taux d'évolution est largement inférieur à celui des recettes, et représente une contribution implicite au rééquilibrage des dépenses d'assurance maladie d'environ 9 milliards de francs.

L'enveloppe consacrée au secteur médico-social progressera de 3,15 % pour nous permettre de mieux faire face à l'ampleur des besoins – que personne ne conteste – des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées. Il s'agit d'améliorer la prise en charge des premières par la création de 7 000 lits de section de cure médicale et de 2 000 places de services de soins infirmiers à domi-

cile. Par ailleurs, les moyens supplémentaires consacrés aux personnes handicapées s'élèveront à 250 millions en 1998, contre 100 millions seulement en 1997.

Nous pourrions ainsi mieux répondre au manque de places mis en évidence par l'amendement Creton, aux besoins des traumatisés crâniens et des personnes atteintes de handicaps rares et enfin d'améliorer la détection précoce des handicaps chez les enfants.

L'enveloppe des dépenses d'assurance maladie consacrée à l'hospitalisation publique augmentera globalement de 2,2 % en 1998, après une année 1997 où l'évolution avait été brutalement limitée à 1,25 %. Nous connaissons des difficultés qu'un budget aussi restrictif occasionne dans de nombreux hôpitaux, notamment pour ceux d'entre eux dont l'activité se développe, et paradoxalement, pour ceux qui avaient déjà fait des efforts de gestion précédemment. Grâce à ce taux de 2,2 %, nous pourrions poursuivre le mouvement de réduction des inégalités entre régions. En prévoyant cette augmentation, je ne nie pas la nécessité d'une adaptation de notre tissu hospitalier. Bien au contraire, je la rends possible et je l'inscris dans la durée.

Il serait vain de croire que les hôpitaux évolueront par l'effet d'une asphyxie budgétaire. Il serait également faux de penser qu'ils ne doivent évoluer que pour des motifs financiers.

Cette adaptation doit être guidée par un premier souci, celui de la qualité des soins et de la sécurité des patients. L'actualité récente rappelle, s'il en était besoin, que cela doit rester une préoccupation majeure. M. Bernard Kouchner vient d'installer le conseil d'administration de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de santé. Il ne s'agit pas d'établir, comme le font bien imprudemment certaines gazettes, un classement des hôpitaux, mais d'apporter à nos concitoyens des garanties quant à la qualité des structures où ils sont accueillis.

Les Français ne se satisfont plus d'un système où les appréciations sur la qualité de tel ou tel service ne circulent que dans les milieux bien informés. Chacun a le droit de savoir, tous doivent pouvoir s'adresser en confiance aux établissements de santé.

L'adaptation de notre système hospitalier doit aussi être guidée par la recherche de l'efficacité des structures de soins. Nous savons tous que d'importantes disparités existent en ce domaine, depuis quinze ans de budget global où les dotations budgétaires se bornaient, à quelques ajustements près, à reconduire le passé. Certains hôpitaux sont fortement contraints, parfois les plus dynamiques ; d'autres bénéficient de plus de facilités.

Nous disposons maintenant des données du programme de médicalisation des systèmes d'information. Certes, l'outil est encore imparfait, trop technocratique, et il ne livre que ses premiers résultats. Je pense toutefois qu'il peut nourrir la réflexion interne aux établissements. Il peut aussi orienter l'allocation des moyens. S'il nous faut corriger les inégalités de moyens entre régions, il nous faut aussi, quels que soient d'ailleurs les outils utilisés, corriger celles qui existent au sein des régions entre les établissements de santé.

Enfin, notre système hospitalier doit s'adapter pour mieux répondre aux besoins. Les techniques évoluent, les exigences de sécurité augmentent, les aspirations des patients se modifient, les caractéristiques des populations prises en charge changent.

Il nous faut mieux appréhender les besoins et partir d'une connaissance plus précise de l'état de santé des populations, mais également des comportements en

matière de consommation ou de déplacements. Il nous faut également disposer d'un état des lieux plus précis sur la situation actuelle des structures de soins, sur les manières dont les besoins de santé sont actuellement pris en compte.

Dans cette perspective, un travail méthodologique préalable est en cours ; il a été confié à un comité de pilotage composé d'experts et de professionnels. Sur la base de ce travail, j'ai décidé de lancer, dès la fin de l'année 1997, la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire. Cette révision, il nous faut y associer les populations et les élus. La recomposition de notre tissu hospitalier ne peut être le produit de décisions technocratiques, aussi éclairées soient-elles.

M. Bernard Charles. Très bien !

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. L'hôpital est au centre de la vie sociale ; c'est le lieu où l'on accouche, où l'on est accueilli, où l'on est soigné pour les maladies graves. C'est aussi, dans nombre de nos villes, l'employeur principal et un outil majeur d'aménagement du territoire. Chacun est donc concerné. Je fais, en ce domaine, le pari de la démocratie.

M. Bernard Charles. Très bien !

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Je suis certaine qu'à partir d'un diagnostic partagé, c'est-à-dire dialogué, nous pourrions avancer et réaliser les évolutions nécessaires.

Dans le même esprit, je souhaite que, dans chaque région, les directeurs de l'ARH, de la DRASS et de la CRAM associent à la révision des SROS des personnalités ayant une grande légitimité au plan médical. L'expertise est une exigence, mais elle doit s'exercer dans tous les domaines et viser notamment l'amélioration de l'état de santé de nos concitoyens.

J'ai demandé aux agences régionales de l'hospitalisation, dans la perspective d'améliorer la réponse aux besoins de santé et la qualité des soins, de mettre en œuvre ces principes par la concertation et de les inscrire dans une relations contractuelle, respectueuse de l'autonomie de gestion des établissements.

Ces évolutions, nous entendons, dès 1998, nous en donner les moyens. Un appui méthodologique sera apporté aux établissements. Le budget du ministère de l'emploi et de la solidarité prévoit une enveloppe de 500 millions de francs en autorisations de programme. Pour rapprocher deux structures hospitalières, pour transformer un service de court séjour en unités de soins de longue durée, il faut en effet investir. De plus, un fonds d'accompagnement social, destiné à favoriser la mobilité et la formation, sera financé sur le budget de l'assurance maladie à hauteur de 300 millions de francs.

Rien ne sera possible si nous ne donnons pas une perspective aux acteurs de terrain et sans mobiliser leur énergie et leurs talents. La pression sur les budgets n'est en aucun cas une fin en soi. Je n'en conteste pas la nécessité, mais il faut revenir à l'essentiel : la protection de la santé. Telle est la mission du service public hospitalier, telle est la vocation des personnels hospitaliers, tel est le sens de leur engagement dans la réforme de l'hôpital. C'est pourquoi cette réforme, nous la ferons avec eux.

Je mesure les efforts accomplis comme la distance qui reste à parcourir. L'hôpital doit faire sa mue : développer le travail en commun avec les structures voisines, cesser de ne considérer comme nobles que les services de court séjour alors qu'il faut développer les soins de longue

durée, accroître les prises en charge ambulatoires en liaison avec la médecine de ville pour répondre aux attentes des patients, faire évoluer son organisation interne. C'est en s'adaptant en permanence que le service public hospitalier restera fidèle à sa vocation.

Mais, pour moi, vous l'avez bien compris, l'adaptation ne signifie pas essentiellement la fermeture de services ; cela peut signifier aussi la transformation de certains services, ou encore le renforcement des équipements d'autres services pour que la qualité des soins dispensés à nos concitoyens soit à la hauteur de ce qu'ils attendent.

En ce qui concerne les soins de ville, nous envisageons en 1998 une évolution identique à celle retenue en 1997, soit 2,1 %. Je pense, sans préjuger des discussions entre la CNAMTS et les médecins, que ce taux permettra de desserrer un peu, par rapport à 1997, les objectifs fixés aux médecins, compte tenu de l'évolution des autres soins de ville.

Les mécanismes dont nous héritons pour réguler les dépenses des médecins de ville ont suscité une vive opposition au sein du corps médical. Il suffit de lire la presse de ces derniers jours pour constater aussi les divergences qui existent à ce sujet entre les médecins. Il faut pourtant, pour que ces mécanismes puissent prétendre à l'efficacité sur le long terme, rechercher leur adhésion et leur participation. L'essentiel est d'appliquer des mécanismes qui conjuguent régulation et amélioration de la qualité des soins. Il faut tout mettre en œuvre pour impliquer plus directement les acteurs de terrain au contact des réalités. Les professionnels peuvent, s'ils le souhaitent, assumer un plus grand rôle dans le dispositif de régulation des dépenses. J'entends aller avec eux au bout du dialogue qui est d'ores et déjà entamé. Ils nous trouveront, Bernard Kouchner et moi-même, toujours attentifs à leurs propositions. D'ailleurs, nous les rencontrerons à nouveau dans quelques jours.

Ce dialogue, nous entendons également le poursuivre pour donner sa pleine dimension à ce qu'il est convenu d'appeler la maîtrise médicalisée. Conçue autour des références médicales opposables, elle doit évoluer avec l'élaboration de références positives et de recommandations de bonne pratique. J'en appelle aux professionnels eux-mêmes. En lien avec les caisses, ils peuvent être les agents de cette évolution, et nous allons travailler avec eux sur les RMO dès notre prochaine rencontre.

Il nous faut aussi, sans tarder, engager ensemble une réflexion pour donner un second souffle aux unions régionales de médecins.

Dans le même esprit, j'entends favoriser l'expérimentation de nouvelles formes d'organisation des soins. Bernard Kouchner et moi-même avons décidé d'agréer l'option conventionnelle dans la mesure où elle était exploratoire.

L'évaluation permettra de vérifier si les objectifs visés sont atteints : meilleure cohérence du suivi du patient, meilleure circulation de l'information sur les bonnes pratiques, développement des actions de prévention, meilleure association aux actions de santé publique, accroissement de la prescription de médicaments génériques. Cette option n'épuise pas bien sûr, les possibilités d'expérimentation. Nous installerons prochainement le Conseil d'orientation des filières et des réseaux et je souhaite que son travail soit fructueux. Je sais que de nombreuses initiatives sont prêtes à voir le jour. Mais il doit être clairement affirmé qu'il n'est pas question, par le biais d'expérimentations, de remettre en cause les bases sur lesquelles repose notre système de sécurité sociale solidaire.

Autre élément majeur d'évolution de notre système de soins : l'informatisation initiée dans la perspective d'automatiser les remboursements. Ce projet est porteur de changements fondamentaux, sous réserve qu'il soit mis au service des professionnels et de la qualité des soins. Je pense aux informations que contiendra le volet d'information médical de la carte Vitale, au développement des logiciels d'information médicale et d'aide à la prescription, aux échanges que permettra le réseau Santé Social pour un meilleur suivi du patient. Un véritable saut qualitatif aux retombées considérables est possible : pouvoirs publics, caisses et professionnels de santé doivent le réussir ensemble.

Nous mettrons en place au sein du ministère une mission à l'informatisation du système de santé. Elle aura pour objectifs d'assurer le suivi stratégique et déontologique du développement de l'informatique, de coordonner les divers services du ministère, d'être l'interlocuteur des autres intervenants de ce projet, et notamment des professionnels de santé.

Je voudrais également évoquer la consommation de médicaments. Tout le monde s'accorde à reconnaître qu'en France, nous en consommons trop : Bernard Kouchner en parlera. Triste record que celui de figurer parmi les premiers consommateurs de psychotropes. La surconsommation de médicaments entraîne des interactions médicamenteuses dangereuses et conduit à des hospitalisations évitables.

J'ai demandé à l'Observatoire des prescriptions un bilan, par classe thérapeutique, de l'adéquation entre les besoins et la consommation de médicaments. Sur la base de cet état des lieux et dans le cadre de la politique conventionnelle avec l'industrie pharmaceutique, je souhaite que des objectifs ambitieux de réduction des volumes soient fixés. Une telle modération est d'ailleurs nécessaire pour que nous puissions attribuer le prix qu'ils méritent aux médicaments nouveaux issus de l'effort de recherche des laboratoires. Notre démarche s'appuie donc sur une double logique : de santé publique et de politique industrielle en faveur de la branche pharmaceutique.

Sans attendre, nous devons faire baisser les dépenses de promotion. Industrie pharmaceutique et sécurité sociale ont, en ce domaine, des intérêts convergents. Le projet de loi de financement prévoit à cet égard une augmentation de la taxe sur les dépenses promotionnelles. Elle touchera les laboratoires qui dépensent le plus.

Pouvons-nous nous résigner au développement infime des médicaments génériques dans notre pays ? Sûrement pas. A cet égard, nous attendons beaucoup des promesses contenues dans l'avenant n° 1 à la convention médicale et des efforts d'information que déploiera la CNAMTS. Je fais confiance en ce domaine à l'initiative des partenaires conventionnels.

Les pouvoirs publics prendront, quant à eux, leurs responsabilités : il nous faut accélérer la publication des listes des génériques, favoriser la promotion de ce type de médicaments, faire évoluer en concertation avec les pharmaciens leur mode de rémunération qui, actuellement, freine le développement des médicaments les moins chers. Le projet de loi de financement prévoit d'ailleurs un abattement de la taxe sur la publicité pour favoriser le développement des génériques.

Pour conclure sur l'assurance maladie, j'indique que nous prévoyons d'affecter 300 millions de francs à des actions de prévention en 1998. Le même souci de santé publique nous conduit à majorer les droits sur le tabac de

1,3 milliard pour lutter contre le tabagisme, fléau majeur responsable de 60 000 morts par an. Bernard Kouchner y reviendra.

J'ajoute enfin que le Gouvernement est conscient du fardeau que supporte la sécurité sociale du fait des déficits accumulés au cours de la législature précédente. Il a donc décidé d'apurer le passé. La dette sera reprise à hauteur de 87 milliards selon des modalités qui ont été précisées. La charge d'intérêts du régime général sera ainsi allégée de 3 milliards. Cette reprise de dette sera une contribution majeure au redressement des comptes.

Au total, les différentes mesures que je viens d'évoquer permettront d'atteindre les objectifs suivants : redresser les comptes de notre système de sécurité sociale pour assurer sa pérennité ; rééquilibrer son mode de financement en faisant contribuer tous les revenus, et notamment ceux liés aux placements financiers ou à la détention d'un capital ; mieux prendre en compte dans notre politique familiale les familles les plus modestes et contribuer au retour à l'équilibre de la branche ; répondre aux besoins de santé de nos concitoyens, tout en maîtrisant l'évolution des dépenses.

L'ensemble des dispositions inscrites dans ce projet de loi permettent de ramener le déficit du régime général de 33 à 12 milliards, soit une réduction majeure du déficit de 21 milliards. Si la croissance que nous attendons, et que nous faisons tout pour stimuler, est au rendez-vous, l'équilibre sera atteint en 1999. Les déclarations de mes prédécesseurs en ce domaine sont suffisamment récentes pour que je n'évoque cette perspective qu'avec prudence et modestie, mais aussi, croyez-le bien, avec détermination.

Telles sont, mesdames et messieurs les députés, les principales orientations du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Maîtriser la dérive des comptes, assurer plus de justice et de solidarité sont les deux objectifs qui ont prévalu à tous les instants de notre réflexion.

Dans un monde où les frontières s'ouvrent, où la concurrence s'intensifie, il est plus que jamais nécessaire de renforcer les solidarités. Je ne suis pas de ceux qui considèrent que notre système de protection sociale est un handicap dans la compétition économique internationale. La mondialisation ne doit pas nous conduire à nous aligner sur les pays où la protection sociale est la moins développée. La vigueur de la compétition ne doit pas servir de prétexte à une remise en cause de notre modèle social. Au contraire, nous serons d'autant plus forts pour l'affronter que nos concitoyens disposeront, à travers la protection sociale, de garanties fortes contre les aléas de la vie, d'une sécurité indispensable pour trouver leur place dans la société.

Une nation solidaire, une cohésion sociale renforcée sont les gages de notre réussite dans la nouvelle donne internationale. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste et du groupe Radical, Citoyen et Vert.*)

M. Ernest Moutoussamy. Très bien !

M. le président. La parole est à M. le secrétaire d'Etat à la santé.

M. Bernard Kouchner, secrétaire d'Etat à la santé. Monsieur le président, mesdames et messieurs les députés, la politique de santé publique a pour objectif la protection de la santé. Elle peut se résumer en trois mots : prévenir, soigner et soulager.

Mais, pour être satisfaits, ces objectifs généraux doivent tenir compte de la réalité, des exigences qui s'imposent à nous et qui ont noms : sécurité sanitaire, qualité des soins, réduction des inégalités. A ce prix seulement, on obtiendra la maîtrise des dépenses de santé.

C'est en parlant de santé aux Français, avec les Français, en améliorant la santé publique que nous dépenseons moins.

Pour cela, il nous faut plus de sécurité ; plus de qualité ; l'égalité d'accès à la prévention ou aux soins : même accueil, mêmes personnels, mêmes diagnostics, mêmes thérapeutiques, mêmes suivis pour tous, et nous en sommes loin ; tous objectifs qui doivent être réalisés sans pour autant laisser dériver les dépenses de santé.

Nous avons conscience, Martine Aubry et moi-même, de l'ampleur des réformes à engager et des profonds changements culturels à opérer. Ces objectifs, s'ils sont aussi économiques, ne peuvent être seulement comptables.

La présentation devant vous du projet de loi de financement de la sécurité sociale est une illustration de notre volonté d'engager ces réformes.

« Pour labourer droit, dit le paysan, il faut accrocher sa charrue à une étoile. » (*« Oh ! » sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. Claude Bartolone. Quel poète !

M. le secrétaire d'Etat à la santé. Prévoyant vos réactions, j'avoue avoir hésité à citer cet adage ! (*Sourires.*)

Pour fixer un cap en matière de politique de santé, visons haut, supprimons le hiatus qui existe entre les dépenses d'assurance maladie et les objectifs de santé, comme s'il s'agissait de deux questions distinctes.

Dépenser plus, ce n'est pas nécessairement soigner mieux. Comment les Français peuvent-ils s'y retrouver lorsqu'on leur explique simultanément qu'ils dépensent trop pour les soins et que nous n'avons pas suffisamment de moyens à consacrer à la prévention, à l'amélioration de la qualité, au renforcement de la sécurité sanitaire ? Et même à l'information et au dialogue en ce qui concerne la santé publique, c'est-à-dire, ne l'oublions jamais, derrière les grandes masses et les gros chiffres, la santé des Français un par un.

Il faut rompre avec cette fausse alternative : laisser dériver les dépenses ou rationner les soins. Quelle vision réductrice des enjeux de la santé et de l'assurance maladie !

On ne peut se contenter de constater, *a posteriori*, l'étendue des dépenses et de se réjouir ou de se lamenter, selon que les objectifs quantifiés ont été ou non respectés, sans savoir où ni comment l'argent que la collectivité consacre à la santé a été dépensé et surtout à quoi il a servi, quel résultat il a obtenu, sans vérifier si certains de nos concitoyens n'ont pas été laissés de côté.

L'absence de lisibilité, et donc de pilotage, de notre système de santé n'est pas une fatalité. Pour y remédier, trois conditions doivent être réunies.

Première condition : un système d'information performant qui suppose que soit effectivement réalisée l'information prévue, qui est indispensable à toutes les réformes mais devient un serpent de mer. La pauvreté du mode de recueil et de traitement des informations est l'une des grandes faiblesses de notre système médical, qu'il s'agisse des données économiques ou sanitaires.

Pallier ces lacunes est une urgence. Les outils ne se sont pas mis en place assez vite. Le réseau Santé Social verra le jour, nous l'espérons, dans les prochains mois.

Mais il ne s'agit pas seulement du traitement rationnel et comptable des feuilles de maladie ; il s'agit des banques de données, du rappel des contre-indications médicamenteuses, de l'aide au diagnostic, des connections entre l'hôpital et les praticiens, spécialistes ou généralistes, ainsi qu'entre les caisses et les pharmaciens ; il s'agit de la mémoire et du savoir médical qui doivent accompagner les relations privilégiées entre le malade et son médecin.

Je rappelle qu'une ordonnance de six ou sept médicaments expose à plusieurs centaines d'interactions médicamenteuses. Les logiciels d'aide à la prescription sont donc aussi un outil de sécurité sanitaire.

Nous avons perdu des années. Si l'on continue à ce rythme, les enfants des médecins seront dans les écoles informatisés avant leur père. L'informatisation des professions de santé sera accélérée et nous veillerons tout particulièrement à ce que les données recueillies soient mises au service de la santé publique.

Deuxième condition, plus difficile encore peut-être : un changement culturel des professionnels de la santé. Il nous faut passer du monde du silence à la culture de la transparence.

M. Jean-Marie Le Guen. Très bien !

M. le secrétaire d'Etat à la santé. On a trop longtemps confondu l'indispensable respect du secret médical – sans lequel il n'y a pas de colloque singulier entre le médecin et le malade – et l'opacité du système de soins, incompatible avec toute politique cohérente de santé. Hippocrate lui-même approuverait cela. (*Sourires.*)

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse. C'est kouchnérien ! (*Sourires.*)

M. le secrétaire d'Etat à la santé. Trop souvent le secret protège le médecin plus que le malade.

Nous avons rendu publiques les données issues du programme médicalisé des systèmes d'information, même si nous en connaissons les limites. Espérer des outils parfaits et exhaustifs a trop longtemps été un prétexte pour maintenir une boîte noire. N'attendons pas que des publications tapageuses sèment l'émoi, soyons fiers de la transparence et de la performance de nos hôpitaux.

Or, il n'y a pas de semaine sans que nous constations les accidents évités grâce au recueil d'informations que permettent les différents systèmes de vigilance ou le réseau national de santé publique. Il en va de même pour les données médico-économiques, nécessaires à l'évaluation de la qualité et de l'utilité des soins. N'oublions jamais que des soins inutiles sont souvent des soins trompeurs et dangereux.

La troisième condition, c'est la fermeté politique. Martine Aubry et moi-même sommes fermement déterminés à mieux éclairer nos concitoyens et leurs représentants sur les enjeux relatifs à la politique de santé et à l'évolution des dépenses. Nous veillerons à l'adéquation entre les priorités de santé publique et l'allocation des dépenses.

Il ne s'agit pas d'une simple question technique, même si les problèmes sont délicats, nous le savons. C'est la condition pour maintenir notre protection sociale. Sinon, elle éclatera, et déjà se pressent les assureurs alléchés. Il convient donc d'associer les citoyens de ce pays aux décisions qui concernent leur vie quotidienne en matière de prévention et de soins. Ce choix, cette méthode dirigeront les débats des états généraux de la santé que nous voulons résolument centrer sur les préoccupations des Français désireux d'améliorer leur santé et celle de leurs proches, et auxquels nous voulons garantir un égal accès à des établissements et des services de qualité.

Je constate aujourd'hui un changement radical dans la perception de la santé publique. Elle était décriée, niée, il y a quelques années. On attendait la maladie et l'intrusion de la thérapeutique souveraine ; le concept de la santé publique est devenu non seulement digne d'intérêt, mais apparaît également comme un enjeu de pouvoir et de décision pour les élus, les professionnels et plus nettement encore pour les usagers, les citoyens. Je m'en réjouis.

On a trop souvent pensé maladie au lieu de santé, organisation des soins, soucis des professionnels à la place des problèmes et des angoisses des usagers, des malades, de leur famille, de leur entourage. Les professionnels de santé se sont trop longtemps exprimés à la place des malades. Il est temps d'entreprendre, de raisonner différemment. Depuis l'apparition du VIH, les associations de malades ont enfin droit de cité. A quelque chose, immense malheur est parfois bon.

Dès maintenant, nous avons veillé à ce que le projet de loi de financement de la sécurité sociale tienne compte du constat dressé par la conférence nationale de santé réunie, au début de l'été, à Lille.

En premier lieu, renforcer la prévention et la promotion de la santé des enfants, des adolescents et des jeunes.

Outre les opérations prévues dans le projet de loi de finances pour 1998 en matière de prévention du saturnisme infantile, notamment, et pour lesquelles nous mettrons en œuvre, avec Louis Besson, des actions avant la fin novembre, et à côté des réflexions que nous avons engagées, avec Claude Allègre et Ségolène Royal, pour renforcer la médecine scolaire, le texte examiné aujourd'hui vise à prévenir le suicide chez les jeunes dont nous détenons le triste record du monde. Il permet également de lutter contre le tabagisme, en particulier des adolescents, par la création d'une taxe de santé publique spécifique sur le tabac.

Nous savons que l'augmentation des prix du tabac entraîne mécaniquement une diminution de sa consommation. Les courbes, les graphiques et l'expérience quotidienne le prouvent. Tous les moyens sont bons pour y parvenir, qu'il s'agisse d'un relèvement des prix – qui d'ailleurs entraîne automatiquement une augmentation des ressources qui vont à l'assurance maladie – ou de la création d'une taxe nouvelle. Ces mesures doivent s'accompagner d'un renforcement des campagnes de prévention, d'une diffusion plus large des méthodes médicamenteuses de sevrage tabagique. Nous y veillerons.

Pour le secrétaire d'Etat à la santé, la réduction des risques liés à l'usage de drogues demande une approche globale qui doit concerner les drogues légales – alcool, tabac, médicaments, substances psychotropes – et les drogues illégales. Cette approche globale est une nécessité de santé publique. Il existe des comportements toxicomaniaques, en particulier chez les jeunes, qui associent toxiques légaux et drogues illégales. Une réflexion est entamée qui donnera lieu à une rencontre et à la confrontation des expériences de tous les intervenants en toxicomanie – quelle que soit leur approche, et en France, elle était souvent bien différente – au ministère de la santé, avant la fin de l'année.

M. Jean-Marie Le Guen. Très bien ! C'est courageux !

M. le secrétaire d'Etat à la santé. En deuxième lieu, améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge des cancers.

Nous avons décidé, comme l'a indiqué Martine Aubry, dès 1998, l'organisation du dépistage des cancers féminins en vue d'une généralisation à l'ensemble du territoire avant la fin de l'an 2000.

Cet objectif est particulièrement ambitieux puisqu'il s'agit d'éviter, à terme, 1 600 décès par an. Aussi, je souhaite apporter quelques précisions.

Actuellement, le dépistage du cancer du col de l'utérus relève de la pratique courante des médecins, mais une fraction non négligeable de la population féminine estimée à 10 % – des femmes de plus de cinquante ans, souvent marginalisées – n'accède pas à ce dépistage que l'on dit « systématique ». Il faut donc viser, en ce domaine comme dans bien d'autres, l'égalité devant les risques, devant le dépistage, devant l'accès aux soins.

Ce dépistage organisé se fondera sur les principes définis par l'ANAES – l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé – : l'assurance de qualité des examens de dépistage, la formation des médecins et des professionnels, la participation la plus large possible de l'ensemble des femmes concernées, avec notamment la gratuité des examens de dépistage, enfin l'articulation du dépistage avec un suivi thérapeutique adapté et de qualité.

C'est à ces conditions que nous obtiendrons une amélioration de la prévention de ces cancers.

En troisième lieu, diminuer l'incidence des infections iatrogènes et des infections nosocomiales.

La réorganisation de notre système de sécurité sanitaire répond à cet objectif, et nous permettra, nous l'espérons, de disposer d'un ensemble cohérent et complet de prévention des risques iatrogènes qui entraînent directement ou indirectement plus de 10 000 morts par an dans notre pays.

Je rappelle que dans la proposition de loi de sécurité sanitaire, que vous aurez bientôt l'occasion d'examiner, nous avons introduit l'obligation de déclarer les infections nosocomiales et l'obligation légale pour les établissements privés de mettre en place un comité de lutte contre les infections nosocomiales – CLIN. Je rappelle aussi que la circulaire publiée le 21 octobre dernier sur la stérilisation des matériels chirurgicaux s'accompagnera d'un programme d'inspections dans les établissements de santé publics et privés.

Nous vous proposons ici d'accélérer encore la mise en place des équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière financées par 182 millions de francs sur trois ans.

Dans le même temps, il faut renforcer la lutte contre les maladies transmissibles, en développant la prise en charge du VIH en médecine de ville – la majorité des médicaments seront à la disposition des pharmacies d'officine, à la fin de ce mois – et le dépistage de l'hépatite C. Celui-ci sera rendu possible dans les centres de dépistage anonyme et gratuit et nous associerons les médecins généralistes, singulièrement les médecins devenus « référents », aux stratégies de dépistage. Nous nous emploierons donc à concrétiser l'engagement contenu dans l'avenant à la convention médicale de faire du médecin généraliste un acteur de santé publique.

En quatrième lieu, nous devons favoriser l'innovation et éviter les surconsommations de médicaments.

Ainsi que vient de le rappeler Martine Aubry, la politique du médicament fait partie intégrante de la politique de santé publique : sécurité et bon usage en sont les maîtres mots.

Le dispositif sécuritaire d'évaluation et de contrôle qui existe pour le médicament et qui est aujourd'hui reconnu au niveau international sera étendu aux autres produits de santé dans le cadre d'une agence de sécurité sanitaire aux compétences élargies si vous en décidez ainsi.

Le bon usage est le deuxième enjeu majeur à la fois pour la santé publique et pour l'assurance maladie. Le bon usage, c'est d'adapter le recours aux médicaments aux besoins réels des malades, c'est lutter contre les prescriptions et les consommations inappropriées, inutiles, voire dangereuses pour les consommateurs et source de dépenses injustifiées pour la collectivité. Je vous rappelle que certains médicaments sont prescrits dans notre pays trois fois, voire quinze fois plus que dans les pays européens environnants.

A cet égard, quelle est la meilleure illustration que le développement des résistances aux antibiotiques ? Nous porterons à cette question une attention toute particulière. Prenons garde, l'OMS vient de publier la semaine dernière, des chiffres alarmants : plus de deux milliards de tuberculeux dans le monde et, dans certaines régions, le bacille de Koch est résistant à plus de 30 % à tous les antibiotiques. Bien sûr, je ne compare pas les conditions de sécurité sanitaire dans notre pays et dans ces pays, hélas ! pour eux. Mais c'est une indication très forte de la nécessité de vigilance. Les résultats sanitaires de demain sont contenus dans ces interrogations et dans notre vigilance.

Chacun des acteurs doit y contribuer : les professionnels de santé, les industriels et le public, dont la demande est parfois injustifiée. A charge pour les pouvoirs publics et pour les caisses d'assurance maladie de mieux informer les professionnels de santé et le grand public sur les soins appropriés. A charge pour les industriels de limiter massivement leurs dépenses et leur politique promotionnelle, qui participent largement à la surconsommation médicamenteuse, triste apanage de notre pays ; à les limiter au profit de la recherche. Nous les y aiderons. C'est le sens des deux mesures contenues dans le projet de loi dont nous discutons aujourd'hui.

Comme je l'indiquais au début de mon intervention, la protection de la santé tient en trois mots : prévenir, soigner et soulager. Il faut une médecine proche du malade, d'un médecin de famille ayant une vision d'ensemble de la personne. C'est le sens de notre approbation à l'avenant de la convention médicale, dont j'ai déjà parlé. Mais d'autres propositions viendront, d'autres expériences sont possibles et seront tentées.

Un équilibre doit être trouvé entre les technologies médicales les plus sophistiquées et la médecine de proximité, entre l'efficacité de la médecine de pointe et l'humanisme de la médecine générale.

Soulager, enfin, lorsque les limites de la thérapeutique sont atteintes. Pour cela, nous avons décidé d'un plan d'action contre la douleur. Il prévoira notamment la prise en compte des programmes de lutte contre la douleur dans les procédures d'accréditation et l'évaluation des projets d'établissement, un effort particulier de formation des professionnels de santé, une simplification des conditions de prescription des antalgiques majeurs dans notre pays.

Le maintien à domicile, la prise en charge de la douleur, l'accompagnement de fin de vie ne doivent pas être relégués au second plan. Notre système de santé a aussi pour vocation de ne pas oublier cette présence nécessaire, cette prise en charge légitimement attendue par tous ceux pour lesquels les soins ne suffisent plus.

Comme l'a souligné Mme le ministre, l'hôpital change. Ce sont les évolutions des pathologies, autant que des techniques, qui imposent leur rythme aux transformations de l'hôpital. Les malades seront bientôt hospitalisés quelques heures plus que quelques jours. La chirurgie non invasive fait des progrès rapides. Au siècle prochain les établissements de soins ne seront plus des bastions fermés sur la ville, mais des lieux ouverts, rayonnant en amont sur le médico-social, en aval vers la médecine de ville. S'occuper de nos aînés, dont l'espérance de vie s'allonge, ne sera plus considéré comme péjoratif.

Bientôt on ne mesurera plus la performance d'un hôpital à sa taille, ni au nombre de lits, mais à son accueil, à la qualité et à la sécurité de soins qui y sont prodigués, à ses personnels plus qu'à son plateau technique, à ses résultats plus qu'à son coût. Aidons l'hôpital à accélérer cette transformation. Soyons attentifs à ses besoins, exigeants sur ses performances, intransigeants sur la sécurité.

Mesdames et messieurs les députés, permettez-moi de conclure en soulignant qu'au-delà des chiffres arides et des mesures d'apparence techniques, qui accompagnent toujours les discussions sur la santé dans les pays riches, il s'agit de la prise en charge des malheurs, des angoisses et des espérances, des solitudes aussi qui concernent l'ensemble de nos concitoyens. Nous vous proposons aujourd'hui de déterminer un cadre financier. Il nous faudra, avec les moyens dont nous disposerons ainsi, consolider la confiance dans un système de santé qui fut souvent et parfois injustement secoué.

En engageant résolument l'univers hospitalier dans la voie de sa modernisation et de son adaptation, de sa nécessaire et profonde mutation, en étant à l'écoute des propositions des professionnels de santé, en associant les représentants des patients à nos réflexions, nous cherchons à ce que chaque franc dépensé contribue à garantir, à chacun de nos concitoyens, l'accès à des soins et à une prévention de qualité.

On ne maîtrisera les dépenses de santé que par la qualité des soins et l'égalité de leur distribution. On ne maîtrisera durablement les dépenses de santé qu'en garantissant les mêmes chances de sécurité aux Français sur tout le territoire en cas d'accident aigu, les mêmes prises en charge de qualité et de sécurité sur tout le territoire en cas d'affections chroniques. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste et du groupe Radical Citoyen et Vert.*)

M. le président. La parole est à M. le rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales pour les recettes et l'équilibre général.

M. Alfred Recours, rapporteur. Projet controversé, votre texte, madame le ministre, est marqué par un pragmatisme et par la volonté de ne pas ouvrir tous les chantiers à la fois ; démarche qui constitue la seule chance de succès possible pour des réformes en profondeur. Il est inspiré non seulement par un souci de rétablissement des équilibres financiers des branches de la sécurité sociale, mais aussi par la recherche d'une plus grande équité et d'une plus grande solidarité.

C'est dans ce contexte que se situe l'une des principales dispositions de la loi, c'est-à-dire l'extinction des cotisations « salariales » d'assurance maladie. De cette substitution, on peut attendre trois effets :

Tout d'abord, plus l'assiette d'un prélèvement obligatoire est restreinte, plus elle risque de s'avérer injuste. C'est un truisme que d'affirmer que la concentration de l'impôt sur les seuls revenus du travail n'est pas équitable,

puisqu'elle favorise les revenus du capital et ceux du patrimoine. Or l'une des caractéristiques du système fiscal français réside, précisément, dans ce déséquilibre.

Ensuite, il est évident qu'une assiette exclusivement salariale de cotisations est un frein à l'emploi. Cette constatation s'impose tant pour la part acquittée par les salariés que pour la part patronale. L'assiette actuelle des cotisations, basée uniquement sur le salaire est devenue, au fil des ans, inadaptée. Pour la part supportée par l'employeur, le rapport de M. Jean-François Chadélat conclut que « l'introduction progressive de la notion de valeur ajoutée dans le financement de la sécurité sociale est inéluctable et souhaitable ».

C'est à ces conditions que l'assurance maladie universelle entrera en vigueur. On peut évaluer à environ 400 000 le nombre de personnes qui sont, aujourd'hui, exclues des soins. Seule une affiliation reposant sur un critère de résidence permettra de sortir de cette situation.

Enfin, ce basculement doit se traduire par un gain de pouvoir d'achat pour les salariés et la plupart des autres catégories professionnelles.

C'est dans ce contexte de la recherche d'une plus grande équité qu'il faut situer les dispositions relatives aux économies à réaliser sur certaines prestations familiales. Les mesures préconisées, d'une portée par ailleurs très limitée, vont dans le sens de l'équité. Elles sont indispensables pour corriger l'hypothèse, résolument optimiste, sur laquelle reposait le « plan Juppé », lequel envisageait un retour à l'équilibre dès 1997 alors que le déficit tendancier du régime général serait – hors loi de financement – de 33 milliards de francs en 1998. Il s'agit de diminuer ce niveau toujours inacceptable de plus de 20 milliards de francs tout en permettant une augmentation significative de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, une amélioration de la qualité des soins et de la prévention et un service plus équitable des prestations familiales.

Lors de la déclaration de politique générale du 15 novembre 1995 devant l'Assemblée nationale, le précédent Premier ministre déclarait : « Je me suis engagé à réduire de moitié le déficit prévisionnel des comptes sociaux dès 1996 et à rétablir l'équilibre de la sécurité sociale en 1997 et les années suivantes. » On sait ce qu'il en est advenu...

Un excédent devrait être dégagé en 1997, « comme il est normal en période de croissance économique ». Les résultats n'ont pas été ceux escomptés.

M. René Dosièrè. C'est le moins que l'on puisse dire !

M. Alfred Recours, rapporteur. Les mesures de 1996 n'ont pas mis, tant s'en faut, fin au déficit. Il y a bien un effet du plan Juppé, mais très en deçà de ce qui était attendu, en tout cas annoncé.

Par ailleurs, il faut souligner une modification de la structure même du déficit. La moitié du déficit de la branche maladie a été résorbée depuis 1995. En revanche, le déficit de la branche famille a sensiblement augmenté alors que l'objectif de 1995 tablait sur un retour à l'équilibre, voire à un léger excédent de cette branche en 1997. Le déficit est donc venu, si l'on peut dire, là où on ne l'attendait pas : le solde de la branche famille accuse une nette dérive.

Trois séries de dispositions du présent projet de loi relatif au financement de la sécurité sociale sont de nature à réduire le déficit tendancier. La première, permanente, aura une traduction sur les évaluations de recettes et le basculement du financement des cotisations sociales vers

la CSG. La deuxième, qui consiste à apurer la dette, opération indispensable, n'a qu'un faible impact sur les prévisions de recettes, mais elle aura, en revanche, un effet mécanique sur les besoins de trésorerie. La troisième comporte des mesures plus ponctuelles, dont la plus importante est la modification de l'assiette des prélèvements sur les produits de placements affectés à la CNAF et à la CNAV.

Ainsi le présent projet permettra-t-il d'envisager un retour à l'équilibre financier du régime général pour 1999 et un déficit réduit de plus des deux tiers de son montant actuel dès 1998.

La CSG est une recette plus équitable, mais aussi plus dynamique que les cotisations d'assurance maladie. Il conviendra que, dans un délai raisonnable, madame le ministre, soit engagée une réforme de la part patronale des cotisations d'assurance maladie et des cotisations familiales – vous l'avez-vous même évoquée d'ailleurs dans votre intervention.

L'assiette exclusivement salariale est devenue archaïque sur le plan économique, pénalisante pour l'emploi et discriminante pour les entreprises de main-d'œuvre.

M. René Dosière. Très bien !

M. Alfred Recours, *rapporteur.* Les principaux avantages de la fiscalisation ont été notamment détaillés dans le rapport du groupe de travail présidé par M. de La Martinière ou dans le quatorzième rapport du Conseil national des impôts. On pourrait les résumer en la limitation de la concentration du prélèvement sur les revenus d'activité, c'est-à-dire la recherche d'un prélèvement dont l'assiette serait la plus large, donc la plus juste possible.

La cotisation maladie, il faut le rappeler, repose à 81 % sur les revenus d'activité et à 19 % sur les revenus de remplacement. Pour la CSG, ces chiffres s'élèvent respectivement à 71 % et 18 %, les 11 % restant étant assis sur les revenus du patrimoine.

Outre cet effort de justice dans l'assiette des prélèvements, la substitution doit se traduire par un plus grand dynamisme des recettes. Depuis quinze ans, l'assiette constituée des salaires a progressé moins vite que la valeur ajoutée : la masse salariale brute représentait 48 % de la valeur ajoutée des entreprises en 1996 contre 53 % en 1982 ; elle a donc baissé de cinq points en l'espace de quinze ans. C'est le motif pour lequel la CSG est appelées progressivement à se substituer à un système de prélèvements obsolètes et injustes.

Les effets du basculement seront positifs.

Il convient d'apprécier la substitution cotisation sociale généralisée - cotisation d'assurance maladie non seulement au regard du financement global de la sécurité sociale, mais aussi dans ses incidences sur la structure de revenu des ménages. En termes de financement de la sécurité sociale, l'opération n'est pas neutre. Elle doit se traduire par un gain net pour les branches, d'environ 4,5 milliards de francs.

Il faut également insister sur le caractère dynamique de la recette fiscale affectée à la sécurité sociale. Par rapport à une assiette exclusivement salariale, la CSG repose sur une base plus large, assise notamment, pour environ 10 % de son produit, sur les revenus du capital. En outre, le fait que la CSG, s'agissant des produits de placement et des revenus de remplacement, soit prélevée à la source garantit la fiabilité du recouvrement. Selon le conseil des impôts, le taux global de recouvrement de la CSG est de 99,7 %. Autant dire que, au moins pour cette fraction-là, nous n'aurons plus les soucis de manque

à gagner pour la sécurité sociale que nous connaissons aujourd'hui, de manière variable suivant les régions de France.

Il convient aussi d'observer que la CSG devient, par son produit, la première imposition directe – « quasi-impôt », disait le président de la Cour des comptes lors de son audition par la commission. Le produit de la CSG sera d'environ 335 milliards de francs, soit nettement plus que celui de l'impôt sur le revenu qui s'élèvera normalement à 292 milliards de francs pour 1997. La cotisation sociale généralisée devient le premier des prélèvements : c'est un événement historique, et je m'en félicite.

En deuxième lieu, cette opération n'entraîne aucun changement de l'assiette de la CSG. Le projet de loi s'en tient aux extensions intervenues en 1997. La seule modification d'assiette concernera les produits des jeux, qui sont dans une situation spécifique et nécessitent des aménagements.

Enfin, il convient d'observer, compte tenu des diverses mesures qui seront prises et du tassement du niveau des cotisations d'assurance maladie, que l'opération ne doit pas se traduire par une augmentation du niveau des prélèvements obligatoires, conformément aux engagements pris par le Premier ministre lors de sa déclaration de politique générale du 19 juin dernier.

Il est évident aussi que la substitution par la CSG d'un financement jusqu'à présent très largement assis sur les cotisations aura l'intérêt de modifier la structure des prélèvements obligatoires, qui place la France dans une situation assez spécifique, il faut bien le dire, par rapport à ses voisins.

En 1996, la part des cotisations sociales représentait 42,8 % du total des prélèvements obligatoires, soit très nettement plus que la moyenne européenne, égale à 29,5 %. La montée progressive d'un financement fiscal de la protection sociale nous rapproche donc sur ce point de nos partenaires de l'Union européenne.

L'effet du basculement sur les diverses catégories de cotisants en fonction de leur situation professionnelle doit également être évoqué. Pour les salariés, compte tenu de l'abattement de 5 % à la base et de la déductibilité de la totalité de l'augmentation de CSG du revenu imposable, l'opération constitue un gain net.

De ce fait, elle apporte une amélioration des capacités de consommation de ces mêmes salariés et constitue donc un soutien à l'emploi.

J'indique au passage que la situation actuelle, selon laquelle 5,1 points de CSG seront déductibles et 2,4 points ne le seront pas, s'explique uniquement par des motifs historiques liés à des changements de doctrine, et reste profondément illogique. Ce système ne saurait perdurer. Le montant de la CSG doit, en effet, être totalement déductible du revenu imposable. Cela aura le mérite de la simplicité et répondra à la logique de l'imposition en cause et à sa finalité sociale.

Pour les chômeurs imposables comme pour les retraités, alors que les hausses précédentes de la CSG s'étaient traduites par une baisse du pouvoir d'achat, le Gouvernement a choisi de limiter la hausse de la CSG au montant des cotisations maladies supprimées. Ainsi l'opération sera-t-elle totalement neutre pour ces catégories. Les retraités imposables verront leur taux de CSG passer de 3,4 % à 6,2 %, en compensation de la suppression de leurs cotisations d'assurance maladie. Il convient en outre de rappeler que 86 % des chômeurs sont exonérés du paiement de la CSG. Il en va de même des retraités qui

perçoivent moins de 43 080 francs de pension par an et qui sont non imposables ; ce chiffre conduit à exonérer de la CSG 58 % des retraités.

La situation sera naturellement plus diversifiée s'agissant des autres catégories de revenus professionnels, commerçants et artisans, exploitants agricoles, professions libérales. Mais en réponse à une question que je vous ai posée lors de votre audition publique à la commission, vous nous aviez indiqué, madame le ministre, que les dispositions étaient prises pour que 80 % des catégories dites « non-non » puissent bénéficier du système.

M. Bernard Accoyer. Ce n'est vraiment pas rassurant pour eux !

M. Alfred Recours, rapporteur. Je souhaite que vous puissiez nous le confirmer, madame le ministre.

M. le président. Monsieur le rapporteur, il va falloir vous acheminer rapidement vers votre conclusion.

M. Alfred Recours, rapporteur. J'approche de la fin de mon rapport, monsieur le président, et donc de ma conclusion.

M. le président. Mais vite !

M. Alfred Recours, rapporteur. Les différences d'assiette se justifient avec le RDS par la nature respective des deux prélèvements la CSG se substitue progressivement à la part salariale de la cotisation d'assurance maladie et constitue un moyen de financement structurel et permanent de la sécurité sociale. Je souhaiterais cependant, dans un souci de simplification, que ces différences s'estompent autant que faire se peut.

La majoration du taux de CSG applicable aux revenus de l'épargne, porté à 7,5 %, et l'extension d'assiette des prélèvements affectés à la CNAF et la CNAV visent à asseoir le financement de la protection sociale sur une base qui excède les revenus du travail...

M. Bernard Accoyer. Ecrasante !

M. Alfred Recours, rapporteur. ... c'est là un progrès très important. Mais l'épargne totalement défiscalisée reste importante : livret A, CODEVI, livrets d'épargne populaire, livrets jeunes.

Les plus-values, quant à elles, ne sont taxées qu'au-dessus d'un certain seuil alors que les dividendes sont taxés au premier franc. La fiscalité de l'assurance vie des PEA, des PEP et de l'épargne logement reste privilégiée. Le taux maximal d'imposition sur les intérêts demeure modéré, notamment au regard des prélèvements sur les revenus du travail.

En termes de transferts de revenus, quelles sont les incidences ? Les salariés seront globalement gagnants de 20 milliards environ, qui se trouveront de fait réinjectés dans l'économie de notre pays.

Il faut enfin parler de la dette. En fin d'année 1995, le déficit cumulé depuis 1994 s'élevait à 119,5 milliards de francs. Il était donc logique d'assurer un traitement homogène de la dette. Tel fut l'objet de l'ordonnance du 24 janvier 1996 qui, à compter du 1^{er} janvier 1996 et pour une durée de treize ans et un mois, a créé la CADES. Aux termes de son article 4, cette ordonnance prévoyait, compte tenu du déficit prévisionnel 1996, alors estimé à 17 milliards de francs, que cette caisse assurerait l'amortissement de la dette et en rembourserait à l'Etat les intérêts.

L'endettement brut de la CADES atteignait 146,9 milliards de francs au 31 décembre 1996. Dans ce contexte, il était parfaitement logique que la CADES soit chargée

d'apurer à nouveau la dette constatée depuis sa mise en place. Dans cette perspective, l'article 5 du projet de loi opte pour la solution la plus simple. Il confère à la CADES la gestion de la dette prévisionnelle de 1997 et du solde prévisionnel négatif de 1998, s'ajoutant à la dette de 1996 constatée au-delà de l'encours des 17 milliards de francs provisionnés.

M. le président. M. le rapporteur, veuillez conclure, je vous prie !

M. Alfred Recours, rapporteur. Cher président, je conclus !

Il prolonge la durée de vie du RDS de cinq ans, soit un total cumulé de ressources de 125 milliards de francs. Cette solution a le mérite d'apurer définitivement la dette, de ne pas aggraver dans l'immédiat un prélèvement obligatoire, de ne pas bouleverser les missions et la structure de financement de la CADES, d'avoir une incidence positive sur la situation de trésorerie du régime général.

Madame la ministre, votre projet, fût-il controversé, est un très bon projet. Je souhaite que, dans le cours des débats au sein de l'hémicycle, nous puissions le transformer en un excellent projet grâce aux amendements que la commission vous demandera de retenir. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. le président. Je suis très libéral, chacun le sait, mais je voudrais rappeler aux rapporteurs que leurs temps de parole ne sont pas indicatifs : ils font l'objet d'une décision de la conférence des présidents. Si tous les rapporteurs doublent leur temps de parole, le débat, déjà très long, risque de le devenir vraiment trop... Je demande aux uns et aux autres de faire preuve d'autodiscipline.

La parole est à M. Claude Evin, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

M. Claude Evin, rapporteur. Monsieur le président, madame la ministre, monsieur le secrétaire d'Etat, mes chers collègues, le projet de loi de financement pour l'assurance maladie se réduit à quelques articles législatifs sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir lors de leur examen, mais le débat que le Parlement se doit d'engager à cette occasion touche aussi aux grandes orientations sur le financement de la politique de santé. Je voudrais donc m'attacher ici à porter une appréciation sur les réformes en cours.

Depuis 1990, ces réformes s'inscrivent en effet dans la même filiation, même si elles ont traversé plusieurs gouvernements ou des majorités différentes. Elles s'appuient sur deux termes complémentaires : la maîtrise de l'évolution globale de la dépense de santé et la qualité du système de soins.

Maîtrise des dépenses de santé, afin d'éviter une augmentation permanente des prélèvements ou une diminution des remboursements. Il s'agit là d'un principe de justice sociale. N'oublions pas que la France est l'un des pays européens qui dépense le plus pour se soigner et qui assure l'un des taux les moins élevés de prise en charge des soins par la collectivité.

La qualité des soins n'est pas, bien au contraire, incompatible avec cette préoccupation de maîtrise des dépenses. C'est même souvent l'absence de régulation de notre système de soins qui a provoqué des dérives préjudiciables en termes de santé publique ou de sécurité sanitaire.

Aujourd'hui, ces deux préoccupations sont largement partagées dans leurs principes, et lorsque nous mesurons l'avancée du débat sur sept ou huit ans, nous ne pouvons

que nous en féliciter. Cela ne donne que plus de force aux critiques qu'il est en revanche nécessaire de porter sur la réalité de la mise en œuvre de certaines réformes, notamment de plusieurs inscrites dans les ordonnances du 24 avril 1996.

La commission des affaires sociales de notre assemblée a auditionné de nombreux acteurs de ces réformes, et je voudrais formuler ici quelques-unes de ces critiques, afin de donner au Gouvernement quelques orientations pour les inflexions qu'il est nécessaire d'envisager dans les mois à venir.

Il semble en effet nécessaire de transformer certains outils qui se sont révélés perfectibles ou défaillants et d'en créer d'autres.

Les outils perfectibles sont au moins au nombre de trois. Ils concernent la manière dont sont déterminés les priorités de santé publique, l'encadrement de la médecine de ville et la recomposition du tissu hospitalier.

C'est une avancée intéressante que notre pays définisse chaque année ses priorités de santé publique au niveau de chaque région à travers les conférences régionales de santé, tant nous avons pu constater des différences inter-régionales, et que ces priorités soient aussi définies sur le plan national. Ces réunions, au niveau régional comme au niveau national, ne peuvent toutefois être seulement des forums où chacun expose ses préoccupations sur des thèmes communiqués tardivement aux participants.

Au niveau régional, les observatoires de santé doivent jouer un rôle plus important dans la mise à plat de l'état sanitaire de la population. Il appartient à l'État – et je sais qu'il y est prêt – de définir les moyens de répondre à ces besoins.

Au niveau national, la conférence doit jouer pleinement son rôle de proposition au Parlement et, pour cela, dégager des orientations précises pour la prise en charge des soins, sans se contenter d'énoncer de simples priorités faisant parfois figure de vœux pieux. Pour choisir de financer telle ou telle action, le Parlement a, en effet, besoin que la conférence lui fournisse des indicateurs de coût, de besoin et de qualité.

L'encadrement de la médecine de ville est sans doute l'un des sujets les plus délicats, il n'en n'est pas moins une nécessité. Les références médicales opposables, instituées par la loi du 4 janvier 1993, sont aujourd'hui rentrées dans la culture générale des praticiens. On peut toutefois se demander si elles remplissent réellement leur rôle de guide de bonnes pratiques. Leur nombre est en effet par certains aspects excessif, mais il est aussi insuffisant : l'accumulation de références sans suppression parallèle des plus anciennes submerge, dans certains domaines, le praticien de consignes négatives alors que d'autres aspects de la pratique médicale sont encore vierges de RMO.

Le contrôle des RMO doit par ailleurs être amélioré pour garantir leur crédibilité. La formulation trop vague d'un grand nombre d'entre elles laisse en effet une forte marge d'appréciation au professionnel et conduit à concentrer les contrôles sur un petit nombre de ces références. L'absence de codage des pathologies et des actes oblige de plus les médecins conseils à procéder à ces contrôles de manière empirique.

Sur l'ensemble des médecins contrôlés entre octobre 1994 et décembre 1996, 2,4 % d'entre eux n'avaient pas respecté les RMO, mais seuls 0,59 % ont été sanctionnés, selon des jurisprudences très variables selon les comités médicaux paritaires locaux, puisque seulement un tiers d'entre eux ont prononcé des retenues financières.

Le système de contrôle et de sanction des RMO doit donc être amélioré, mais l'efficacité du dispositif tient aussi à une meilleure définition des références.

L'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins a institué un dispositif de régulation de l'objectif prévisionnel des dépenses médicales qui est d'une extrême complexité et qui se révélera inefficace à terme. Le système conventionnel qui autorise l'individualisation du reversement par zone géographique et par médecin en a encore accru la complexité. Je vous renvoie à mon rapport sur ce point.

Pour être efficace et accepté, un dispositif de régulation doit être compréhensible et prévisible, ce qui n'est absolument pas le cas actuellement. L'absence de clarté des règles nuit à leur efficacité et les prive de tout effet pédagogique sur la maîtrise des actes et des prescriptions par les praticiens eux-mêmes.

Il est donc urgent de se doter d'un autre dispositif qui assure une implication des professionnels dans cette maîtrise et qui garantisse au Parlement que l'objectif de dépenses qu'il aura voté sera respecté grâce à des mécanismes prévus à cet effet. Toutes les alternatives doivent donc être étudiés, y compris l'instauration d'une lettre-clé flottante couplée au développement du tiers-payant, à l'image des mécanismes qui ont fait leurs preuves dans d'autres secteurs de la pratique de soins.

La recomposition du tissu hospitalier est nécessaire pour garantir partout sur le territoire des équipements de qualité qui répondent aux besoins réels de la population, mais cette recomposition doit être menée en toute transparence et équité. C'est la mission des agences régionales d'hospitalisation.

Il s'agit là d'une mission délicate et l'identification d'un interlocuteur unique pour les établissements de santé, alors que, jusqu'à présent, la tutelle était souvent diluée, a sans doute focalisé sur ces agences des critiques exagérées. Il apparaît souhaitable que les ARH se concentrent sur leur rôle stratégique consistant à étudier, inciter et accompagner les restructurations les plus efficaces pour répondre aux besoins sanitaires et à l'impératif d'une gestion optimale des ressources. Tout ce qui les écarte de cette logique d'administration de mission, comme la tentation qu'ont certaines d'entre elles de s'immiscer dans la gestion quotidienne des établissements, n'est pas opportun.

Il est donc opportun que les ARH disposent d'éléments d'appréciation pertinents pour effectuer les choix les plus justes et les plus souhaitables. La remise à plat des schémas régionaux d'organisation sanitaire que vous avez annoncée tout à l'heure, madame la ministre, répond à cette préoccupation et nous nous en félicitons.

Toutefois, la mise en place des agences ne met pas un terme au cloisonnement existant entre les différents modes de prise en charge du malade. C'est pourtant dans une meilleure articulation autour du patient entre la ville, l'hôpital et le médico-social que se trouve un réel gisement d'économies et d'amélioration de la qualité des soins. Il faut donc réfléchir à l'élargissement à terme du champ de compétences des agences à l'ensemble du secteur de la santé. Ces agences régionales de santé auraient vocation à gérer des enveloppes de dépenses fongibles permettant d'assurer le financement des réseaux intersectoriels.

L'objectif de qualité trouve sa concrétisation dans la mise en place des procédures d'accréditation des établissements de santé que l'agence d'accréditation qui vient d'être mise en place doit maintenant conduire, prenant la

suite de l'ANDEM qui avait été mise en place en 1990 sous une forme souple et qui a montré son efficacité. Le gouvernement précédent a voulu que tous les secteurs professionnels soient représentés dans le nouvel établissement public, l'ANAES. Il n'est pas certain qu'un tel choix et les conséquences administratives qui en découlent facilitent la démarche. Il serait en tout cas regrettable que les lourdeurs administratives retardent le démarrage des procédures.

Plusieurs outils de réforme sont aujourd'hui en panne. Je veux parler de l'informatisation du système de santé et du carnet de santé.

Les premières tentatives d'introduction de l'informatique dans le secteur de la santé datent d'au moins vingt ans. Nous avons assisté, particulièrement au cours de ces dernières années, à de nombreux effets d'annonce. Force est aujourd'hui de reconnaître que cet outil manque actuellement de perspective claire de développement. Il est donc impératif qu'une véritable impulsion politique soit affirmée dans ce domaine clé pour la réforme du système de santé et que l'Etat clarifie ses objectifs en la matière.

Le carnet de santé concernait les patients et les professionnels. On peut dire aujourd'hui, je crois, que sa mise en place frise l'échec. En le lançant à l'automne 1996, le gouvernement précédent semble avoir eu davantage pour objectif de répondre à une préoccupation d'affichage...

M. Denis Jacquat, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales pour l'assurance vieillesse. Non !

M. Claude Evin, rapporteur. ...qu'à une réelle volonté de réussir une opération qui, parce qu'elle concernait chaque Française et chaque Français, aurait dû faire l'objet d'une véritable approche pédagogique. Cette opération ayant représenté au total une dépense de près de 247 millions de francs, le rapport coût/efficacité est extrêmement décevant.

M. le président. Monsieur Evin, il faut conclure, hélas !

M. Claude Evin, rapporteur. Quelques mots, en conclusion, sur la branche accidents du travail. Elle fait l'objet d'un oubli particulièrement regrettable puisque nous ne trouvons aucune orientation pour cette branche dans le rapport annexé au projet de loi de financement. Nous évoquerons la nécessité d'améliorer les prestations et la politique de prévention lors de l'examen de l'article 1^{er} et du rapport annexé.

Telles sont les observations, les orientations que je souhaitais formuler sur l'assurance maladie et les accidents du travail. Nous aurons l'occasion d'y revenir tout au long de ce débat. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. le président. La parole est à M. Denis Jacquat, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales pour l'assurance vieillesse.

M. Denis Jacquat, rapporteur. Madame la ministre, monsieur le secrétaire d'Etat, mes chers collègues, en tant que rapporteur du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'assurance vieillesse, je me dois de dire que, dans ce domaine, il me semble exister un certain attentisme. D'une façon générale, les mesures prévues par le projet de loi ont un caractère ponctuel avec un impact limité sur les comptes des régimes d'assurance vieillesse et, surtout, un certain nombre de dossiers importants ne sont pas traités, tels que les problèmes des veuves ou des handicapés vieillissants.

Après avoir rappelé que la situation financière de la branche vieillesse restera déséquilibrée pour les années à venir, le rapport du Gouvernement indique que cette situation appelle « une réflexion approfondie sur l'évolution des prestations et des ressources des systèmes de retraite que le Gouvernement entend conduire en prenant en compte l'évolution des conditions du vieillissement, de la durée et du mode de vie ».

On conviendra du caractère vague des informations données au Parlement. La réalité me semble être tout simplement que le Gouvernement n'a pas encore déterminé les orientations de sa politique d'assurance vieillesse. Il semblerait que la priorité a été donnée cette année, dans le domaine de la protection sociale, à la poursuite de la politique de maîtrise des dépenses de santé et à une réorientation, contestable à mes yeux, de la politique familiale.

Or la dégradation rapide des comptes des régimes d'assurance vieillesse qui devrait intervenir après 2005 impose de réfléchir à des mesures correctrices qui seront d'autant mieux acceptées que leur mise en œuvre pourra être étalée dans le temps.

Le rapport réaffirme également la volonté du Gouvernement, qui est d'ailleurs celle de la commission présidée par M. Bartolone, de sauvegarder le socle de solidarité que constitue le mécanisme de répartition. Cependant, il aurait été intéressant de connaître les intentions du Gouvernement sur l'éventuelle abrogation ou modification de la loi du 25 mars 1997 créant les plans d'épargne retraite. Pour ma part, j'ai toujours défendu la thèse équilibrée selon laquelle il était souhaitable d'encourager le développement d'une épargne retraite complémentaire, à condition que les modalités retenues n'aient pas de conséquences négatives sur les ressources des régimes précités. Madame la ministre, vous êtes intervenue tout à l'heure dans le même sens.

S'agissant de la prestation spécifique dépendance instituée par la loi du 24 janvier 1997, le rapport affirme fort justement que ce texte comporte des avancées mais aussi des risques, notamment du fait des inégalités de traitement sur le territoire, et conclut sur la nécessité de disposer du bilan de la première année d'application de la loi pour envisager d'apporter des modifications au dispositif en vigueur.

Il n'est pas normal que certains départements aient fixé des tarifs de prise en charge du surcoût lié à la dépendance très inférieurs aux besoins constatés.

M. Alfred Recours, rapporteur. Tout à fait !

M. Denis Jacquat, rapporteur. Par ailleurs, on ne pourrait qu'approuver le Gouvernement s'il décidait de définir par décret des montants minimaux de PSD en établissement en fonction du degré de dépendance. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe socialiste.*) Le principe, implicitement prévu par la loi, figurait dans le premier projet de décret d'application.

Selon le rapport annexé, le Gouvernement proposera au Parlement de financer la deuxième tranche des 7 000 lits de section de cure médicale et des 2 000 places de service de soins infirmiers à domicile, autorisés mais non budgétés.

Cette mesure concerne l'assurance maladie et non l'assurance vieillesse, mais je me réjouis que le plan Barrot-Gaymard soit poursuivi.

Pour être complet, j'évoquerai non seulement les mesures propres à la branche vieillesse, mais également celles concernant plusieurs branches, qui relèvent aussi de la compétence de M. Recours.

L'alignement de l'assiette des prélèvements de 1 % sur les revenus du capital affectés à la CNAF et à la CNAVTS sur celle de la CSG, prévue par l'article 6 du projet de loi, est intrinsèquement défendable, mais sa juxtaposition avec les mesures du projet de loi de finances pour 1998 frappant les mêmes types de revenus aboutit à une augmentation des prélèvements opérés sur les épargnants.

Si l'opportunité d'un nouvel effacement de la dette du régime général peut difficilement être discutée, les modalités retenues amènent à s'interroger. L'allongement de cinq ans de la durée de perception de la contribution au remboursement de la dette sociale, CRDS, est une reprise habile.

La Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, CNRACL, est incluse par l'article 18 dans la liste des régimes de sécurité sociale autorisés à recourir à l'emprunt pour couvrir leurs besoins de trésorerie, l'encours de la dette correspondante étant limité à 2,5 milliards de francs.

Je vous rappelle que, dans un passé récent, la CNRACL a déjà fait face à de gros besoins de trésorerie alors qu'elle n'était pas autorisée à emprunter, grâce au décalage dans le temps des acomptes de compensation et de surcompensation, et qu'une réforme de financement de ce régime nous avait été promise l'an passé. Le Gouvernement a choisi de ne pas tenir cet engagement et de recourir à un artifice comptable que je regrette.

Il serait pourtant nécessaire de régler de manière pérenne la question du financement de la CNRACL. Une nouvelle augmentation de la cotisation employeur paraissant inacceptable, il convient de réfléchir à une modification des règles de surcompensation.

L'augmentation de 6 à 8 % du taux de la taxe sur les contributions des employeurs et des organismes de représentation collective au financement de garanties de prévoyance complémentaire constitue une « recette de poche » obéissant à une logique purement financière. On peut toutefois se demander si l'augmentation de la taxation du financement patronal de la prévoyance ne risque pas de freiner le développement des couvertures complémentaires ou d'en renchérir le coût...

M. Alfred Recours, rapporteur. C'est vous qui l'avez instituée !

M. Denis Jacquat, rapporteur. ... alors même que l'importance de ces couvertures en termes de santé publique et de niveau de la protection sociale n'est plus à démontrer.

L'article 11 met en place un dispositif complexe permettant de recycler au profit de la CNAVTS - 1,2 milliard de francs - et de la CNAMTS - 1 milliard de francs - l'excédent de contribution sociale de solidarité des sociétés, C3S, constaté à la fin de 1997, après que celui-ci eut été gonflé par la neutralisation du deuxième tour de répartition du produit de cette contribution.

Cette disposition est sans doute la plus contestable de toutes celles qui concernent l'assurance vieillesse, dans la mesure où elle met en place un véritable détournement de la C3S au profit des régimes de salariés, alors même que cette contribution a précisément été instituée pour compenser l'impact négatif de l'exercice en société des professions indépendantes sur le niveau de ressources des régimes de non-salariés.

Compte tenu de la dégradation prévisible des comptes des régimes d'assurance vieillesse des non-salariés, il faudrait laisser à ces régimes la libre disposition des éven-

tuels réserves de C3S, afin qu'elles puissent, le moment venu, être utilisées pour amortir les conséquences des évolutions démographiques.

L'intégration financière du régime d'assurance vieillesse des ministres des cultes géré par la CAMAVIC entraînera également l'alignement, pour les périodes postérieures au 1^{er} janvier 1998, des cotisations et des prestations du régime en cause sur celles du régime général de sécurité sociale. On peut regretter que l'harmonisation des prestations ne joue que pour l'avenir. Compte tenu du très faible niveau des retraites servies par la CAMAVIC, on aurait pu espérer que l'intégration financière du régime des cultes au sein du régime général soit accompagnée par une revalorisation des prestations financée par la solidarité nationale, à l'instar de ce qui a déjà été fait à plusieurs reprises pour les petites retraites agricoles.

M. Alfred Recours, rapporteur. Cela s'est fait avec leur accord !

M. Denis Jacquat, rapporteur. Je le sais. Je ne veux pas déclencher une guerre de religion, mais un rapporteur est là pour s'exprimer.

Le compte tendancier de la CNAVTS pour 1998 figurant dans le dernier rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale prévoyait un déficit d'exercice de 8 236 millions de francs.

Les prévisions pour 1998 figurant dans l'annexe c du projet de loi qui intègrent les conséquences du projet de loi tablent sur un déficit ramené à 4 259 millions de francs.

La diminution de près de 50 % du déficit de la branche vieillesse doit être relativisée : d'une part, 45 % des recettes nouvelles ont un caractère provisoire et, d'autre part, la dérive déficitaire de la branche vieillesse n'est pas enrayée. L'annexe c du projet de loi prévoit que le solde de cette branche sera négatif à hauteur de 6 783 millions de francs en 1999 et de 8 578 millions de francs en l'an 2000. De 1998 à 2000, le déficit de la CNAVTS devrait donc être quasiment doublé, alors même que l'accélération de la détérioration du rapport cotisants-retraités attendue à partir de 2005 n'aura pas encore commencé.

La mise en œuvre des futures conclusions du rapport Chadelat restant problématique, il conviendrait à court terme de freiner le développement des stratégies de rémunération visant à contourner les cotisations sociales, par exemple en alignant l'assiette de la cotisation vieillesse sur celle, sensiblement plus large, de la CSG sur les revenus d'activités.

La situation particulière des régimes spéciaux dont le financement est assuré par des cotisations fictives d'employeur et/ou par une subvention d'équilibre appelle un commentaire particulier. Du fait même de ce financement, les recettes de ces régimes sont toujours égales aux dépenses et le solde d'exercice nul. Cependant, cette convention comptable ne devrait pas masquer la situation réelle de ces régimes et l'ampleur de l'effort de solidarité nationale nécessaire à leur financement.

Au-delà de cette question de transparence comptable, la situation des régimes spéciaux appelle un effort de clarification et de pédagogie analogue à celui accompli pour le régime général par le Livre blanc sur les retraites de 1991. Un groupe de travail réunissant toutes les parties intéressées pourrait utilement être chargé d'une telle mission, étant souligné que ledit groupe de travail ne se verrait assigner, madame la ministre, aucun objectif pré-déterminé.

L'attentisme actuel en matière d'assurance vieillesse se traduit également par une absence de décisions ou d'initiatives dans nombre de dossiers délicats. On relèvera pour mémoire que la question du mode de revalorisation des pensions de retraite du régime général reste en suspens, ou que l'extension progressive du périmètre d'intervention du fonds de solidarité vieillesse semble stoppée. Je souhaite mettre l'accent sur l'absence d'amélioration de la situation des veuves, amélioration dont je souligne depuis longtemps la nécessité.

M. le président. Il vous faut mettre l'accent sur votre conclusion, monsieur Jacquat. *(Sourires.)*

M. Denis Jacquat, rapporteur. Il serait, à mon sens, nécessaire d'affecter une partie du produit de la cotisation d'assurance veuvage à la revalorisation de l'allocation veuvage dégressive, qui devient inférieure au RMI dès la deuxième année, et d'augmenter le plafond de cumul entre un avantage propre et un avantage dérivé.

Pour conclure, je souhaite que nous cessions de jouer à l'autruche et il faut sortir rapidement la tête du sable, car les difficultés que doivent affronter nos régimes de retraite sont bien réelles. *(Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du groupe du Rassemblement pour la République.)*

M. le président. La parole est à Mme Dominique Gillot, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales pour la famille.

Mme Dominique Gillot, rapporteur. Monsieur le président, madame la ministre, monsieur le secrétaire d'État, mes chers collègues, il me revient l'honneur et la responsabilité de rapporter le budget de la branche famille du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1998.

Bien avant que les travaux de l'Assemblée nationale n'appellent ce rapport à l'ordre du jour, les dispositions à prendre pour la famille ont retenu l'attention des partenaires sociaux et des représentants du mouvement familial, que vous avez largement et régulièrement consultés pendant l'été.

Nous-mêmes, dans le cadre de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, nous avons procédé à de nombreuses auditions, qui nous ont éclairés sur les positions et les propositions des uns et des autres pour faire face aux obligations durables et constantes de la politique familiale dans notre pays, mais aussi pour s'adapter aux obligations liées à l'évolution des contraintes, des besoins, des comportements et des mentalités de notre société.

Vous l'avez rappelé, madame la ministre : l'heure est venue de revoir l'ensemble de la politique familiale en France, l'heure est venue de redéfinir les modalités de l'aide publique à la famille, l'heure est venue de remettre en forme notre action sociale en direction des enfants et de leurs familles.

Dans sa déclaration de politique générale, le 19 juin dernier, le Premier ministre, Lionel Jospin, a fixé le cadre du pacte républicain qu'il entend forger avec les Français.

Un des axes de ce pacte républicain concerne la famille et le devoir de solidarité avec les plus modestes, la volonté de donner à ceux qui ont le moins.

Ces annonces ont suscité de nombreuses remarques, des inquiétudes et des approbations, toutes aussi judicieuses les unes que les autres. Le budget qui en découle a entraîné au fil des jours, notamment à l'occasion des questions au Gouvernement, de vives critiques et une véritable polémique.

Pourtant, ce budget vous a permis d'affirmer les lignes de force de la politique de solidarité et de cohésion sociale que vous entendez conduire dans un avenir qui a pris son point de départ le 1^{er} juin dernier.

Sachez, madame la ministre, que les travaux de notre commission ont permis des échanges approfondis, d'où émerge la volonté, largement partagée, de la représentation nationale d'engager au plus tôt un réexamen global de tout ce qui concourt aujourd'hui à la conduite d'une politique de la famille cohérente avec l'environnement et les contraintes socio-économiques, cohérente avec les objectifs de préservation des meilleures chances d'épanouissement pour les enfants et d'avenir pour la France, cohérente entre l'évolution des besoins de l'enfant et de la famille et les capacités à mettre en œuvre pour y répondre avec le plus d'efficacité et de justice possible. Des clivages existent. Il faudra les dépasser et rechercher les meilleures orientations.

Pour ma part, je fais miennes les exigences que vous avez fixées pour assurer la pérennité de notre système de sécurité sociale, c'est-à-dire assumer la lourdeur de l'héritage, procéder au redressement de la situation financière et réorienter l'effort vers les plus modestes en partant de la réalité des besoins des Français et non d'une simple vision comptable.

La branche famille de la sécurité sociale représente environ un cinquième des dépenses et des recettes du régime général. Elle assure aujourd'hui des missions qui en font un acteur de la politique du logement et du soutien aux plus démunis et aux plus fragiles.

Longtemps et traditionnellement excédentaire, la branche famille est plongée dans le rouge depuis 1994, où le déficit s'est élevé à 10,4 milliards de francs – puis à 16,6 milliards en 1995 et à 9,6 milliards en 1996. Pour 1997, le déficit prévu est de 13,2 milliards. Et si rien n'était fait, il serait, selon une évaluation de la commission des comptes de la sécurité sociale, de 11,8 milliards en 1998.

Au cours de cette année, les recettes, qui devraient s'élever à 240,8 milliards, ont évolué au rythme rapide de 5,4 %, en raison de l'élargissement de l'assiette de la CSG.

Ces recettes proviennent essentiellement de cotisations entièrement versées par les employeurs, de subventions de l'État qui correspondent au remboursement à la CNAF des prestations que celle-ci verse pour son compte, et d'impôts et taxes affectés.

Les dépenses, quant à elles, ont connu un rythme d'accroissement encore plus rapide puisqu'il a atteint 6,7 %. Et ce malgré de nombreuses restrictions imposées par le précédent gouvernement à l'ensemble des familles : le gel des prestations familiales en 1996 ; le gel des plafonds de ressources en 1996 et 1997 ; l'assujettissement des prestations familiales au RDS à partir de 1997 ; la baisse et l'imposition des indemnités journalières de maternité ; la mise sous condition de ressources intégrale de l'APJE, qui a pénalisé 20 % des naissances, puisque, au-delà de 16 000 francs de revenus mensuels avec deux salaires, une famille ne peut plus toucher cette allocation ; la réduction de 500 francs de l'allocation de rentrée scolaire ; le gel et la réforme des allocations logement en 1995 et 1996 ; les restrictions sur l'allocation de parent isolé.

Ces nombreuses mesures de restriction ont touché les familles les plus modestes. Et pourtant, la dérive des dépenses est bien là, s'élevant à 10 milliards de francs supplémentaires, liée aux surcoûts engendrés par la loi sur

la famille de 1994, qui, rappelons-le, n'était pas entièrement financée, et, même, reposait sur une baisse escomptée de la natalité.

Les décalages les plus importants ont été constatés sur trois prestations, dont les augmentations ont entraîné une forte incitation, aux effets sous estimés : l'APE, qui a été étendue aux familles de deux enfants et aux non-salariés, dont les bénéficiaires ont été multipliés par deux ; l'AGED, doublée et étendue à la garde des enfants de trois à six ans, ce qui a multiplié par trois le nombre de ses bénéficiaires, à un niveau de subventions qui apparaît comme un privilège choquant au plus grand nombre des familles qui ne peuvent y prétendre ;...

M. Claude Bartolone, *président de la commission*. Eh oui !

Mme Dominique Gillot, *rapporteur*. ... l'AFEAMA, enfin, majorée et cumulable avec les deux autres dispositifs.

Si l'APE a profité aux femmes mères de famille en situation de travail précaire ou de chômage peu indemnisé, on constate objectivement que l'AGED au taux fort – 100 % d'exonération des charges salariales et patronales d'un temps plein pour un enfant de moins de trois ans – a surtout profité aux familles bénéficiant d'un niveau de revenu élevé, même s'il est juste d'admettre que, pour certaines femmes, notamment dans des villes qui n'ont pas fait l'effort d'équipement public et de soutien à la diversité des modes de garde, l'AGED représente le meilleur dispositif leur permettant d'assumer leur maternité avec des contraintes professionnelles particulières, des responsabilités valorisantes ou des horaires atypiques.

Je tiens à préciser que, parmi tous les courriers que j'ai reçus pour me convaincre de ce fait, aucun n'était signé par des conductrices de bus ou par des caissières de supermarché, qui, elles aussi, ont des contraintes professionnelles implacables et l'impérieuse obligation de garder ce travail pour faire vivre leur famille. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

Cette année, le Gouvernement devra de plus honorer la dette laissée par les gouvernements Balladur et Juppé, qui n'ont pas revalorisé les bases mensuelles d'allocations familiales, ni en 1993, ni en 1995, ni en 1996, et pour laquelle le Conseil d'Etat a prononcé une condamnation sans appel.

Madame la ministre, il est à votre honneur d'opérer d'ici au mois de novembre prochain une revalorisation des allocations familiales destinée à compenser les pertes de pouvoir d'achat des familles, répondant ainsi aux décisions du Conseil d'Etat et corrigeant les injustices perpétrées par vos prédécesseurs.

Depuis juin dernier, où les Français ont choisi le changement, ils constatent que le gouvernement de Lionel Jospin a eu le courage de faire des choix allant dans le sens de la solidarité et d'une plus grande justice sociale.

Plus de 10 milliards ont ainsi été consacrés à l'amélioration des conditions de vie des familles : majoration de l'allocation de rentrée scolaire en septembre ; création d'un fonds social pour garantir l'accès dans les cantines de tous les élèves de collège et de lycée ; réduction d'impôt pour frais de scolarité ; revalorisation des barèmes des aides personnelles au logement dès le mois de juillet ; engagement de la réhabilitation de 120 000 logements sociaux dès cette année ; lancement d'un programme de dépistage et de prévention du saturnisme infantile.

Aujourd'hui, tout le monde s'accorde à dire que la politique familiale, qui repose sur un dispositif inéquitable et complexe – 27 prestations différentes avec 350 faits générateurs de modifications des droits –, doit être revue, redéfinie, remodelée, réorientée.

Depuis 1970, où 14 % seulement des prestations étaient sous conditions de ressources, la solidarité est devenue une des composantes de la politique familiale. Les évolutions économiques et celles des structures familiales font que les familles qui ont le plus de besoins sont moins les familles nombreuses, comme par le passé, que des familles monoparentales, en situation d'emploi précaire, ou simplement en possession de revenus modestes.

M. Alfred Recours, *rapporteur*. Tout à fait exact !

Mme Dominique Gillot, *rapporteur*. Quelquefois même, c'est l'accueil du premier enfant qui pose le plus de problèmes.

Le système actuel, pris dans sa globalité, a des effets antiredistributifs, qu'il faut corriger.

Le montant des aides accordées croît avec le revenu des familles, notamment en raison des effets du quotient familial.

Madame la ministre, vous vous êtes engagée, avec les partenaires sociaux, devant notre commission, à un réexamen global de la politique en direction des familles, qui interviendra dès 1998.

Dans cette attente, devant une telle complexité, face à l'obligation de trouver des équilibres budgétaires compromis par les dérives décrites précédemment, le Gouvernement a d'ores et déjà proposé, dans le projet de loi de financement qui est soumis à notre approbation, des mesures correctives pour revenir sur le caractère antiredistributif des aides à la famille.

Faisant le choix de la solidarité, de la justice, à l'intérieur d'un système qu'il faut préserver, le Gouvernement propose de concentrer l'aide publique vers ceux qui en ont le plus besoin.

C'est ainsi qu'il est proposé pour 1998 la mise sous condition de ressources des allocations familiales. Vous avez rappelé comment le plafond est modulé pour tenir compte de la progressivité des charges liées au nombre d'enfants et à la structure de la famille.

A défaut d'avoir pu, dans les délais impartis, parvenir à un rééquilibrage par la concertation, notamment par le biais d'aménagements du quotient familial, cette mesure, pour 1998, permet, compte tenu du niveau auquel est fixé le plafond, de maintenir les allocations à plus de 92 % des familles.

Un petit nombre de familles seulement, parmi les plus aisées, seront touchées par cette disposition, qui permettra, dans un contexte de déficit de la branche, de préserver les mesures indispensables aux familles les plus démunies.

Mme Dominique Gillot, *rapporteur*. Est également proposée la prolongation du versement de l'allocation familiale pour les grands enfants de huit à dix-neuf ans qui sont à la charge de leur famille, même s'ils ne sont pas étudiants ou en formation. Croyez bien que cette mesure apportera un réel soulagement dans bien des familles qui soutiennent leurs enfants à la recherche d'un emploi.

Enfin, est proposée la modulation de l'AGED.

Avant de poursuivre, je crois indispensable de rappeler quelques chiffres.

M. le président. Il ne faut pas seulement poursuivre, il faut conclure ! (*Sourires.*)

Mme Dominique Gillot, rapporteur. Je termine, monsieur le président.

La France compte 4,4 millions d'enfants de moins de six ans, dont 2,2 millions de moins de trois ans. La moitié sont gardés à la maison par l'un des parents, 480 000 fréquentent les équipements d'accueil collectif; 400 000 sont gardés par une assistante maternelle et ouvrent droit à une AFEAMA; 250 000, âgés de deux à trois ans, sont admis à l'école maternelle; 90 000 sont gardés à domicile grâce à une AGED.

La diversité des modes de garde est un fait à entretenir, à encourager et à développer, mais force est de constater que l'AGED, qui profite à 66 000 familles, a connu un alourdissement financier ces deux dernières années, qui en fait aujourd'hui le mode de garde le plus aidé par la collectivité publique, alors qu'il n'est accessible qu'à un très petit nombre de familles, celles qui ont des revenus supérieurs à 300 000 francs nets par an.

Nous souhaitons – j'y insiste – préserver la diversité. Il ne s'agit pas de supprimer un dispositif qui répond aux besoins de certains parents, mais, au vu des écarts énormes constatés ces dernières années – et qui se sont aggravés –, il est indispensable de rééquilibrer l'aide publique aux différents modes de garde des petits enfants.

La proposition du Gouvernement consiste à ramener à de plus justes proportions le taux de prise en charge d'une garde à domicile pour en rapprocher le niveau de celui des aides apportées aux autres dispositifs existants.

Dans le souci d'atténuer ce qui pourrait paraître brutal pour les bénéficiaires de l'AGED aux revenus les moins importants, il conviendra d'examiner l'opportunité de relever le niveau de prise en charge publique en fonction des revenus de la famille et de l'âge de l'enfant gardé.

Par ailleurs, des mesures seraient nécessaires pour professionnaliser ce mode de garde à domicile, conférer un statut et apporter une formation aux employés.

L'ensemble de ces propositions vise à ramener le déficit de la branche famille de la sécurité sociale à moins de 3 milliards de francs et à maintenir les prestations au plus grand nombre de bénéficiaires. Elles ne constituent pas le prélude à un dispositif de même nature en ce qui concerne l'assurance maladie. Elles ne préjugent en rien les conclusions de la concertation qui sera engagée avec les partenaires sociaux l'an prochain pour redéfinir la politique de la famille en France et qui ne devra pas se limiter aux seules prestations financières.

Madame la ministre, mesdames, messieurs les députés, ces propositions que je présente ont fait l'objet de nombreuses polémiques, ont donné lieu à de nombreuses interprétations, très orientées, souvent déformées.

M. Marcel Rogemont. C'est vrai !

Mme Dominique Gillot, rapporteur. Mais les Français ne s'y trompent pas. Et je peux vous dire que des millions de familles apprécient la politique menée par le Gouvernement en leur faveur depuis six mois. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

Des familles au budget sévèrement encadré qui ont pu vivre une rentrée moins difficile grâce au triplement de l'allocation de rentrée. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

Des familles qui vivent avec moins d'angoisse l'avenir de leur fils ou de leur fille, jeune adulte, qui retrouve un peu d'espoir avec la création des 350 000 emplois-jeunes. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.* –

Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République et du groupe de l'Union pour la démocratie française.)

Des familles qui voient avec soulagement l'école redevenir une priorité nationale, des classes réouvrir, des adjoints d'éducation et de sécurité arriver, la morale civique et le respect retrouver leur juste place. (« Très bien ! » *sur les bancs du groupe socialiste.*)

Des familles qui constatent que les efforts demandés sont plus équitablement répartis entre tous les Français.

M. Bernard Accoyer. Avec quels financements ?

Mme Dominique Gillot, rapporteur. Des familles qui pensent en grande majorité que la politique familiale doit être envisagée dans sa globalité et intégrer aussi la politique du temps de travail, donc du temps retrouvé pour la vie de famille,...

Mme Véronique Neiertz. Absolument !

M. Bernard Accoyer. Il faut une remise à plat.

M. le président. Laissez Mme Gillot conclure ! N'est-ce pas, madame Gillot ? (*Sourires.*)

Mme Dominique Gillot, rapporteur. ... la politique de l'éducation, du transport, du logement, de la santé, de la sécurité.

C'est en agissant avec détermination dans tous les secteurs de la vie quotidienne que nous réduirons la fracture sociale, comme nous y a si bien encouragés le Président de la République,...

M. Alfred Recours, rapporteur. En effet !

M. Claude Bartolone, président de la commission. Voilà un député qui a entendu le Président !

Mme Dominique Gillot, rapporteur. ... en consolidant et en solidifiant la cohésion sociale indispensable au redressement et à l'équilibre de notre pays.

M. Claude Bartolone, président de la commission. Bravo !

Mme Dominique Gillot, rapporteur. Les mesures contenues dans ce rapport vont dans ce sens.

C'est pour cela que, au nom de la majorité de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, je demande à l'Assemblée de les approuver. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. le président. Mes chers collègues, je vous trouve tous très indisciplinés ce matin. (*Sourires.*)

La parole est à M. Claude Bartolone, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour dix minutes.

M. Claude Bartolone, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales. Monsieur le président, madame la ministre, monsieur le secrétaire d'État, mes chers collègues, c'est la seconde fois que l'Assemblée nationale examine un projet de loi de financement de la sécurité sociale. Autant dire que, pour ce second exercice, le texte qui nous est présenté n'a pas vraiment – et c'est heureux – la même saveur que celui que nous examinions l'année précédente.

Projet comptable préparé par le ministère des finances l'année passée, le texte que nous examinons aujourd'hui est au contraire l'expression de l'engagement du ministère de l'emploi et de la solidarité, ainsi que celui du secrétariat d'État à la santé. (*Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République et du groupe de l'Union pour la démocratie française.*)

M. Bernard Accoyer. Quel aplomb !

M. Claude Bartolone, président de la commission. Cette différence de « signature », loin d'être formelle, symbolise une approche radicalement différente : c'est un projet de loi marqué par une volonté de justice sociale, dans la partie « objectif de recettes », et exprimant des priorités de santé publique dans la partie « objectifs de dépenses ».

Qu'on en juge ! J'entends poindre une critique qui, sous des apparences fort habiles, doit être réfutée avec force. Cela est d'autant plus facile que les faits parlent d'eux-mêmes. Ce projet de loi – et, derrière lui, l'ensemble de la politique de santé mise en œuvre par le Gouvernement – serait la pâle copie du plan Juppé ?

Comparons. Comment était assuré le financement de l'année dernière ? Une augmentation forte des cotisations maladie des retraités et des chômeurs, de 1,2 % en 1996 et de 1,2 % CSG comprise en 1997. A cela s'ajoutait le gel des prestations familiales.

M. Bernard Accoyer. Vous, vous les réduisez ! C'est effectivement une avancée !

M. Claude Bartolone, président de la commission. Et ces mesures faisaient écho à toutes les décisions antérieures : l'augmentation du forfait hospitalier, la création du RDS.

Que proposons-nous ? Sous des apparences très techniques, le transfert des cotisations maladie vers la contribution sociale généralisée est l'expression d'une volonté : celle de faire contribuer tous les revenus – et pas seulement ceux issus du travail – au financement de l'assurance maladie.

M. Jean-Marie Le Guen. Ça leur fait mal !

M. Claude Bartolone, président de la commission. Il s'agit dès lors d'opérer un rééquilibrage des prélèvements sociaux entre les revenus du travail et ceux du capital, permettant d'aboutir à une augmentation non négligeable du pouvoir d'achat des salariés sans pénaliser les retraités.

M. Pierre Lellouche. C'est la multiplication des pains !

M. Robert Pandraud. M. Bartolone se prend pour Jésus !

M. Claude Bartolone, président de la commission. Mieux vaut multiplier les pains que servir à nos concitoyens du pain rassis !

Cette mesure est doublement juste : par la participation des revenus du capital au financement de la protection sociale et par l'augmentation du pouvoir d'achat qu'elle rend possible. De plus, elle conforte durablement les ressources du régime général.

Bilan ? C'est inégalité contre égalité. La majorité précédente avait gravement ponctionné le pouvoir d'achat ; nous faisons exactement l'inverse afin de soutenir la croissance.

M. Pierre Lellouche. Vous avez raison : d'un côté, il y a le bien ; de l'autre, il y a le mal. C'est blanc ou c'est noir !

M. Claude Bartolone, président de la commission. Ce n'est pas une question de couleur, c'est une question de comptes. Le résultat des courses a été cinglant : malgré des prélèvements exceptionnels, le déficit est encore de plus de 30 milliards de francs cette année. (*Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République et du groupe de l'Union pour la démocratie française.*)

L'argument de la baisse des recettes n'est vraiment plus recevable : on ne peut pas effectuer des prélèvements massifs sur le pouvoir d'achat et s'étonner ensuite de voir la consommation baisser.

M. Pierre Lellouche. Vous avez pris 60 milliards en cinq mois, ce n'est pas mal non plus !

M. Claude Bartolone, président de la commission. Ce projet de loi de financement opère un rééquilibrage juste et en profondeur du financement de notre protection sociale. Il fallait du courage pour décider de ce transfert massif des cotisations d'assurance maladie vers la CSG.

M. Robert Pandraud. C'est surtout ceux qui payeront qui auront besoin de courage !

M. Claude Bartolone, président de la commission. Il nous en faudra encore pour régler l'année prochaine la question de l'assiette des cotisations patronales manifestement inadaptée à la réalité économique. La référence à la valeur ajoutée permettra, je l'espère, de trouver une piste...

M. Pierre Lellouche. Vous jouez aux apprentis sorciers !

M. Claude Bartolone, président de la commission. ... pour définir une nouvelle assiette permettant d'asseoir solidement, comme le fait la CSG cette année, le financement de la protection sociale.

Poursuivant ma comparaison avec le plan Juppé, j'en arrive à la partie « dépenses ».

La maîtrise médicalisée des dépenses de santé, je me permets de le rappeler, n'est pas l'œuvre de M. Juppé, mais de MM. Evin, Teulade et Bianco.

M. Jean-Marie Le Guen. Absolument !

M. Claude Bartolone, président de la commission. C'était l'époque où M. Juppé manifestait en tête des médecins qui prétendaient s'opposer à un « rationnement des soins » qui n'a jamais été à l'ordre du jour.

M. Pierre Lellouche. Quel démagogue, vous faites !

M. Claude Bartolone, président de la commission. Le plan Juppé, trois années plus tard, a repris, en les dénaturant sur certains points, les propositions formulées à l'époque par M. Teulade.

N'étant pas partisan de jeter le bébé avec l'eau du bain, j'ai eu l'occasion, dès le 1^{er} juin dernier, d'affirmer avec force qu'il ne saurait être question de remettre en cause le mauvais mécanisme des sanctions sans avoir avant mis au point avec les professionnels un système opérationnel d'une véritable maîtrise médicalisée.

Le calendrier est d'ailleurs avec nous, madame la ministre. Aucun dépassement n'ayant été constaté en 1997, ...

M. Bernard Accoyer. Grâce à qui ?

M. Claude Bartolone, président de la commission. Nous verrons cela tout à l'heure.

Aucun dépassement n'ayant été constaté en 1997, disais-je, aucune sanction ne sera mise en œuvre en 1998. Cela laisse le temps de négocier avec les partenaires médicaux la mise en œuvre d'un nouveau dispositif. Je crois pouvoir dire aujourd'hui que les médecins ont parfaitement compris et accepté cette démarche.

M. Pierre Lellouche. Ils ne vont pas être déçus !

M. Robert Pandraud. Ils ont gagné le gros lot !

M. Claude Bartolone, président de la commission. C'est d'ailleurs l'un de vos grands mérites, madame la ministre, monsieur le secrétaire d'Etat, d'avoir rétabli un dialogue véritable avec les professionnels de santé. Responsabiliser les acteurs implique de savoir écouter. Vous avez, à cet égard, réussi. La méthode en ce domaine compte au moins autant que le contenu des dispositifs.

M. Bernard Accoyer. Ce n'est pas vrai. Ça c'est la méthode Coué !

M. Claude Bartolone, président de la commission. C'est une grande différence avec la méthode précédente faite de coups de menton et de menaces exclusivement financières.

C'est d'ailleurs dans cette logique que vous avez confirmé l'avenant à la convention relatif à la création du « médecin référent ». Après avoir discuté avec tous les partenaires syndicaux, après avoir réaffirmé le caractère expérimental et non obligatoire de cet avenant, vous l'avez validé. Et que constate-t-on aujourd'hui ? Les médecins semblent vouloir jouer le jeu : un tout récent sondage indique que 55 % des généralistes semblent disposés à devenir « médecins référents ».

Nul ne peut nier la nécessité d'une coordination des soins entre médecine ambulatoire et hôpital, entre médecine générale et médecine de spécialité. Force est de constater que cette coordination ne sera pas réalisée par le carnet de santé, celui-ci ayant montré ses limites. Claude Evin a dit ce qu'il fallait sur ce sujet.

Il faut avoir à l'esprit que la coordination des soins s'inscrit dans la double logique de qualité de soins et de maîtrise de la dépense. Loin de vouloir mettre en cause le libre accès au médecin de leur choix, elle entend seulement assurer le meilleur suivi possible des patients en évitant notamment les doublons de prescriptions. Les modalités d'un tel système seront évidemment perfectibles ; le « médecin référent » devient seulement un coordinateur attentif.

Si l'on s'amuse à faire le bilan comparatif, quelles conclusions doit-on en tirer ? Eh bien, on constate un changement de méthode radical et une volonté ferme de réaffirmer la nécessité de la maîtrise médicalisée, notion qui s'oppose à celle de la maîtrise comptable signée Juppé. La qualité des soins devient l'élément central de toute approche.

J'en arrive, madame la ministre, monsieur le secrétaire d'Etat, aux préoccupations essentielles sur lesquelles la commission a travaillé à l'occasion de ce débat, notamment dans le cadre d'auditions publiques qu'elle a organisées.

En choisissant de soumettre à notre réflexion les questions relatives à la politique du médicament, aux priorités de santé publique, à la restructuration hospitalière et à l'informatisation des professions de santé, la commission a voulu élargir le champ de sa réflexion.

Je voudrais revenir au moins sur deux aspects de ces débats préparatoires.

Le premier concerne l'informatisation des professions de santé.

Le retard pris dans l'informatisation des cabinets médicaux est des plus inquiétants. Le système SESAM VITALE devait être mis en place au plus tard le 31 décembre 1998 : ce ne sera pas le cas ! Vous l'avez vous-même récemment reconnu, madame la ministre.

Le politique a certainement eu tort de ne pas prendre plus tôt la mesure de l'enjeu. Mais il n'est pas trop tard pour bien faire. De quoi s'agit-il ? Il s'agit de donner les outils d'une médecine de qualité par l'utilisation des services de l'information en réseau, de faciliter l'accès aux soins par un développement du tiers payant rendu plus aisé par les échanges de données informatisées, et d'assurer une meilleure prise en charge globale des dépenses supportées par les patients.

Autant dire que ce dispositif sera LE moyen nécessaire d'une augmentation durable de la qualité de l'offre de soins : c'est d'ailleurs la condition première pour que les médecins, libéraux et hospitaliers, adhèrent à un système d'aide à la décision.

Dans ces conditions, les retards pris pour la mise en œuvre du dispositif sont inquiétants. Les blocages existants sont mal identifiés mais peuvent trouver l'une de leurs causes dans la multiplicité des intervenants, le plus souvent au niveau administratif.

Bref, l'importance de la question et la nécessité d'élaborer un système performant dans les meilleurs délais exige qu'une coordination politique soit mise en œuvre.

Le second aspect que je voudrais évoquer – et j'y reviendrai lors de l'examen des articles – concerne l'hôpital.

Ce grand chantier doit être poursuivi. Il ne faut pas s'arrêter simplement à la caricature que semble vouloir en faire l'opposition...

M. Denis Jacquat, rapporteur. Oh non !

M. Claude Bartolone, président de la commission. ... en ne mettant l'accent que sur l'augmentation des enveloppes pour camoufler le discours tenu par le Gouvernement sur l'avancée que doit opérer ce secteur indispensable.

Faute de temps, je n'ai pas pu évoquer la politique familiale, les ARH en particulier, mais j'aurai l'occasion d'y revenir ultérieurement.

En tout état de cause, cette loi de financement s'inscrit dans une démarche renouvelée de justice sociale et de santé publique. Je souhaite que, l'année prochaine, un délai plus long sépare les travaux de la conférence nationale de santé et ceux du Parlement. J'espère que nous parviendrons aussi à imaginer des collaborations plus étroites entre les parlementaires – tout au moins ceux appartenant à la commission que je préside – et ladite conférence.

Je crois également, mes chers collègues, que nous ne pourrions pas faire l'économie d'une réflexion parlementaire sur les conditions dans lesquelles nous devons préparer ce débat, pour l'année prochaine. Au-delà du symbole, si l'on veut que les parlementaires soient réellement associés, nous ne pourrions pas échapper à une organisation identique à celle qui prévaut pour la loi de finances de l'Etat. Notre commission des affaires sociales doit suivre, tout au long de l'année, l'ensemble des décisions prises dans le cadre du budget de la sécurité sociale. (*« Très bien ! » et applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

Mme le ministre de l'emploi et de la solidarité. Très bien !

M. Claude Bartolone, président de la commission. Madame la ministre, monsieur le secrétaire d'Etat, vous avez engagé en peu de temps une réforme d'envergure, vous avez rétabli le dialogue social avec les partenaires médicaux, dialogue qui avait été rompu après les trahisons du gouvernement Juppé – ou ce qui avait été ressenti comme tel. (*Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République.*)

Vous avez tracé les contours d'une vraie politique de justice sociale, par la modification du financement de la protection sociale, et vous avez engagé une réforme de la politique familiale : ce n'est pas rien ! Pour tout cela, vous pouvez compter sur notre soutien. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

Mme le ministre de l'emploi et de la solidarité et M. le secrétaire d'Etat à la santé. Merci !

M. le président. La parole est à M. le rapporteur pour avis de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan.

M. Augustin Bonrepaux, rapporteur pour avis. Monsieur le président, madame la ministre, monsieur le secrétaire d'Etat, mes chers collègues, trois préoccupations principales ont dominé l'examen par la commission des finances du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1998.

La première tient au poids grandissant de la fiscalité dans le financement social. Le projet de loi prévoit d'affecter à la sécurité sociale 403 milliards de francs de prélèvements fiscaux en 1998, soit près du quart des ressources des régimes de base.

Il s'agit là d'une évolution positive si elle permet, comme aujourd'hui, de progresser vers plus de justice et de combler les déficits sociaux. Mais il faut aussi veiller à ce que cette fiscalité sociale soit compatible avec les autres fiscalités et, en particulier, avec celle de l'Etat. Nous avons en effet la responsabilité de définir une politique cohérente de la fiscalité du patrimoine et de l'épargne qui tienne compte à la fois de l'impôt d'Etat et de l'impôt social.

C'est dans cet esprit que la commission des finances a adopté un amendement tendant à éviter l'imposition à la CSG de l'avoir fiscal non utilisé.

Dans l'avenir, nous continuerons de veiller à une bonne articulation des dispositions fiscales de la loi de financement et de la loi de finances.

La commission des finances s'est aussi intéressée aux conséquences de l'équilibre des comptes sociaux sur le montant global des déficits publics, car c'est ce seul montant qui importe. Pour des raisons de bonne gestion, il faut le réduire car c'est le seul moyen de briser la spirale de la dette et de remplir les conditions rendant possible l'union monétaire.

Enfin, la commission ne pouvait négliger la dimension économique des dépenses sociales. Dans la mesure où elles soutiennent la consommation, elles peuvent jouer un rôle décisif dans la reprise de la croissance. Ces dépenses contribuent aussi de façon significative à l'emploi, par exemple dans le domaine hospitalier. Il faut donc qu'elles soient efficacement coordonnées avec les dépenses sociales de l'Etat comme avec celles des collectivités locales.

Les délais d'examen de la loi de financement de la sécurité sociale sont très brefs, voire trop brefs. Ils sont particulièrement contraignants pour la commission des finances, en raison de la discussion de la première partie du projet de loi de finances. Il me paraîtrait donc souhaitable de réfléchir dès maintenant aux moyens d'améliorer cette situation.

Cependant, malgré ce calendrier trop « serré », nous avons pu pleinement mesurer, madame la ministre, toutes les avancées que votre projet contient pour la protection sociale.

Vous nous proposez d'abord une sécurité sociale plus juste. Plus juste dans son financement, plus juste aussi dans l'attribution de ses prestations.

Votre projet organise en effet une réforme du financement de la protection sociale qui sollicite l'ensemble des revenus, y compris ceux du capital, pour alléger significativement les prélèvements sur le travail. Il accroît de 22 milliards de francs les prélèvements sur les revenus du

capital, tandis que les prélèvements à la charge des salariés du secteur privé diminuent d'un montant global proche de 15 milliards de francs.

Ce transfert se traduit par une progression de 1,1 % du pouvoir d'achat des salariés et de 0,8 % des exploitants agricoles, particulièrement les plus modestes. Quant aux retraités agricoles, leur cotisation de 2,8 % va disparaître sans qu'aucune contrepartie soit exigée.

Pour la grande majorité des autres assurés, l'opération de basculement des cotisations sociales vers la CSG est globalement neutre, même si un effort modéré est demandé pour quelques-uns, comme les titulaires de pensions d'invalidité, et seulement lorsqu'ils sont imposables à la taxe d'habitation.

La fiscalité sur le tabac est alourdie de 2,5 % pour tenir compte des charges que le tabagisme entraîne pour l'assurance maladie. L'industrie pharmaceutique est appelée à contribuer au financement des dépenses de santé et il est demandé à certains régimes de participer plus équitablement à l'équilibre du régime général ou de lui reverser des excédents de ressources fiscales.

Au total, l'accroissement des prélèvements obligatoires est très limitée : moins de 12 milliards de francs, contre 11 milliards de francs l'an dernier, ce qui représente un peu plus de 0,1 % du PIB. Cet effort est en outre plus que compensé par la baisse de la pression fiscale de l'Etat prévue en loi de finances.

Du côté des dépenses, le souci de justice est tout aussi manifeste.

En premier lieu, les prestations familiales sont réorientées vers les ménages qui en ont le plus besoin. Certains contestent cette orientation en affirmant que la politique familiale n'a pas de vocation redistributive. Mais ils oublient que la moitié des prestations familiales sont d'ores et déjà accordées sous condition de ressources.

Et même si l'on admettait leur point de vue, ne faudrait-il pas alors plaider pour la neutralité des transferts ? Or le système actuel n'est pas neutre, mais profondément injuste. Il favorise les familles les plus aisées. Ainsi, une famille de trois enfants dont le revenu annuel est de 200 000 francs bénéficie de 29 000 francs d'aides publiques, alors que si elle avait un revenu de 700 000 francs, elle toucherait 76 900 francs, soit deux et demi fois plus.

Mme Véronique Neiertz. Exactement !

M. Augustin Bonrepaux, rapporteur pour avis. Au demeurant, ceux qui aujourd'hui se posent en défenseurs de la famille oublient un peu vite la crise financière dans laquelle ils ont plongé les assurances familiales en faisant voter une loi non financée, tout en omettant, par deux fois, de revaloriser les prestations.

Mme Véronique Neiertz. Très juste !

M. Augustin Bonrepaux, rapporteur pour avis. On observera aussi qu'ils défendent une catégorie de familles – les plus aisées – dont le revenu est supérieur à 300 000 francs, alors qu'ils se sont peu préoccupés, au cours des dernières années, du sort de ceux qui ont un revenu deux ou trois fois plus faible.

Mme Véronique Neiertz. Il fallait le dire !

M. Augustin Bonrepaux, rapporteur pour avis. Depuis juin 1997, le bilan est bien meilleur : l'allocation de rentrée scolaire a été portée à 1 600 francs, l'APL revalorisée, l'accès aux cantines scolaires rendu plus facile, la réduction d'impôt pour frais de scolarité rétablie, la taxe

d'habitation réduite et la condition d'âge des prestations familiales va être progressivement portée à vingt ans pour tous.

Dans le domaine de la santé, l'objectif de dépenses retenu préserve des marges de manœuvre indispensables qui permettront de consentir un effort remarquable en faveur des régions sous-dotées et des publics les plus défavorisés, qui sont aussi les plus exposés au risque de maladie.

Il faut rappeler aussi que la reconduction des restrictions de l'année 1997 n'aurait pas permis cette redistribution en faveur des régions sous-dotées et aurait eu de lourdes conséquences pour l'emploi et pour la qualité des soins.

Ce budget met fin à une véritable asphyxie financière du secteur hospitalier et donne au secteur médico-social les moyens de mieux assumer ses missions.

Ce projet de loi de financement est également un projet rigoureux. Avec un prélèvement fiscal modéré et 6,5 milliards de francs d'économies, il met un terme à la dérive financière de la gestion précédente. Le déficit du régime général est réduit des deux tiers, pour être ramené à 12 milliards de francs. La sécurité sociale est ainsi sauvegardée et replacée sur la voie de l'équilibre financier.

La commission des finances a approuvé ces orientations. Elle a néanmoins souhaité, par ses votes, soulever trois questions principales.

La première concerne l'avenir de la surcompensation entre les régimes spéciaux, qui fait peser une charge de moins en moins supportable sur la CNRACL.

La deuxième est relative à la procédure de fixation des cotisations d'accidents du travail, qui ne permet pas aujourd'hui de respecter les orientations de la loi de financement de la sécurité sociale.

La troisième, enfin, porte sur la réforme de l'assiette des cotisations sociales patronales, lesquelles pénalisent l'emploi et dissuadent l'embauche. Madame la ministre, vous nous avez annoncé que le Gouvernement étudie actuellement les modalités de l'élargissement de l'assiette de ces cotisations à la valeur ajoutée. Il conviendrait que le Parlement puisse être pleinement associé à cette réflexion et dispose, avant la fin de la session, des éléments qui lui permettront d'engager le débat.

Sous ces réserves, la commission des finances a émis un avis favorable à l'adoption du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1998. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. René Dosière. Excellent rapport !

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

2

SAISINE POUR AVIS D'UNE COMMISSION

M. le président. J'informe l'Assemblée que la commission des affaires étrangères a décidé de se saisir pour avis du projet de loi relatif à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile (n° 327).

3

ORDRE DU JOUR

M. le président. Cet après-midi, à quinze heures, deuxième séance publique :

Suite de la discussion du projet de loi, n° 303, de financement de la sécurité sociale pour 1998.

MM. Alfred Recours, Claude Evin, Denis Jacquat et Mme Dominique Gillot, rapporteurs au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales (rapport n° 385, tomes I à IV) ;

M. Augustin Bonrepaux, rapporteur pour avis au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan (avis n° 386).

Ce soir, à vingt heures quarante-cinq, troisième séance publique :

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

La séance est levée.

(*La séance est levée à douze heures quarante.*)

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