

LOIS

LOI n° 97-1164 du 19 décembre 1997 de financement de la sécurité sociale pour 1998 (1)

NOR : MESX9700117L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont délibéré,
L'Assemblée nationale a adopté,
Vu la décision du Conseil constitutionnel n° 97-393 DC
en date du 18 décembre 1997 ;
Le Président de la République promulgue la loi dont la
teneur suit :

TITRE I^{er}

ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE

Approbation du rapport

Article 1^{er}

Est approuvé le rapport annexé à la présente loi relatif
aux orientations de la politique de santé et de sécurité
sociale et aux objectifs qui déterminent les conditions géné-
rales de l'équilibre financier de la sécurité sociale pour
l'année 1998.

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES

Section 1

Substitution de la contribution sociale généralisée à la cotisation maladie

Article 2

I. – Aux 1^o et 2^o du III de l'article L. 136-2 du code de la
sécurité sociale, les mots : « dont la cotisation d'impôt sur le
revenu de l'année précédente, au sens de l'article 1417 du
code général des impôts dans sa rédaction antérieure au
1^{er} janvier 1997, est inférieure au montant mentionné au
1^{er} bis de l'article 1657 du code général des impôts » sont
remplacés par les mots : « dont le montant des revenus de
l'avant-dernière année tels que définis au V de l'article 1417
du code général des impôts n'excède pas les seuils détermi-
nés en application des dispositions des I et IV du même
article ».

II. – Au II de l'article L. 136-8 du code de la sécurité
sociale, les mots : « dont la cotisation de l'année précédente
définie aux I et II de l'article 1417 du code général des
impôts dans sa rédaction antérieure au 1^{er} janvier 1997 est
supérieure à ce même montant » sont remplacés par les
mots : « dont le montant des revenus de l'avant-dernière
année tels que définis au V de l'article 1417 du code géné-
ral des impôts excède les seuils déterminés en application
des dispositions des I et IV du même article ».

Article 3

Dans le dernier alinéa (7^o) du II de l'article L. 136-2 du
code de la sécurité sociale, après les mots : « rentes via-
gères », sont insérés les mots : « et indemnités en capital ».

Article 4

Le dernier alinéa du I de l'article L. 136-4 du code de la
sécurité sociale est supprimé.

Article 5

I. – L'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale est
ainsi modifié :

1^o Au I, le taux de « 3,40 % » est remplacé par le taux de
« 7,50 % » ;

2^o Le II et le III deviennent respectivement le III et le
IV ;

3^o Il est inséré un II ainsi rédigé :

« II. – Par dérogation au I, sont assujetties à la contribu-
tion au taux de 6,2 % les pensions de retraite et d'invalidité,
les allocations de chômage et de préretraite ainsi que les
indemnités et allocations visées au 7^o du II de l'article
L. 136-2. » ;

4^o Le III est ainsi modifié :

a) Le taux de « 1 % » est remplacé par le taux de
« 3,8 % » ;

b) Après les mots : « au I », sont insérés les mots : « et
au II » ;

5^o Au IV, les mots : « pour la part correspondant à un
taux de 1 %, y compris dans le cas mentionné au II » sont
remplacés par les mots : « pour la part correspondant à un
taux de 5,1 % ou de 3,8 % pour les revenus visés au II et
au III ».

II. – Le 3^o du II de l'article L. 136-7 du code de la
sécurité sociale est complété par les mots : « , à l'exception
des produits attachés aux contrats visés au 2^o de
l'article 199 septies du code général des impôts ».

III. – L'article L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale
est ainsi modifié :

1^o Au I, le pourcentage de « 29 % » est remplacé par le
pourcentage de « 23 % » ;

2^o Au II, le pourcentage de « 28 % » est remplacé par le
pourcentage de « 14 % » ;

3^o Au III, les mots : « sur le produit brut des jeux auto-
matiques des casinos » sont remplacés par les mots : « sur
une fraction égale à 68 % du produit brut des jeux auto-
matiques des casinos » et le taux de « 3,40 % » est remplacé
par le taux de « 7,50 % ».

IV. – Au titre III du livre I^{er} du code de la sécurité
sociale, il est inséré un chapitre I^{er} ter ainsi rédigé :

« CHAPITRE I^{er} ter

« Suppression de cotisations

« Art. L. 131-7-1. – Les cotisations d'assurance maladie,
maternité, invalidité et décès à la charge des assurés qui ne
sont pas dues par les personnes visées à l'alinéa suivant sont
supprimées lorsque le taux de ces cotisations, en vigueur au
31 décembre 1997, est inférieur ou égal à 2,8 % pour les
revenus de remplacement, à 4,75 % pour les revenus d'acti-
vité.

« Des taux particuliers de cotisations d'assurance maladie,
maternité, invalidité et décès à la charge des assurés sont
applicables aux revenus d'activité et de remplacement per-
çus par les personnes qui ne remplissent pas les conditions
de résidence définies à l'article L. 136-1 et qui relèvent à
titre obligatoire d'un régime français d'assurance maladie. »

V. – Le I de l'article L. 136-6 du code de la sécurité
sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'avoir fiscal non utilisé en application des dispositions
de l'article 158 bis du code général des impôts est déduit de
l'assiette de la contribution. »

VI. – Il est inséré, après le quatrième alinéa de l'article L. 323-4 du code de la sécurité sociale, un alinéa ainsi rédigé :

« Compte tenu de la modification du taux de la contribution sociale généralisée prévue en application du 3° du I de l'article 5 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 (n° 97-1164 du 19 décembre 1997), le taux et le maximum des indemnités journalières visées à l'alinéa précédent sont majorés à compter du septième mois de leur perception selon des modalités déterminées par décret en Conseil d'Etat. »

VII. – Les dispositions des 1° à 4° du I, celles du II et du III du présent article sont applicables :

a) En ce qu'elles concernent la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 du code de la sécurité sociale, aux revenus perçus à compter du 1^{er} janvier 1998 ou, pour les revenus professionnels visés à l'article L. 136-4 du même code, sur les revenus pris en compte pour le calcul de la contribution due à compter de l'année 1998 ;

b) En ce qu'elles concernent la contribution mentionnée à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale, à compter de l'imposition des revenus de 1997 ;

c) En ce qu'elles concernent la contribution mentionnée à l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale, aux produits de placement sur lesquels est opéré à partir du 1^{er} janvier 1998 le prélèvement prévu à l'article 125 A du code général des impôts et aux revenus assujettis en application du II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale à compter de cette même date ; s'agissant de ces derniers, le taux de 7,50 % est applicable à la part acquise à compter du 1^{er} janvier 1998 et, le cas échéant, constatée à partir de cette même date ;

d) En ce qu'elles concernent la contribution mentionnée au I de l'article L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, aux tirages, événements sportifs et émissions postérieurs au 31 décembre 1997 ;

e) En ce qu'elles concernent la contribution mentionnée au II de l'article L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, sur les sommes engagées à compter du 1^{er} janvier 1998 ;

f) En ce qu'elles concernent la contribution mentionnée au III de l'article L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, sur le produit brut des jeux et sur les gains réalisés à compter du 1^{er} janvier 1998.

Les dispositions du 5° du I du présent article sont applicables à compter du 1^{er} janvier 1998.

Les dispositions des IV et VI du présent article sont applicables à compter du 1^{er} janvier 1998 ; les dispositions du V sont applicables aux avoirs fiscaux attachés aux dividendes perçus à compter du 1^{er} janvier 1997.

Article 6

Le Gouvernement déposera sur le bureau des assemblées, avant le 1^{er} août 1998, un rapport analysant les conséquences sur le financement de la sécurité sociale et sur la situation des entreprises d'une modification de l'assiette des cotisations sociales à la charge des employeurs, notamment appuyée sur la valeur ajoutée.

Ce rapport décrira également les incidences d'une telle réforme sur l'emploi.

Section 2

Dispositions diverses relatives aux ressources

Article 7

Le IV de l'article 7 de la loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d'ordre social cesse d'être applicable aux revenus perçus à compter du 1^{er} janvier 1998.

Article 8

Dans le dernier alinéa de l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale, après les mots : « loi de finances pour 1997 », sont insérés les mots : « et par la loi de finances pour 1998 ».

Article 9

I. – Il est inséré, au chapitre V du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale, une section 5 ainsi rédigée :

« Section 5

« Prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et les produits de placement

« Art. L. 245-14. – Les personnes physiques fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts sont assujetties à un prélèvement sur les revenus et les sommes visés à l'article L. 136-6. Ce prélèvement est assis, contrôlé, recouvré et exigible dans les mêmes conditions que celles qui s'appliquent à la contribution visée à l'article L. 136-6.

« Art. L. 245-15. – Les produits de placement assujettis à la contribution prévue aux I et II de l'article L. 136-7 sont assujettis à un prélèvement social.

« Les dispositions des III, IV et V de ce même article sont applicables au prélèvement mentionné à l'alinéa précédent.

« Art. L. 245-16. – I. – Le taux des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 est fixé à 2 %.

« II. – Le produit des prélèvements mentionnés au I est versé pour la moitié de son montant à la Caisse nationale des allocations familiales et pour la moitié de son montant à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés. »

II. – Les dispositions du I du présent article entrent en vigueur dans les conditions fixées ci-après :

1° En tant qu'elles concernent le prélèvement mentionné à l'article L. 245-14 du code de la sécurité sociale, elles s'appliquent à compter de l'imposition de revenus de 1997 ;

2° En tant qu'elles concernent le prélèvement mentionné à l'article L. 245-15 du code de la sécurité sociale, elles s'appliquent aux produits de placement mentionnés au I de l'article L. 136-7 de ce code sur lesquels est opéré à partir du 1^{er} janvier 1998 le prélèvement prévu à l'article 125 A du code général des impôts et aux revenus visés au II de l'article L. 136-7 susmentionné assujettis au prélèvement à compter de cette même date ; s'agissant de ces derniers, le prélèvement social s'applique à la part acquise à compter du 1^{er} janvier 1998 et, le cas échéant, constatée à partir de cette même date.

III. – Au I de l'article 24 de la loi de finances pour 1994 (n° 93-1352 du 30 décembre 1993), les mots : « des années 1993 à 1997 » sont remplacés par les mots : « des années 1993 à 1996 ».

Au II du même article 24, les mots : « des années 1994 à 1998 » sont remplacés par les mots : « des années 1994 à 1997 ».

A l'article 106 de la loi de finances pour 1985 (n° 84-1208 du 29 décembre 1984), après les mots : « à compter du 1^{er} janvier 1985 », sont insérés les mots : « jusqu'au 31 décembre 1997 ».

Article 10

I. – Dans le troisième alinéa du III de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale, les mots : « lorsque son montant est inférieur à 80 F », sont remplacés par les mots : « lorsque le montant total par article de rôle est inférieur à 160 F ».

II. – A la fin de la dernière phrase du II de l'article 15 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, la somme : « 80 F » est remplacée par la somme : « 160 F ».

Article 11

I. – A l'article L. 245-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « des entreprises de préparation des médicaments », sont remplacés par les mots : « des entreprises assurant l'ex-

exploitation en France, au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques ».

II. - L'article L. 245-2 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Toutefois, il est procédé sur une assiette à un abattement forfaitaire égal à 3 millions de francs et, le cas échéant, à un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des spécialités génériques définies à l'article L. 601-6 du code de la santé publique, remboursables ou inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités. »

2° Le deuxième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Le taux de la contribution due par chaque entreprise est calculé selon un barème comprenant quatre tranches qui sont fonction du rapport, au cours du dernier exercice clos entre, d'une part, l'assiette définie à l'alinéa précédent et tenant compte, le cas échéant, de l'abattement prévu au même alinéa et, d'autre part, le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, au titre des médicaments inscrits sur les listes mentionnées aux articles L. 162-17 du présent code et L. 618 du code de la santé publique.

« Pour chaque part de l'assiette correspondant à l'une de ces quatre tranches définies ci-après, le taux applicable est fixé comme suit :

PART DE L'ASSIETTE correspondant aux rapports « R » - entre les charges de prospection et d'information et le chiffre d'affaires hors taxes - suivants	TAUX de la contribution par tranche (en pourcentage)
R < à 10 %.....	9,5
R égal ou > à 10 % et < à 12 %.....	15
R égal ou > à 12 % et < à 14 %.....	18
R égal ou > à 14 %.....	21

III. - L'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-18 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Elles peuvent notamment contribuer au respect d'objectifs relatifs aux dépenses de promotion des spécialités pharmaceutiques remboursables ou des médicaments agréés à l'usage des collectivités. »

IV. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur pour la détermination de la contribution due le 1^{er} décembre 1998.

Article 12

I. - Au chapitre V du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale, la section 2 devient la section 3.

II. - Au même chapitre, il est inséré une section 2 ainsi rédigée :

« Section 2

« Contribution à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques

« Art. L. 245-6-1. - Une contribution assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France auprès des pharmacies d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières, au titre des ventes en gros de spécialités inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 162-17, à l'exception des spécialités génériques définies à l'article L. 601-6 du code de la santé publique, est due par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique.

« Le taux de cette contribution est fixé à 2,5 %.

« Art. L. 245-6-2. - La contribution due par chaque entreprise est recouvrée et contrôlée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans les conditions prévues à l'article L. 138-3.

« Les déclarations servant de base au calcul de la contribution sont celles prévues à l'article L. 138-5.

« Lorsqu'une entreprise n'a pas produit la déclaration prévue à l'alinéa précédent dans les délais prescrits ou a produit une déclaration manifestement erronée, le taux de sa contribution est fixé à titre provisionnel d'office à 10 %, la contribution étant appelée sur une assiette constituée par le montant du dernier chiffre d'affaires connu ou, à défaut, déterminée par tous autres moyens.

« Lorsque l'entreprise produit ultérieurement la déclaration du trimestre considéré, le montant de sa contribution dû au titre de ce trimestre est majoré de 10 %. Les entreprises peuvent formuler une demande gracieuse en réduction de cette majoration en cas de bonne foi dûment prouvée.

« Art. L. 245-6-3. - La contribution est versée de façon provisionnelle au plus tard le dernier jour de chaque trimestre civil sur la base du chiffre d'affaires réalisé au cours du trimestre civil précédent.

« Au titre d'une année civile, l'ensemble des contributions versées fait l'objet d'une régularisation annuelle au plus tard le dernier jour du trimestre civil suivant l'année civile concernée.

« Si le montant des contributions définitives est différent du montant des contributions versées à titre provisionnel, le solde est imputé lors de l'échéance suivante de la contribution.

« Art. L. 245-6-4. - Le produit de la contribution est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. »

III. - Les dispositions du présent article s'appliquent au chiffre d'affaires réalisé à compter du 1^{er} janvier 1998.

IV. - L'article L. 138-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« 1° Au a, le pourcentage de "1,5 %" est remplacé par le pourcentage de "1,72 %" ;

« 2° Au b, le pourcentage de "1,35 %" est remplacé par le pourcentage de "1,57 %" ;

« 3° Au c, le pourcentage de "1,2 %" est remplacé par le pourcentage de "1,42 %" ;

« 4° Au d, le pourcentage de "1 %" est remplacé par le pourcentage de "1,22 %" ;

« 5° Au e, le pourcentage de "0,75 %" est remplacé par le pourcentage de "0,97 %" ;

« 6° Au f, le pourcentage de "0,5 %" est remplacé par le pourcentage de "0,72 %". »

Article 13

I. - Le 2° de l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « et dans le respect de la loi de financement de la sécurité sociale ».

II. - L'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, la dernière phrase est supprimée ;

2° Les quatrième, cinquième et sixième alinéas sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Dans des conditions fixées par décret, la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles fixe les éléments de calcul des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles conformément aux conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale ;

« La délibération de la commission est transmise au ministre chargé de la sécurité sociale avant le 31 janvier de chaque année ;

« Si la commission n'a pas délibéré à cette date ou n'a pas retenu des éléments de calcul conformes aux dispositions du quatrième alinéa, l'autorité compétente de l'Etat les détermine par arrêté ;

« Si les mesures prises en application du présent article ne permettent pas d'assurer la couverture des charges de gestion, l'équilibre de la branche tel que résultant de la loi

de financement de la sécurité sociale doit être maintenu ou rétabli par un prélèvement sur les excédents financiers ou, à défaut, par une modification des éléments de calcul des cotisations. »

III. – Les dispositions du présent article prennent effet pour la fixation des cotisations dues au titre de l'année 1998.

IV. – Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, les décisions prises sur le fondement de l'arrêté du 27 décembre 1996 fixant les majorations visées à l'article D. 242-6-4 du code de la sécurité sociale et des trois arrêtés du 27 décembre 1996 fixant les tarifs des cotisations d'accidents du travail et maladies professionnelles pour l'année 1997 sont validées, en tant que leur légalité serait contestée par le motif tiré de l'illégalité de ces arrêtés.

Article 14

I. – L'article L. 137-1 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Toutefois, ne sont pas assujettis à la taxe les employeurs occupant neuf salariés au plus tels que définis pour les règles de recouvrement des cotisations de sécurité sociale. »

Les dispositions du présent I sont applicables aux contributions versées à compter du 1^{er} janvier 1996.

II. – A l'article L. 137-2 du même code, le taux : « 6 % » est remplacé par le taux : « 8 % ».

Les dispositions du présent II sont applicables aux contributions versées à compter du 1^{er} janvier 1998.

III. – Aux articles L. 137-3 et L. 137-4 du même code, les mots : « à la date de publication de l'ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 » sont remplacés par les mots : « à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale ».

Article 15

I. – A titre exceptionnel, les dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 651-2-1 du code de la sécurité sociale ne sont pas applicables au solde du produit de la contribution sociale de solidarité des sociétés résultant de l'application du premier alinéa de cet article, constaté pour l'exercice 1997.

II. – Pour l'application de l'article L. 651-2-1 du code de la sécurité sociale, les déficits pris en compte pour l'exercice 1997 sont établis en rattachant les recettes à l'exercice au cours duquel elles ont été encaissées et les dépenses à l'exercice au cours duquel elles ont été payées.

III. – A titre exceptionnel, la Caisse nationale de l'organisation autonome d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions industrielles et commerciales et la Caisse nationale de l'organisation autonome d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions artisanales versent respectivement 700 millions et 500 millions de francs au profit de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés. Les modalités de ces versements sont fixées par arrêté.

IV. – Le 2^o de l'article L. 139-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« 2^o Pour la fraction restant après la répartition au 1^o :

« a) En priorité au régime d'assurance maladie des travailleurs salariés, dans la limite de son déficit comptable ;

« b) Puis, le cas échéant avant affectation de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés, au prorata du déficit comptable des autres régimes obligatoires d'assurance maladie. »

Les dispositions du présent IV entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 1998.

Article 16

I. – Au premier alinéa de l'article L. 134-3 du code de la sécurité sociale, les mots : « aux prestations en nature des assurances maladie, maternité et invalidité prévues au

livre III » sont remplacés par les mots : « aux prestations en nature des assurances maladie et maternité prévues au livre III ».

II. – Au premier alinéa de l'article L. 134-4 du code de la sécurité sociale, les mots : « aux prestations en nature des assurances maladie, maternité et invalidité prévues au livre III » sont remplacés par les mots : « aux prestations en nature des assurances maladie et maternité prévues au livre III ».

Article 17

Dans l'intitulé de la section 3 du chapitre IV du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, les mots : « des militaires de carrière, » sont supprimés.

Article 18

A la section 3 du chapitre IV du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 134-5-1 ainsi rédigé :

« Art. 134-5-1. – La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés prend en charge la partie des risques donnant lieu aux prestations en nature des assurances maladie et maternité prévues au livre III, pour l'ensemble des travailleurs salariés en activité et des retraités relevant des régimes des clercs et employés de notaires et de la Banque de France.

« La gestion des risques mentionnés au premier alinéa demeure assurée par les organismes propres aux régimes spéciaux en cause auxquels les intéressés restent affiliés.

« Le taux des cotisations dues au régime général par les régimes des clercs et employés de notaires et de la Banque de France au titre des travailleurs salariés en activité et des retraités est fixé compte tenu des charges d'action sanitaire et sociale, de gestion administrative et de contrôle médical que ces régimes continuent à assumer. Dans les limites de la couverture prévue au premier alinéa, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés rembourse à la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires et à la caisse de prévoyance maladie de la Banque de France les dépenses afférentes aux soins et aux prestations en nature.

« Les soldes qui en résultent entre ces régimes spéciaux et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés sont fixés dans les conditions définies par le dernier alinéa de l'article L. 134-1.

« Des décrets fixent, pour chaque régime spécial, les conditions d'application du présent article. »

Article 19

I. – L'article L. 721-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. L. 721-3. – I. – Les charges résultant des dispositions de la présente section et de la section 4 sont couvertes par :

« 1^o Des cotisations à la charge des assurés, assises sur une base forfaitaire ou sur la pension mentionnée à l'article L. 721-9 ;

« 2^o Des cotisations à la charge des associations, des congrégations ou collectivités religieuses dont relèvent les assurés, assises sur une base forfaitaire ;

« 3^o Les recettes résultant de l'application de l'article L. 134-14 ;

« 4^o Une contribution du fonds institué par l'article L. 135-1 dans les conditions fixées par l'article L. 135-2 ;

« 5^o Des recettes diverses ;

« 6^o En tant que de besoin, une contribution de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

« II. – Les taux des cotisations et les bases forfaitaires mentionnés au I sont fixés par décret, après avis du conseil d'administration de l'organisme mentionné à l'article L. 721-2.

« Sur la demande des administrateurs représentant chacun des cultes, le conseil d'administration de l'organisme men-

tionné à l'article L. 721-2 peut répartir entre les associations, congrégations et collectivités religieuses les montants des cotisations que celles-ci doivent verser compte tenu des capacités contributives de chacune d'elles et des charges que le régime supporte de leur fait. »

II. – L'article L. 721-6 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. L. 721-6. – Sous réserve des dispositions de l'article L. 721-5, la pension de vieillesse est calculée, liquidée et servie dans les conditions définies au deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article L. 351-1, au premier alinéa de l'article L. 351-2, au 4^e, 5^e et 6^e de l'article L. 351-3, aux articles L. 351-4, L. 351-8 à L. 351-13, L. 352-1, L. 353-1 à L. 353-5 et L. 355-1 à L. 355-3.

« Les prestations afférentes aux périodes d'assurance antérieures au 1^{er} janvier 1998 sont indiquées dans les conditions législatives et réglementaires en vigueur au 31 décembre 1997. Le minimum et le maximum mentionnés à l'article L. 721-6 dans sa rédaction antérieure au 1^{er} janvier 1998 sont revalorisés dans les conditions prévues à l'article L. 351-11. »

III. – La sous-section 5 de la section 2 du chapitre I^{er} du titre II du livre VII du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 721-8-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 721-8-1. – Une convention conclue entre l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et la caisse mutuelle d'assurance vieillesse des cultes détermine les conditions dans lesquelles les sommes nécessaires au paiement des prestations, à la gestion administrative et à l'action sanitaire et sociale sont mises à la disposition de la Caisse mutuelle d'assurance vieillesse des cultes par le régime général ainsi que les conditions dans lesquelles les cotisations mentionnées à l'article L. 721-3 du code de la sécurité sociale sont reversées par cet organisme au régime général. Cette convention est soumise à l'approbation des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. »

IV. – L'article L. 721-10 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 721-10. – Le montant de la pension d'invalidité est forfaitaire. Un décret détermine les modalités de calcul de ce montant, qui ne peut être inférieur à celui de l'allocation aux vieux travailleurs salariés. »

V. – A l'article L. 721-11 du même code, les mots : « la pension d'invalidité à laquelle elle se substitue » sont remplacés par les mots : « l'allocation aux vieux travailleurs salariés ».

VI. – L'article L. 721-4 et la deuxième phrase de l'article L. 721-18 du même code sont abrogés.

VII. – Les disponibilités figurant au bilan de l'exercice 1997 de la Caisse mutuelle d'assurance vieillesse des cultes font l'objet d'un versement à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale pour le compte de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés. Un arrêté pris par les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget fixe le montant et les modalités du versement, qui interviendra au plus tard le 31 mars 1998.

VIII. – Sous réserve des dispositions du VII, les dispositions du présent article prennent effet au 1^{er} janvier 1998.

Article 20

I. – A compter du 1^{er} janvier 1998, les salariés et les anciens salariés de l'ancienne chambre de commerce et d'industrie de Roubaix et leurs ayants droit qui relevaient antérieurement, pour les risques invalidité et vieillesse, du régime spécial de cette chambre sont affiliés ou pris en charge, pour ces risques, par le régime général de sécurité sociale. Il est mis fin à ce régime spécial à compter de la même date.

II. – Les obligations contractées, au titre de ce régime spécial, par la chambre de commerce et d'industrie de Lille-

Roubaix-Tourcoing à l'égard des salariés de l'ancienne chambre de commerce et d'industrie de Roubaix, ses anciens salariés et leurs ayants droit bénéficiaires au 31 décembre 1997 dudit régime spécial sont transférées au régime général de sécurité sociale dans la limite des règles qui sont propres à celui-ci concernant l'âge de l'ouverture du droit, la durée maximale d'assurance et le montant maximal de la pension. Un décret apportera aux règles définies par les articles L. 341-1 à L. 341-4, le 1^{er} de l'article L. 341-6, les deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article L. 351-1 et le 1^{er} de l'article L. 351-11 du code de la sécurité sociale les adaptations rendues nécessaires par ce transfert.

Un décret fixe la contribution au régime général de sécurité sociale incombant à la chambre de commerce et d'industrie de Lille-Roubaix-Tourcoing au titre du transfert de droits défini à l'alinéa précédent.

III. – Pour celles des obligations mentionnées au II ci-dessus qui ne sont pas prises en charge par le régime général de sécurité sociale, la chambre de commerce et d'industrie de Lille-Roubaix-Tourcoing pourvoit, à compter du 1^{er} janvier 1998, aux couvertures complémentaires nécessaires en application des titres I^{er} et II du livre IX du code de la sécurité sociale.

Article 21

La base mensuelle de calcul des allocations familiales mentionnée à l'article L. 551-1 du code de la sécurité sociale est fixée à 2 078,97 F pour la période du 1^{er} janvier 1996 au 31 décembre 1996. A compter de 1997, la revalorisation de cette base est calculée à partir de cette même référence.

Section 3

Prévisions de recettes

Article 22

Pour 1998, les prévisions de recettes, par catégorie, de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement sont fixées aux montants suivants :

	(En milliards de francs)
Cotisations effectives.....	1 034,1
Cotisations fictives	186,9
Contributions publiques.....	62,0
Impôts et taxes affectés.....	403,0
Transferts reçus.....	4,6
Revenus des capitaux.....	1,3
Autres ressources.....	31,1
Total des recettes	1 723,0

TITRE III

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À LA TRÉSORERIE

Section 1

Branche Famille

Article 23

I. – L'article L. 521-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. L. 521-1. – Les allocations familiales sont attribuées à partir du deuxième enfant à charge.

« Ces allocations, ainsi que les majorations pour âge mentionnées à l'article L. 521-3, sont attribuées au ménage ou à la personne dont les ressources n'excèdent pas un plafond qui varie en fonction du nombre des enfants à charge.

« Ce plafond est majoré lorsque chaque membre du couple dispose d'un revenu professionnel ou lorsque la charge des enfants est assumée par une seule personne.

« Les événements susceptibles de modifier le revenu professionnel, tels que divorce, décès ou chômage sont, dans les meilleurs délais, pris en compte pour l'attribution de ces allocations. »

« Le niveau du plafond de ressources varie conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac, dans des conditions prévues par voie réglementaire. »

« Des allocations familiales différentielles sont dues lorsque les ressources excèdent le plafond d'un montant inférieur à une somme déterminée. »

II. - Après le premier alinéa de l'article L. 755-11 du même code, il est inséré deux alinéas ainsi rédigés :

« Les allocations visées à l'article L. 755-12 ainsi que leurs majorations pour âge sont attribuées au ménage ou à la personne dont les ressources n'excèdent pas un plafond déterminé. »

« Les dispositions des troisième, quatrième, cinquième et sixième alinéas de l'article L. 521-1 sont applicables dans le cas visé à l'alinéa précédent. »

III. - L'article L. 755-10 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions de l'article L. 521-1 sont applicables aux personnels mentionnés au présent article. »

IV. - La mise en œuvre d'un plafond de ressources pour le versement des allocations familiales prévue au présent article est transitoire.

Elle s'appliquera jusqu'à ce que soit décidée une réforme d'ensemble des prestations et des aides fiscales aux familles, que le Gouvernement mettra en œuvre, dans un objectif de justice et de solidarité, après avoir réorienté le système existant.

Article 24

I. - L'article L. 842-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1^o Le I est ainsi rédigé :

« I. - Le montant de l'allocation est égal à une fraction, fixée par décret, du montant des cotisations patronales et salariales d'origine légale ou conventionnelle imposées par la loi et de la participation au développement de la formation professionnelle continue, dues pour l'emploi mentionné au premier alinéa de l'article L. 842-1, dans la limite d'un plafond fixé par décret. » ;

2^o a) Il est inséré un II ainsi rédigé :

« II. - Le montant de la fraction et du plafond visés au I sont majorés, dans des conditions fixées par décret, pour le ménage ou la personne dont les ressources sont inférieures à un plafond fixé par décret, lorsque l'allocation de garde d'enfant à domicile est due au titre d'un enfant dont l'âge est inférieur à un âge déterminé. »

b) Le II devient le III ;

3^o Il est ajouté un IV ainsi rédigé :

« IV. - Les plafonds mentionnés aux I, II et III sont revalorisés conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac, dans les conditions prévues par décret. »

II. - Les dispositions du I entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 1998 pour les périodes d'emploi postérieures à cette date.

Section 2

Branche Maladie

Article 25

I. - Il est créé, pour une durée de cinq ans à compter du 1^{er} janvier 1998, un fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé. Ce fonds est géré par la Caisse des dépôts et consignations.

II. - Le fonds finance, par la prise en charge d'aides destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels, l'accompagnement social des opérations de modernisation des établissements mentionnés au premier alinéa de

l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale. Les établissements de santé non visés par cet article peuvent également bénéficier de ces aides dans le cadre d'opérations de regroupement mentionnées par l'article L. 712-8 du code de la santé publique entre l'un ou plusieurs de ces établissements et un ou plusieurs établissements visés par l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale, dans la limite de la dotation du fonds. Sont éligibles aux aides du fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé les opérations agréées par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation compétent dans le respect du schéma régional d'organisation sanitaire.

III. - Les ressources du fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé sont constituées par une contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par décret.

IV. - La répartition entre les différents régimes est effectuée dans les conditions définies à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

V. - Les modalités d'application du présent article sont déterminées par voie réglementaire ; un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'intervention du fonds.

VI. - Pour l'information du Parlement, le Gouvernement lui présente, chaque année, pendant six ans, un rapport rattaché à l'annexe visée au b du II de l'article L. 111-4 du code de la sécurité sociale sur l'utilisation du fonds.

Article 26

I. - L'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

a) Le 1^o est ainsi rédigé :

« 1^o La répartition en montants régionaux du montant total annuel arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction de l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement, des frais d'hospitalisation pris en charge par les régimes d'assurance maladie des établissements ayant passé contrat avec les agences régionales de l'hospitalisation en application des articles L. 710-16 et L. 710-16-2 du code de la santé publique ; en vue de résorber progressivement les inégalités de dotations entre régions, la fixation de ces montants tient compte des besoins de la population, des orientations des schémas régionaux d'organisation sanitaire et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, ainsi que des informations sur l'activité des établissements mentionnés aux articles L. 710-6 et L. 710-7 du code de la santé publique ; les montants régionaux sont répartis par discipline par les agences régionales de l'hospitalisation ; » ;

b) Au 2^o, les mots : « le montant total annuel mentionné au 1^o » sont remplacés par les mots : « le montant total annuel et les montants régionaux mentionnés au 1^o » ;

c) Le 3^o est abrogé et le 4^o, le 5^o et le 6^o deviennent respectivement le 3^o, le 4^o et le 5^o.

II. - Au 4^o de l'article L. 162-22-1 du même code, les mots : « définis au 3^o » sont remplacés par les mots : « définis au 1^o ».

III. - Le 4^o de l'article L. 162-22-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le contrat national tripartite fixe, en particulier, les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminées les mesures, notamment les ajustements des tarifs des prestations, rendues nécessaires par le constat d'un écart entre les montants régionaux, visés au 1^o de l'article L. 162-22-2, toutes disciplines confondues et par discipline, et les dépenses réalisées au niveau de chaque région, toutes disciplines confondues et par discipline. A défaut de dispositions contractuelles, ces modalités sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après information de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et des organisations syndicales les plus représentatives des établissements de santé privés. »

IV. – Au dernier alinéa de l'article L. 162-22-2 du même code, les mots : « le contenu des 1^o à 6^o ci-dessus » sont remplacés par les mots : « le contenu des 1^o à 5^o ci-dessus. »

V. – Les dispositions du présent article sont applicables à compter du 1^{er} janvier 1998.

Article 27

Sont validés, sous réserve de décisions de justice passées en force de chose jugée, les actes pris sur le fondement :

- de l'arrêté du 11 juillet 1991 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels et portant abrogation des dispositions de l'arrêté du 16 mars 1978 complétant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux ;
- de la lettre interministérielle en date du 11 juillet 1991 portant cotation provisoire des actes de scanographie ;
- de la circulaire interministérielle en date du 30 mars 1992 portant cotation provisoire des actes de scanographie ;
- de l'arrêté du 1^{er} février 1993 modifié, modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux et portant cotation provisoire des actes de scanographie ;
- de l'arrêté du 14 février 1994 modifié, modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux et portant cotation provisoire des actes de scanographie ;
- de l'arrêté du 22 février 1995 modifié, modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux et portant cotation provisoire des actes de scanographie.

en tant que leur légalité serait contestée pour un motif tiré de l'incompétence des auteurs de ces arrêtés et circulaires ministérielles.

Section 3

Objectifs de dépenses par branche

Article 28

Pour 1998, les objectifs de dépenses par branche de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de 20 000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres sont fixés aux montants suivants :

	(En milliards de francs)
Maladie, maternité, invalidité, décès	678,5
Vieillesse, veuvage	755,0
Accidents du travail	50,8
Famille	246,9
Total des dépenses	1 731,2

Section 4

Objectif national de dépenses d'assurance maladie

Article 29

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à 613,8 milliards de francs pour l'année 1998.

Section 5

Mesures relatives à la dette et aux plafonds d'avances de trésorerie

Article 30

Est ratifié le relèvement, par le décret n° 97-918 du 8 octobre 1997, du montant dans la limite duquel les besoins de trésorerie du régime général peuvent être couverts par des ressources non permanentes.

Article 31

L'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi modifiée :

1^o A l'article 1^{er}, les mots : « treize ans et un mois » sont remplacés par les mots : « dix-huit ans et un mois » ;

2^o L'article 2 est ainsi rédigé :

« Art. 2. – La Caisse d'amortissement de la dette sociale a pour mission, d'une part, d'apurer la dette mentionnée aux I et II de l'article 4 et, d'autre part, d'effectuer les versements prévus aux III et IV du même article. » ;

3^o L'article 4 est ainsi modifié :

a) Le II devient le III et le III devient le IV ;

b) Il est inséré un II ainsi rédigé :

« II. – La dette de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à l'égard de la Caisse des dépôts et consignations correspondant, d'une part, au financement des déficits accumulés par le régime général de sécurité sociale constatés au 31 décembre 1997 dans la limite de 75 milliards de francs et, d'autre part, à celui de son déficit prévisionnel de l'exercice 1998 dans la limite de 12 milliards de francs, est transférée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale à compter du 1^{er} janvier 1998. » ;

4^o L'article 10 est ainsi modifié :

a) Le II devient le III,

b) Il est inséré un II ainsi rédigé :

« II. – Les sommes correspondant au remboursement par la Caisse d'amortissement de la dette sociale du prêt consenti à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale par la Caisse des dépôts et consignations et mentionné au II de l'article 4 sont réparties, à compter du 1^{er} janvier 1998, entre les fonds nationaux gérés par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale des allocations familiales et la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés dotés d'un compte de report à nouveau négatif aux bilans arrêtés au 31 décembre 1997, et ce, au prorata des montants de ces comptes. Le montant des transferts correspondant à cette répartition est fixé dans les conditions prévues au I. » ;

5^o L'article 11 est abrogé ;

6^o Aux articles 14, 15, 16, 17 et 18, l'année : « 2008 » est remplacée par l'année : « 2013 », et l'année : « 2009 » est remplacée par l'année : « 2014 ».

Article 32

Les besoins de trésorerie des régimes obligatoires de base comptant plus de 20 000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres et des organismes ayant pour mission de concourir à leur financement peuvent être couverts par des ressources non permanentes dans les limites suivantes :

	(En milliards de francs)
Régime général	20,0
Régime des exploitants agricoles	8,5
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	2,5
Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines	2,3
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat	0,5

Les autres régimes obligatoires de base comptant plus de 20 000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres, lorsqu'ils disposent d'une trésorerie autonome, ne sont pas autorisés à recourir à des ressources non permanentes.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 19 décembre 1997.

JACQUES CHIRAC

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,

LIONEL JOSPIN

La ministre de l'emploi et de la solidarité,
MARTINE AUBRY

*Le ministre de l'économie,
des finances et de l'industrie,*
DOMINIQUE STRAUSS-KAHN

Le ministre de l'agriculture et de la pêche,
LOUIS LE PENSEC

Le secrétaire d'Etat à la santé,
BERNARD KOUCHNER

Le secrétaire d'Etat au budget,
CHRISTIAN SAUTTER

(1) Loi n° 97-1164.

- Travaux préparatoires :

Assemblée nationale :

Projet de loi n° 303 ;

Rapport de MM. Claude Evin, Denis Jacquat, Alfred Recours et Mme Dominique Gillot, au nom de la commission des affaires culturelles, n° 385 ;

Avis de M. Augustin Bonrepaux, au nom de la commission des finances, n° 386 ;

Discussion et adoption le 4 novembre 1997.

Sénat :

Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, n° 70 (1997-1998) ;

Rapport de MM. Charles Descours, Jacques Machet et Alain Vassel, au nom de la commission des affaires sociales, n° 73 (1997-1998) ;

Avis de M. Jacques Oudin, au nom de la commission des finances, n° 79 (1997-1998) ;

Discussion et adoption le 18 novembre 1997.

Assemblée nationale :

Projet de loi, modifié par le Sénat, n° 446 ;

Rapport de M. Alfred Recours, au nom de la commission mixte paritaire, n° 450 ;

Sénat :

Rapport de M. Charles Descours, au nom de la commission mixte paritaire, n° 91 (1997-1998).

Assemblée nationale :

Projet de loi, modifié par le Sénat, n° 446 ;

Rapport de MM. Alfred Recours, Claude Evin, Denis Jacquat, Mme Dominique Gillot, au nom de la commission des affaires culturelles, n° 454 ;

Discussion et adoption le 25 novembre 1997.

Sénat :

Projet de loi, adopté avec modifications par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, n° 108 (1997-1998) ;

Rapport de M. Charles Descours, au nom de la commission des affaires sociales, n° 119 (1997-1998) ;

Discussion et rejet le 1^{er} décembre 1997.

Assemblée nationale :

Projet de loi, rejeté par le Sénat en nouvelle lecture, n° 492 ;

Rapport de MM. Alfred Recours, Claude Evin, Denis Jacquat, Mme Dominique Gillot, au nom de la commission des affaires culturelles, n° 494 ;

Discussion et adoption, en lecture définitive, le 2 décembre 1997.

- Conseil constitutionnel :

Décision n° 97-393 DC en date du 18 décembre 1997 publiée au Journal officiel de ce jour.

ANNEXE

RAPPORT SUR LES ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE ET LES OBJECTIFS QUI DÉTERMINENT LES CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER

La loi organique du 22 juillet 1996 a prévu que la loi de financement de la sécurité sociale approuverait chaque année un rapport définissant les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et les conditions générales de l'équilibre de la sécurité sociale.

Préserver, améliorer, renforcer notre système de protection sociale, donner à chacun la meilleure chance de garder la

santé, tels sont les objectifs du Gouvernement à l'occasion de cette loi de financement. Ils s'expriment dans trois priorités :

- améliorer la santé : l'objectif de la politique de santé, c'est d'identifier au mieux les besoins de santé des populations, de développer et d'organiser au mieux les moyens de prévention comme de soins pour y répondre ;
- réduire les inégalités et prêter une attention particulière aux plus fragiles, tout en consolidant l'universalité de la sécurité sociale ;
- retrouver l'équilibre financier de la sécurité sociale, condition de sa pérennité, à la fois par un financement plus assuré et plus équitable et par une maîtrise des dépenses au service de l'impératif de meilleure utilisation des ressources.

Condition de la cohésion sociale, élément essentiel de la garantie des droits fondamentaux, outil majeur de solidarité, la protection sociale concerne tous les citoyens. C'est à eux qu'il appartient, en définitive, de définir les priorités de la protection sociale et le volume global de moyens que la collectivité entend y consacrer. C'est le sens de l'intervention du Parlement, essentielle pour débattre et fixer les objectifs de la protection sociale. Cette exigence de démocratie doit se retrouver sur le terrain, dans la construction des priorités concrètes de l'action, en particulier dans le domaine de la santé. Elle se traduit aussi dans le rôle des caisses de sécurité sociale et de leurs conseils d'administration. Elle suppose une plus grande transparence sur l'état sanitaire et social de notre pays et le fonctionnement de notre système de protection sociale.

1. UNE POLITIQUE DE SANTÉ AU SERVICE DES POPULATIONS

Au regard des indications très synthétiques que sont l'espérance de vie totale et l'espérance de vie sans incapacité, l'état de santé de la population française apparaît satisfaisant, que ce soit par référence à des pays comparables ou que ce soit en termes d'évolution. L'espérance de vie s'allonge et les années de vie gagnées sont des années de vie en bonne santé.

Il subsiste cependant un écart très important entre l'espérance de vie à la naissance des femmes (81,9 ans) et celle des hommes (74,0 ans) en 1996 (données provisoires). La mortalité prématurée est importante par rapport aux autres pays. Elle est notamment liée à l'alcoolisme, au tabagisme, mais aussi aux accidents et morts violentes. De nouvelles maladies iatrogènes ou transmissibles se développent. En outre, demeurent des inégalités importantes entre groupes sociaux et entre régions. En 1993, l'espérance de vie des hommes est de 70,4 ans dans le Nord-Pas-de-Calais et de 75,1 ans en Midi-Pyrénées ; pour les femmes, respectivement, 79,4 et 82,4 années. Et l'on constate une accentuation de ces disparités dans les années récentes. Certains groupes sociaux sont de plus en plus vulnérables.

Ces situations sont, pour partie, la conséquence de l'évolution des conditions socio-économiques, et notamment de la montée du chômage, de la précarité et de l'exclusion. Elles appellent aussi une politique de santé publique renforcée, qui tire le meilleur parti de l'ensemble des moyens de santé, au service des populations.

1.1. L'impératif de la participation

La politique de santé concerne tout le monde, professionnels de santé, élus, associations et, en définitive, chaque citoyen. Leur participation à la construction des priorités de santé est une condition pour atteindre les objectifs de la politique de santé : une meilleure réponse aux besoins de la population, une plus grande efficacité du système de soins et de tout ce qui peut concourir à une meilleure utilisation des masses financières affectées à la couverture maladie, une amélioration de la qualité, une meilleure adhésion des populations à ces choix. C'est pourquoi le Gouvernement

mettra en œuvre des états généraux de la santé, en liaison avec la Conférence nationale de santé, qui se concluront à l'automne prochain. Il s'agit de permettre l'organisation d'un très large débat public autour des objectifs de santé, des droits des patients et de l'organisation du système de soins. Ces états généraux comporteront une première étape, au niveau régional, à laquelle seront associées les conférences régionales de santé. Par ailleurs, le Gouvernement étudiera la possibilité de doter, d'une part, la Conférence nationale de santé de moyens lui permettant de définir des orientations précises pour la prise en charge des soins et, d'autre part, les conférences régionales de santé de moyens et de structures permanentes afin de suivre, en liaison avec les observatoires régionaux de santé, l'évolution des besoins de santé et de la situation sanitaire des populations et de mieux préparer leurs travaux.

Dans le même esprit, et en liaison étroite avec ces démarches, afin de disposer rapidement de documents d'orientation servant de base à la nécessaire reconstitution des établissements de santé, les schémas régionaux d'organisation sanitaire seront remis en chantier avec un double objectif : partir des besoins de santé des populations et impliquer, dans leur élaboration, toutes les parties concernées, dès l'amont de celle-ci.

Par ailleurs, la création, en 1998, au sein du ministère, dans le champ de la santé et des affaires sociales, d'une direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques devrait permettre de disposer de données d'ensemble cohérentes à partir des productions des systèmes d'information existants dans le domaine de la santé et, plus largement, du social.

Son action favorisera la mise en cohérence, la transparence des différents éléments d'information disponibles, la production de nouveaux matériaux et la recherche, au service des pouvoirs publics, des décideurs de toute nature, des professionnels, de la population, et, en définitive, du débat public. Elle s'appliquera en particulier à mettre en place, en liaison avec les caisses nationales de la sécurité sociale, un outil de suivi des objectifs de dépenses par branche de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants votés par le Parlement.

1.2. Une politique de la santé publique renforcée

Réunie les 30 juin, 1^{er} et 2 juillet 1997 à Lille, la Conférence nationale de santé a souligné la permanence des orientations qu'elle avait exprimées en 1996 et mis l'accent sur quatre objectifs :

- renforcer la prévention et la promotion de la santé des enfants, des adolescents et des jeunes ;
- améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge des cancers ;
- diminuer l'incidence des affections iatrogènes et des infections nosocomiales ;
- réduire les inégalités de santé inter et intrarégionales.

Le Gouvernement partage les priorités de la Conférence nationale de santé. Il agira, en particulier, dans les directions suivantes :

1.2.1. L'impératif de prévention

1.2.1.1. Renforcer l'action à l'égard de l'alcoolisme et du tabagisme qui sont responsables de plus de 20 % des décès

A cet égard, le Gouvernement confirme sa volonté d'appliquer intégralement la loi Evin et son opposition à toute dérogation concernant la publicité en faveur de l'alcool, même lorsqu'il s'agit de la Coupe du monde de football en 1998. Les taxes sur le tabac sont relevées de 1,3 milliard de francs, qui serviront à financer des actions de prévention et d'éducation sanitaire concernant, notamment, la lutte contre l'alcoolisme, le tabagisme et la toxicomanie.

Le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme (centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie), qui pratique

une prise en charge globale, à la fois sanitaire et sociale, sera renforcé. Le Gouvernement entend améliorer, en 1998, sa reconnaissance juridique et la prise en charge financière des soins qu'il administre.

1.2.1.2. Développer la promotion de la santé des enfants, des adolescents et des jeunes

Un effort tout particulier devra être fait en matière de périnatalité.

Cette priorité s'insère dans l'objectif plus large d'un renforcement des actions auprès de la jeunesse, dans le cadre scolaire et extra-scolaire.

La promotion de la santé en milieu scolaire sera renforcée en développant, d'une part, l'éducation sanitaire qui relève de l'enseignement et, d'autre part, les services de santé scolaire qui relèvent de la médecine scolaire. Le Gouvernement développera les services de médecine scolaire, en particulier en facilitant des reconversions de médecins libéraux dans la médecine scolaire et en favorisant l'accès des médecins de ville en milieu scolaire. Les services de médecine scolaire devront organiser, en lien avec les chefs d'établissement, l'éducation à la santé dès le primaire.

Le Gouvernement entend simplifier les dispositifs et améliorer la coordination des intervenants en matière de santé des enfants et des adolescents. Des expériences pilotes seront menées dès 1998, et notamment dans le cadre des programmes régionaux de santé. Le problème de l'accueil, de la prise en charge et du suivi des jeunes en souffrance sera prioritairement examiné.

La prévention du saturnisme infantile sera renforcée. Un programme systématique de dépistage des intoxications au plomb sera mis en place en 1998. Parallèlement, le dépistage des immeubles à risque et le programme de réhabilitation seront étendus à l'ensemble du territoire national.

Un programme de prévention bucco-dentaire est mis en place par la CNAMTS (Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés) dans le cadre d'un accord entre celle-ci et l'Etat.

1.2.1.3. Améliorer la prévention et le dépistage des cancers

Outre les mesures contre l'alcoolisme et le tabagisme, qui sont une cause essentielle de surmortalité par le cancer dans notre pays, sera développé, dans le cadre d'un accord entre l'Etat et la CNAMTS, un programme renforcé de dépistage. En particulier, le dispositif de dépistage systématique des cancers du sein et du col de l'utérus sera renforcé afin de couvrir l'ensemble du territoire, d'ici à l'an 2000.

Pour garantir la chaîne de qualité dans le dépistage, sera créé, d'ici à la fin de cette année, un Comité national de pilotage du dépistage.

1.2.2. Le renforcement des actions de santé publique

1.2.2.1. Lutter contre les infections nosocomiales et les affections iatrogènes

Dans ces domaines, notre pays a un effort particulier à faire. Le Gouvernement a décidé d'accélérer la mise en place des équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière, ce qui implique des engagements supplémentaires de 182 millions de francs sur trois ans. De même, sera engagée la généralisation de ce processus dans les établissements privés. En particulier, sera étendue l'obligation de mise en place des comités de lutte contre les infections nosocomiales. En outre, l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) entame une expertise collective sur les maladies et accidents dus aux médicaments et à leurs modalités de prescription.

1.2.2.2. Renforcer la lutte contre les maladies transmissibles

Le sida : au cours de l'année 1997, la lutte contre l'infection VIH s'est caractérisée notamment par l'efficacité des associations thérapeutiques antirétrovirales. Même si ces

traitements comportent des limites (effets secondaires, résistances, incertitude sur l'efficacité à long terme), on a constaté une diminution importante des nouveaux cas de sida depuis un an. Cependant, on estime de 4 000 à 5 000 par an les nouvelles contaminations. Et l'accès au dépistage n'est pas suffisant puisqu'un tiers des personnes atteintes ne connaissent leur infection qu'au stade de la maladie. Plus que jamais, l'attention doit être portée sur la prévention. L'information du public et la formation des professionnels seront renforcées en 1998, de façon coordonnée, en prenant en compte ces éléments. Enfin, la prise en charge du VIH par la médecine de ville et la mise en place des réseaux de soins seront développées dès la fin 1997 et en 1998.

L'hépatite C est une infection grave. Sa prévalence dans la population générale est estimée à environ un demi-million de personnes, dont un quart seulement connaît son statut sérologique. Le Gouvernement mènera en 1998 une politique active d'incitation au dépistage de l'hépatite C, à travers un élargissement des missions des centres de dépistage anonymes et gratuits, le développement d'une stratégie de dépistage, fondée sur le volontariat, notamment en milieu pénitentiaire, un développement des réseaux ville-hôpital « hépatite C ».

1.2.2.3. Poursuivre la lutte contre la toxicomanie et la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogues

Le Gouvernement renforcera les stratégies de prévention en direction des plus jeunes avec le souci d'une approche globale. Les lieux de prévention et d'orientation vers des prises en charge sanitaires et sociales, notamment en direction des toxicomanes sortant de prison et des plus marginalisés, seront augmentés. La coordination entre la médecine de ville, l'hôpital et les centres spécialisés sera renforcée. Les crédits de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie seront renforcés en 1998.

1.2.2.4. Lutter plus efficacement contre le dopage en matière sportive

La prévention et le contrôle des substances dopantes seront renforcés. La recherche contre le dopage sera accrue, notamment en vue de permettre le dépistage de substances actuellement indétectables.

1.2.2.5. Développer une politique active des soins palliatifs. Faire de la lutte contre la douleur une priorité de santé publique

Un premier plan d'action sera mis en œuvre en 1998 comportant une information large du public, un renforcement de la formation initiale et continue des médecins et une amélioration de l'organisation des soins. Par ailleurs, le Gouvernement établira, avant la fin de l'année 1998, un bilan de l'application des dispositions de la loi hospitalière du 31 juillet 1991 prévoyant que les établissements de santé mettent en œuvre les moyens, définis dans leur projet d'établissement, propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent et ont l'obligation de leur dispenser les soins palliatifs que requiert leur état.

1.2.2.6. Prévenir, reconnaître et traiter en tant que tels les maladies professionnelles et les accidents du travail

Une politique forte s'avère nécessaire dans ce domaine, avec un dispositif de reconnaissance des maladies professionnelles et des accidents du travail. Il conviendra de renforcer le rôle et les moyens de la médecine du travail et des comités d'hygiène et sécurité. Un rapport sera présenté sur ces points au Parlement à l'appui de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999.

1.2.3. Une nouvelle impulsion à la veille et à la sécurité sanitaire

Après la réforme de l'organisation sanitaire en 1992 et au début de l'année 1993 – qui a vu notamment la création du

Réseau national de santé publique, de l'Agence du médicament et de l'Agence française du sang –, le Gouvernement souhaite franchir une nouvelle étape pour tenir compte de l'évolution de notre système de santé et pour que l'Etat s'organise afin de conduire une politique active de prévention du risque.

Le renforcement de la veille et de la sécurité sanitaire passe d'abord par la mise en place de trois institutions nouvelles :

- l'Institut de veille épidémiologique aura en charge l'observation et la surveillance permanentes de l'état de santé de la population et un rôle d'information et d'alerte des pouvoirs publics à partir des données épidémiologiques recueillies. La création de cet établissement public, par transformation du Réseau national de santé publique, répond à la nécessité de remédier à la dispersion de l'information sur les maladies qui nuit à l'efficacité de la politique de santé publique dans notre pays ;
- une agence chargée de la sécurité sanitaire assurera l'évaluation et le contrôle de l'ensemble des produits de santé. Elle assurera des missions, qui sont aujourd'hui réparties entre plusieurs administrations, ou qui ne sont pas suffisamment assurées. Elle sera dotée d'une forte capacité d'expertise interne et externe pour mener à bien ses missions ;
- la création d'une agence chargée de la sécurité alimentaire répond à l'impératif d'une politique active dans le domaine de la protection de la santé au regard des risques d'origine alimentaire, dont la crise de l'encéphalopathie spongiforme bovine a montré l'importance.

L'efficacité de la sécurité sanitaire – au-delà des responsabilités fondamentales que l'Etat doit assumer – repose aussi sur la participation de tous, en particulier des professionnels de santé. Le Gouvernement s'emploiera à ce que celle-ci soit une composante importante des actions de formation, des projets d'établissement et de la politique d'évaluation et de recherche. L'évaluation des pratiques professionnelles, la diffusion de recommandations doivent s'inscrire dans cette perspective.

Un crédit de 80 millions de francs est prévu en loi de finances pour renforcer les moyens des institutions en charge de la sécurité sanitaire. Au total, les programmes et dispositifs de l'Etat en faveur de la protection sanitaire de la population (hors programme spécifique de lutte contre l'alcoolisme, le tabagisme, la toxicomanie et le sida) se montent à 490 millions de francs, en augmentation sensible par rapport à 1997 (430 millions de francs).

En outre, la convention entre l'Etat et la CNAMTS permettra de dégager 300 millions de francs pour de nouvelles actions de prévention respectant les priorités de santé publique retenues par la Conférence nationale de santé et le Parlement dans la loi de financement de la sécurité sociale. Enfin, le renforcement de l'implication des généralistes dans la prévention et leur participation aux actions de santé publique décidées dans le cadre de l'option conventionnelle devraient également favoriser cette nouvelle impulsion de la politique de santé publique.

1.3. Un système de soins plus efficace et tourné vers les besoins de santé

L'engagement et la compétence des personnels, à la ville et à l'hôpital, le haut niveau technique des installations permettent à notre système de soins de dispenser, globalement, des soins de haute qualité. En même temps, il subsiste des pertes d'efficacité, des gaspillages, conjointement à des besoins mal satisfaits. Les difficultés d'accès aux soins des plus démunis, comme les fortes inégalités inter et intra-régionales et entre catégories sociales, sont des illustrations de cet état de fait. Parallèlement, le vieillissement durable de la population réclame, à l'évidence, le développement de capacités de soins spécifiques.

Les comparaisons menées avec les pays voisins montrent que la dépense de santé est relativement élevée dans notre pays malgré un taux de remboursement moyen parmi les plus bas. Il existe, à l'évidence, des marges de manœuvre pour que, tout à la fois, notre système de santé réponde, dans les meilleures conditions, à des besoins croissants de la population, tout en améliorant son efficacité globale. C'est la volonté forte du Gouvernement de mener à bien ce double objectif en s'appuyant sur l'engagement des professionnels et des populations, sans lequel rien de profond ni de durable n'est possible.

1.3.1. *Dégager les priorités des systèmes de soins à partir des besoins de santé*

Si on veut tout à la fois maîtriser les dépenses de santé, améliorer la qualité des soins et répondre aux besoins légitimes et croissants de la population, une recomposition progressive de notre système de soins, appuyée sur les besoins de santé, est indispensable. La définition de ces besoins doit s'appuyer naturellement sur les comparaisons statistiques, les données épidémiologiques, les travaux d'experts, mais aussi sur les points de vue des professionnels et les attentes des populations. C'est dans cet esprit que le Gouvernement va lancer les états généraux de la santé. C'est avec la même préoccupation que le Gouvernement met en place un nouveau processus d'élaboration des SROS (schémas régionaux d'organisation sanitaire), qui se mettra en œuvre dès la fin 1997, pour la construction d'une nouvelle génération de ces schémas, selon une méthode d'élaboration interactive, avant la fin de l'année 1998. Le point de départ de la démarche sera la prise en compte des besoins de santé et des conditions de vie et de déplacement des populations. A partir de ces éléments, les nouveaux SROS définiront la part qui revient à l'hospitalisation dans la satisfaction de ces besoins et, corrélativement, éclaireront la place de la médecine de ville et les liens entre le sanitaire et le médico-social. L'implication des professionnels, des élus et de la population sera effective à toutes les étapes et pas seulement en fin de parcours. Les conférences régionales de santé seront étroitement associées à ce processus. L'animation de cette démarche reposera à la fois sur les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), appuyées par les directions régionales d'administration sanitaire et sociale et les caisses régionales d'assurance maladie, et sur l'engagement de professionnels et de personnalités ayant une légitimité dans le domaine de la santé. Ces démarches doivent tout à la fois améliorer la pertinence des schémas, asseoir leur légitimité aux yeux des élus et des populations et renforcer leur opérabilité.

1.3.2. *Consolider le rôle de l'hôpital par une recomposition progressive du tissu hospitalier et une amélioration de son organisation interne*

L'hôpital est une composante centrale de notre système de soins. Développant les technologies les plus modernes, il est en même temps ouvert à toutes les catégories sociales. S'appuyant sur un personnel mobilisé et de haute qualification, il rend de grands services à la population. Cet apport est essentiel. Le Gouvernement tient à le souligner. Il se traduira, en 1998, dans l'évolution des budgets hospitaliers, sensiblement supérieure à celle que nous avons connue en 1997.

En s'appuyant sur les nouveaux SROS, les ARH mèneront une politique active de recomposition du tissu hospitalier, avec le souci du décloisonnement des différentes composantes de l'offre de soins et des découpages actuels des secteurs sanitaires et du développement de réseaux. A partir d'une vision d'ensemble des enjeux de santé sur leur territoire, et avec le souci d'une légitimité démocratique renforcée, les ARH passeront avec les hôpitaux des contrats pluriannuels, qui traduiront leurs priorités stratégiques, telles qu'elles doivent ressortir des SROS, en prenant en compte leur projet d'établissement.

La recomposition du tissu hospitalier reposera sur trois critères indissociables : le besoin, la qualité et l'efficacité.

L'hôpital doit en priorité répondre aux besoins de la population, qui évoluent dans leur nature, dans leur ampleur et dans leur localisation. L'hôpital doit, en outre, offrir des prestations de qualité conformes aux exigences professionnelles et dans le respect des normes de sécurité. L'hôpital, enfin, doit être une organisation efficiente.

Les inégalités à l'intérieur du système hospitalier seront combattues. Le Gouvernement veillera à assurer une plus grande transparence dans les procédures relatives aux relations entre l'Assistance publique - hôpitaux de Paris (AP-HP) et l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France. La politique de réduction des inégalités entre régions sera poursuivie, à partir de critères affinés comme le recommande la Conférence nationale de santé, en s'appuyant notamment sur les travaux du Haut Comité de la santé publique. En outre, les inégalités entre établissements seront également réduites en tenant compte de la disparité qui peut exister entre la zone d'influence d'un établissement et le découpage administratif auquel il est soumis. Enfin, l'objectif des cliniques privées sera régionalisé, comme le prévoit la loi, afin de rapprocher les modes de régulation des deux secteurs de l'hospitalisation.

Pour faciliter ces évolutions, l'Etat met en place un fonds de modernisation hospitalière, doté de 500 millions de francs (en autorisations de programme), dès 1998, destiné à financer des investissements nécessaires à la recomposition. Parallèlement, un fonds de 300 millions de francs financé par l'assurance maladie facilitera les adaptations sociales liées à ces évolutions.

Une impulsion aux actions de réorganisation interne des hôpitaux sera donnée dans le triple souci de l'amélioration de la qualité des soins, du renforcement de l'efficacité et de l'amélioration des conditions de travail du personnel. Dans le même esprit, seront étudiés les moyens d'améliorer les modes de gestion interne de l'hôpital. Sur la base des observations de la Cour des comptes relatives à l'activité libérale des praticiens hospitaliers, une attention particulière sera portée à l'évolution des règles d'encadrement de cette activité libérale et à leur contrôle.

L'objectif de qualité des soins sera renforcé, grâce au développement des procédures d'accréditation et de l'évaluation des pratiques, outils au service de l'hôpital, des professionnels et, en définitive, des patients. C'est dans cet esprit que l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) développera son activité en lançant, dès réception des premières demandes, les premières procédures d'accréditation des établissements de santé.

1.3.3. *Impliquer les professionnels dans la régulation de la médecine de ville*

Les dépenses de médecine de ville sont le résultat de millions d'actes et de prescriptions réalisés par de très nombreux professionnels. L'évolution des connaissances, des techniques, des médicaments conduit à une évolution des pratiques. La diversité des patients et de leurs modes de vie rend inévitable une multiplicité des pratiques médicales.

C'est dans ce contexte qu'il faut concevoir la régulation des dépenses de médecine de ville. Celle-ci s'appuie sur deux types de dispositifs, tous deux nécessaires, tous deux, en eux-mêmes, insuffisants :

- la régulation globale qui s'articule autour d'objectifs, d'enveloppes et de mécanismes propres à assurer leur mise en œuvre. Fixer ainsi un cadre général à l'évolution des dépenses est nécessaire pour assurer la pérennité de notre système de couverture maladie, qui ne survivrait ni au déficit permanent ni à la hausse constante de cotisations ou à la diminution des remboursements. Pour autant, ces objectifs ne garantissent pas en eux-mêmes la qualité des soins ni l'adéquation des ressources aux besoins ;
- la maîtrise médicalisée qui vise à bannir les pratiques dangereuses et inutiles, mais plus largement à améliorer, en continu, les interventions des professionnels. Personne ne conteste la nécessité d'éviter des gaspils

lages. Mais cela ne passe pas seulement par des normes car l'acte médical ne peut s'enfermer dans des protocoles uniformes, et la relation entre un patient et son médecin ou d'autres professionnels de santé n'obéit pas à des standards. Et il ne s'agit pas seulement de combattre les fautes et les déviations, mais aussi de permettre une amélioration permanente des pratiques professionnelles.

Le Gouvernement entend donc mener une politique de régulation des dépenses de médecine de ville, en s'appuyant sur ces deux types de dispositifs, qui sont complémentaires. Cela passe par une implication plus grande des professionnels dans les dispositifs de régulation, qui ne peuvent fonctionner qu'avec leur adhésion et leur participation. Cette perspective repose sur la conviction que les intérêts des professionnels et de la protection sociale, loin d'être antagonistes, sont convergents.

Le Gouvernement est prêt au dialogue sur les moyens d'améliorer les dispositifs de régulation globale, avec le souci, sauf événement particulier et inattendu, d'assurer le respect des enveloppes fixées en début d'année en fonction de l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement dans la loi de financement de la sécurité sociale. Il a indiqué aux représentants des professions qu'il était prêt à étudier leurs propositions. La maîtrise médicalisée doit également évoluer. Organisée aujourd'hui autour des références médicales opposables (RMO), elle doit s'enrichir par la diffusion de recommandations de bonne pratique. C'est, d'ailleurs, un enjeu central de l'option conventionnelle. Le Gouvernement souhaite prendre, en lien avec la profession, des initiatives pour dynamiser l'activité des unions régionales de médecins libéraux en faveur de l'évaluation des pratiques professionnelles, en vue de l'amélioration des soins, d'une participation active à l'informatisation et aux systèmes d'information de santé et, plus largement, de renforcer leur place dans le système de soins et dans les actions en faveur de la santé publique. Il favorisera également le développement d'expérimentations de réseaux de soins, avec le souci de la qualité des soins, de la non-sélectivité des patients, de la coordination des intervenants et de l'économie des moyens mis en œuvre. Dans ce contexte, la coopération ville-hôpital constitue un objectif essentiel. Le Gouvernement s'emploiera à étudier la situation des infirmières et infirmiers libéraux. Il s'attachera à prendre en compte les spécificités de l'exercice de cette profession, notamment en milieu urbain.

L'informatisation de notre système de santé peut être un levier majeur pour les progrès de notre système de soins libéral. Provoqué par la volonté d'automatiser les remboursements, il est important que ce projet acquière une dimension plus large au service des professionnels et de la qualité des soins : volet d'information médicale de la future carte d'assuré social, développement des échanges d'informations entre praticiens pour une meilleure cohérence du suivi des patients, diffusion de logiciels d'aide à la prescription et de référentiels de bonnes pratiques, production d'informations à partir des codages des actes et des pathologies à destination tant des praticiens que des caisses et des organismes publics tels que l'Institut de veille épidémiologique.

Le Gouvernement donnera une impulsion nouvelle à l'informatisation du système de santé, avec le double souci de mettre en place un pilotage cohérent de l'ensemble du projet et de construire un dispositif au service des assurés sociaux, des professionnels et de la qualité des soins.

Il s'engage à accélérer la révision de la nomenclature.

1.3.4. Une attention soutenue à la formation des professionnels de santé

Le Gouvernement a engagé une réflexion sur la réforme des études médicales, tenant compte du changement profond du contexte scientifique et culturel de la médecine et de la santé. Cette indispensable rénovation des études médicales doit permettre de prendre en compte les besoins non satisfaits en matière de prévention, de santé publique, et

d'encourager l'orientation des étudiants dans des disciplines pour lesquelles se fait jour une pénurie, comme l'anesthésie, l'obstétrique et la psychiatrie. Elle doit s'attacher à promouvoir le rôle des médecins généralistes. Compte tenu de l'urgence de la situation, le Gouvernement présentera au Parlement, au cours de l'année 1998, des propositions en vue d'améliorer les conditions d'exercice des spécialités mentionnées ci-dessus dans les établissements participant au service public hospitalier.

La formation médicale continue, consacrée comme un devoir professionnel par le code de déontologie, a été rendue obligatoire par les ordonnances du 24 avril 1996. Le caractère obligatoire est rendu indispensable par la rapidité de l'évolution des connaissances.

Le Gouvernement définira un cadre qui permette au dispositif de la formation médicale continue de fonctionner correctement en répondant aux impératifs de qualité, d'indépendance, de transparence qui, seuls, peuvent garantir son efficacité et son adéquation aux objectifs généraux de la politique de santé. L'organisation de la formation continue doit, en outre, favoriser les échanges entre les différents modes d'exercice professionnel et non pas consacrer les cloisonnements dont souffre notre système de santé.

La même attention sera portée à la formation des autres professions médicales et des professions paramédicales ainsi qu'à la formation médicale continue hospitalière.

1.3.5. Une politique du médicament qui favorise l'innovation et évite les surconsommations

Les dépenses de médicaments représentent 15 % des dépenses de santé, soit un niveau élevé à l'intérieur de l'Union européenne, principalement du fait des consommations très élevées de certains produits.

Pour de nombreuses classes de médicaments, les comparaisons internationales semblent indiquer une surconsommation de médicaments en France. L'Observatoire des prescriptions établira un bilan de l'adéquation entre les prescriptions et les besoins pour les principales classes thérapeutiques, et des objectifs seront définis pour chacune d'elles.

Sur cette base, sera développée la politique conventionnelle avec les industriels, avec l'objectif global de réduction des volumes d'unités vendues, tout en favorisant la recherche de nouvelles molécules. En outre, le Comité économique du médicament fera appliquer, lors de l'inscription ou de la réinscription des médicaments au remboursement, les règles de conditionnement qui viennent d'être redéfinies par la Commission de transparence. De même, l'objectif de limitation des dépenses promotionnelles sera poursuivi avec une vigueur renforcée, dans le cadre de la politique conventionnelle. La taxe sur la publicité pharmaceutique sera aménagée : son taux sera croissant en fonction de la part des dépenses de promotion dans le chiffre d'affaires ; mais la promotion des médicaments génériques bénéficiera d'un abattement. Le rendement de cette mesure est de 300 millions de francs.

Parallèlement, l'utilisation de génériques et de médicaments essentiellement comparables sera encouragée. L'option conventionnelle ouvre également, à cet égard, des perspectives qu'il faudra consolider. Enfin, le Gouvernement mettra à l'étude la mise en œuvre d'un droit de substitution des pharmaciens tenant compte de la nécessaire adhésion des prescripteurs.

Enfin, la qualité de la prescription pharmaceutique sera améliorée, dans le cadre de l'action globale auprès des prescripteurs, de promotion des « bonnes pratiques ». C'est un enjeu essentiel que d'améliorer l'information des prescripteurs. Il y a là un rôle central pour l'action publique dans lequel la CNAMTS doit prendre une place déterminante.

1.3.6. L'assurance maladie ouverte à tous avec une attention particulière aux plus modestes

Le Gouvernement présentera au Parlement, en 1998, un projet de loi permettant la mise en place d'une assurance

maladie universelle. Cette réforme, en rupture avec l'organisation actuelle de la sécurité sociale, vise à offrir à l'ensemble des personnes résidant en France un dispositif garantissant le droit aux prestations en nature de l'assurance maladie. Le système actuel, constitué au fil du temps, est d'une extrême complexité, qui ne garantit pas la sécurité des droits accordés et ne permet pas aux plus défavorisés d'y accéder facilement.

La réforme mise en place garantira à tous les résidents l'accès à la sécurité sociale et, pour les plus démunis, la prise en charge du ticket modérateur. La prochaine mise en œuvre de l'assurance maladie universelle a pour corollaire la généralisation de la contribution des résidents à son financement. C'est le sens de la substitution de la CSG à la cotisation maladie.

2. UNE POLITIQUE DE SÉCURITÉ SOCIALE AXÉE SUR L'APPROFONDISSEMENT DES SOLIDARITÉS

2.1. Une politique familiale davantage tournée vers les familles modestes

L'effort de notre pays en matière de politique familiale, sous forme de prestations sociales et d'aides sociales et fiscales, est important en regard de ce que font les autres pays européens. Il est cependant inégalement réparti. Le Gouvernement souhaite mettre davantage de justice dans les transferts financiers vers les familles, avec le souci d'une appréhension globale de la politique familiale et la volonté de restaurer l'équilibre financier, gravement compromis aujourd'hui, de la branche famille.

2.1.1. Des transferts financiers plus justes

Aujourd'hui, les allocations familiales ne sont distribuées entre dix-huit et vingt ans que si l'enfant est étudiant ou suit une formation en alternance, sous certaines conditions. Elles ne sont pas attribuées à des familles, souvent modestes, qui conservent des enfants à charge, chômeurs ou sans activité particulière. Le Gouvernement a décidé de corriger cette situation pour les jeunes de dix-huit à dix-neuf ans. À l'inverse, les allocations familiales ne seront plus versées pour les familles qui disposent d'un revenu net supérieur à 25 000 F. Ce plafond est majoré de 7 000 F pour les biactifs et les familles monoparentales et de 5 000 F par enfant à partir du troisième. Le Gouvernement veillera à ce que les caisses d'allocations familiales puissent faire face aux évolutions de la situation des ménages concernés. Cela touche 350 000 familles sur un total de 4 500 000 qui perçoivent les allocations familiales. Et, aujourd'hui, ce sont les familles les plus favorisées qui bénéficient des aides les plus importantes. Un couple avec deux enfants qui gagne 700 000 F nets par an reçoit 40 500 F. S'il gagne 100 000 F, il reçoit 9 200 F. Cette mesure sera réexaminée en 1998 à l'occasion de la redéfinition de l'ensemble des aides à la famille.

Par ailleurs, les aides au logement, qui concernent des familles modestes et très modestes (le niveau moyen des ressources annuelles par ménage est estimé à 49 160 F en 1995), ont été revalorisées au 1^{er} juillet 1997, après trois ans de stagnation, ce qui représente un coût, pour la CNAF (Caisse nationale des allocations familiales) de 650 millions de francs. Le Gouvernement entend poursuivre cet effort avec le souci de rapprocher progressivement l'allocation de logement familiale (ALF) et l'aide personnalisée au logement (APL). L'implication des caisses d'allocations familiales dans les fonds de solidarité pour le logement sera généralisée et amplifiée.

2.1.2. Des aides à la garde d'enfants plus justes et mieux orientées

Aujourd'hui, outre les 250 000 enfants de moins de trois ans accueillis à l'école maternelle, près de 500 000 enfants bénéficient d'un accueil aidé ; plus de la moitié est gardée

par une assistante maternelle, ce qui induit le bénéfice de l'AFEAMA (Aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée) ; plus de 40 % sont en crèche et environ 7 % sont gardés à domicile par un salarié, leurs parents bénéficiant de l'AGED (Allocation de garde d'enfant à domicile). Il existe des différences très importantes dans les aides publiques aux différents modes de garde, qui privilégient la garde individuelle (le cumul de l'AGED et de la réduction d'impôt pour emplois familiaux peut représenter une aide publique dépassant 80 000 F par an), au détriment des modes de garde en crèche familiale ou collective.

Le Gouvernement rééquilibrera l'aide aux différents modes de garde. Le taux de prise en charge des cotisations sociales par l'AGED passera de 100 % à 50 %. Ce taux sera toutefois de 75 % et le montant maximal majoré en conséquence pour la garde d'un enfant de moins de trois ans lorsque les ressources du ménage sont inférieures à un plafond annuel de 300 000 F.

Plus largement, le Gouvernement engagera une réflexion sur les conditions d'accueil des petits enfants, afin de favoriser les prises en charge collectives qui assurent un meilleur éveil des enfants et une plus grande mixité sociale.

2.1.3. Une politique de la famille repensée

Au-delà de ses évolutions, la famille reste la cellule de base de l'éducation et de la cohésion sociale. Le Gouvernement entend promouvoir une politique d'aide aux familles, qui prenne en compte la globalité des situations auxquelles elles sont confrontées et des problèmes auxquels elles doivent faire face.

C'est dans cette optique que le Gouvernement a souhaité améliorer les aides au logement qui touchent un aspect essentiel de la vie quotidienne de l'enfant et de sa famille.

La politique de la famille ne se réduit pas à des aides financières. C'est pourquoi, plus largement, le Gouvernement souhaite soutenir les familles dans leur rôle éducatif : accompagnement parental, médiation familiale, aménagement du temps de l'enfant et développement des activités extrascolaires, aide aux devoirs... Le Gouvernement attache une importance toute particulière à une augmentation et une meilleure adaptation des réponses aux besoins des six-seize ans, en particulier dans les quartiers en difficulté. Un programme spécifique dans ces domaines sera présenté en 1998. Les politiques publiques devront particulièrement prendre en compte cet objectif.

La fonction de médiateur sera développée dans tous les organismes dispensateurs de prestations.

Le Gouvernement mettra en place un délégué interministériel à la famille.

Plus largement, le Gouvernement souhaite que la politique à l'égard des familles fasse l'objet d'un réexamen d'ensemble, en ce qui concerne tant la fiscalité, notamment par l'étude de la révision du quotient familial et de l'intégration des allocations familiales dans le revenu imposable, que les prestations familiales et l'ensemble des actions publiques qui y concourent. Dans cette perspective, la question de l'attribution des allocations familiales dès le premier enfant sera examinée. Il s'agit à la fois de tirer les leçons des évolutions qui se produisent dans la société et de proposer une politique efficace et active au service des familles. Le Gouvernement réunira la Conférence de la famille et présentera au Parlement, avant la fin de l'année prochaine, les lignes d'action d'une politique familiale ambitieuse adaptée aux réalités de notre temps.

2.2. Une politique de la vieillesse, au service des plus fragiles, qui tire les conséquences des évolutions démographiques

La situation financière de la branche vieillesse reste déséquilibrée. Cette situation devrait perdurer dans les années à venir à législation constante, sans connaître cependant une aggravation significative jusqu'en 2005. 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. L'observation continue de la situation et des perspectives du système de retraite n'est aujourd'hui pas possible. Pour disposer d'une projection à long terme des régimes de retraite, une réflexion sera engagée sur la mise en place d'un observatoire des retraites. Les mesures financières que le Gouvernement propose au Parlement pour 1998 devraient cependant réduire le déficit du régime général vieillesse de plus de moitié par rapport à son évolution tendancielle. En tout état de cause, le Gouvernement réaffirme sa volonté absolue de sauvegarder le socle de solidarité que constitue le mécanisme de répartition.

La loi instaurant une prestation spécifique dépendance a été votée sous la précédente législature et sa mise en œuvre est largement engagée. Elle comporte des avancées (développement de la coordination gérontologique, élaboration d'un plan d'action personnalisée au domicile du demandeur...), mais aussi des risques, notamment du fait des inégalités de traitement sur le territoire. Un suivi attentif sera assuré avec le Comité national de coordination gérontologique. Au vu des informations recueillies sur les conditions d'application de la loi, il conviendra d'apporter au dispositif en vigueur les améliorations et les réformes nécessaires.

Le Gouvernement a également décidé de proposer au Parlement de créer 7 000 lits de section de cure médicale et 2 000 places nouvelles de services de soins infirmiers à domicile, qui n'ont pas été ouverts faute de financements. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 1998 intègre les moyens financiers destinés à cet effort supplémentaire. En outre, le Gouvernement souhaite mener en 1998 l'indispensable réforme de la tarification des établissements accueillant les personnes âgées.

2.3. Le développement d'actions en faveur des personnes particulièrement vulnérables

2.3.1. Les personnes handicapées

Le Gouvernement renforcera les programmes d'action en faveur des personnes handicapées. Son objectif est de leur apporter des réponses adaptées et diversifiées, conjuguant harmonieusement le respect de leur citoyenneté et de leurs droits, l'exigence d'égalisation des chances et la prise en compte de leurs souhaits légitimes d'une meilleure intégration et vie sociale.

Dans cet esprit, la couverture du territoire en centres d'action médico-sociale précoce sera améliorée par la création de cinq nouveaux centres. L'intérêt de ces structures est manifeste, à travers leurs fonctions de prévention, de dépistage et de diagnostic précoce mais aussi d'aide et d'accompagnement du jeune enfant handicapé et de sa famille, dans le cadre de réseaux coordonnés associant en aval les services d'éducation spécialisés et de soins à domicile et les instituts médico-éducatifs.

Les insuffisances de places pour adultes handicapés ont engendré le dispositif issu de l'amendement Creton, lequel a généré, au fil des ans, des difficultés de gestion de plus en plus importantes. C'est pourquoi un plan d'action sera mis en place à partir de 1998 et, dès le prochain exercice, des moyens nouveaux seront dégagés afin de développer la création de places nouvelles pour l'accueil de ces jeunes adultes, soit en maisons d'accueil spécialisées, soit en foyers à double tarification dont le statut juridique sera conforté.

Par ailleurs, un plan d'action sera initié pour améliorer la prise en charge des personnes atteintes d'un handicap rare (sourds-aveugles, aveugles ou sourds multihandicapés, dysphasiques, personnes handicapées porteuses d'une affection somatique grave). En outre, le programme de création de places médico-sociales adaptées aux traumatismes crâniens sera poursuivi à hauteur de 50 millions de francs.

Enfin, l'accent sera mis sur le développement de la possibilité, pour les personnes handicapées, d'exercer le libre

choix de leurs lieu et mode de vie, en rendant possible le maintien ou le retour, dans leur cadre de vie ordinaire, si elles le souhaitent, grâce au développement des services d'aide à domicile par des formules complémentaires de celles déjà existantes et grâce à un meilleur recours aux aides techniques qui fait l'objet d'une expérimentation en cours dans cinq départements.

3. UN REDRESSEMENT FINANCIER TRÈS IMPORTANT ET UN FINANCEMENT PLUS ASSURÉ QUI CONSOLIDENT LA PROTECTION SOCIALE

En 1997, le régime général connaîtra un déficit d'environ 37 millions de francs. Le Gouvernement entend arrêter l'hémorragie qui touche notre système de protection sociale depuis 1993 et prendre les mesures qui permettent un équilibre financier durable. Par rapport à une évolution tendancielle qui conduirait à un déficit de 33 milliards de francs, le Gouvernement entend faire un effort net supérieur à 20 milliards de francs, à travers des économies et des recettes nouvelles, qui prennent également en compte les dépenses nouvelles déjà présentées. Sur la base des hypothèses économiques disponibles aujourd'hui, le Gouvernement entend parvenir à l'équilibre des comptes en 1999.

3.1. Une évolution maîtrisée des dépenses de santé

L'ONDAM est fixé pour 1998 à 613,6 milliards de francs, soit une augmentation de 2,2 % par rapport à l'année 1997, sensiblement plus importante que celle de l'année dernière (1,7 %). Cette évolution, qui reste rigoureuse, traduit une double volonté : d'une part, notre système de santé doit être à même de répondre, dans les meilleures conditions, aux besoins croissants de la population ; d'autre part, il faut en améliorer l'efficacité globale.

L'évolution des dépenses est moins rapide que celle des prévisions de recettes spontanées, ce qui induit une économie implicite de 9 milliards de francs. La politique de santé contribue également à l'équilibre financier de l'assurance maladie, sans nouveaux déremboursements.

Cette évolution de l'ONDAM est cohérente avec l'évolution globale des dépenses de santé. Expression de la solidarité devant la maladie, le niveau de prise en charge des soins par le système de protection sociale doit, en effet, être maintenu et, dans la mesure du possible, amélioré. Comparé aux autres pays développés, il est relativement faible en France où il se situe à 73,5 %. La fixation d'un objectif de dépenses d'assurance maladie ne conduira pas à une diminution du taux de couverture.

3.2. Une réforme en profondeur du financement de la protection sociale qui élargit l'assiette des cotisations sociales et consolide le financement de la protection sociale

Le financement de la protection sociale en France repose de façon dominante sur la masse salariale, sensiblement plus que dans la plupart des autres pays européens. Cette situation fragilise les comptes de la sécurité sociale, compte tenu de la sensibilité de la masse salariale à la conjoncture, alors que l'évolution des dépenses y est beaucoup moins liée. En outre, elle ne correspond pas, du moins en ce qui concerne les branches famille et maladie, à l'économie des régimes qui visent à toucher tous les résidents. La mise en place de l'assurance maladie universelle en est d'ailleurs la confirmation, en ce qui concerne toute cette branche.

C'est pourquoi le Gouvernement entend élargir l'assiette du financement de la protection sociale, en particulier par la substitution de la CSG à la cotisation maladie, et conforter ainsi les ressources du régime.

La CSG sera augmentée de 4,1 points sur les revenus d'activité et ceux tirés de l'épargne et de 2,8 points sur les revenus de remplacement. Les cotisations maladie des actifs salariés seront fortement réduites. L'augmentation de la CSG prélevée sur les revenus d'activité, de remplacement et du patrimoine soumis à l'impôt sur le revenu au barème progressif sera en totalité déductible du revenu imposable.

Ce transfert a pour objectif :

- de rééquilibrer les prélèvements sociaux entre revenus du travail et du capital. Il est, en effet, équitable que l'ensemble des revenus contribue à un système d'assurance maladie qui vise à s'adresser à tous. Ce rééquilibrage entre les divers types de revenus sera prolongé par l'extension de l'assiette des prélèvements de 1 %, sur les revenus du capital, actuellement affectés à la CNAF et la CNAVTS (Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés), à l'ensemble des revenus du capital concernés par la CSG ;
- d'accroître substantiellement le pouvoir d'achat des actifs salariés et d'une grande part des autres actifs, ce qui contribuera à la relance de la consommation et permettra d'engager, dans les meilleures conditions, les négociations sur la réduction du temps de travail.

Le Gouvernement souhaite, par ailleurs, voir évoluer progressivement l'assiette des cotisations patronales, afin de consolider le financement de la protection sociale. Dans cet esprit, seront poursuivies les réflexions sur les modifications d'assiette, notamment en référence à la valeur ajoutée. L'impact économique des scénarios envisagés sera étudié parallèlement par le Conseil d'analyse économique placé auprès du Premier ministre. Le Gouvernement disposera ainsi de l'ensemble des éléments nécessaires pour engager la réforme.

3.3. Des mesures complémentaires qui consolident le redressement financier

Le projet de loi de financement prévoit de transférer à la CADES la dette du régime général, à nouveau constatée depuis 1996, en dehors de 17 milliards de francs déjà provisionnés au titre de l'année 1996. En conséquence, la perception du RDS sera prolongée de cinq ans. Le taux du RDS restera inchangé. Le Gouvernement présentera à l'appui de

la loi de financement pour 1999 un rapport étudiant les possibilités d'harmonisation des assiettes du RDS et de la CSG.

La cotisation d'allocations familiales des travailleurs indépendants non agricoles est aujourd'hui plafonnée pour une part (0,5 point sur un taux global de 5,4 points), alors qu'ils perçoivent les mêmes prestations que les autres résidents. Le déplaçonnement de 0,5 point restant permettra d'aligner les contributions des différentes catégories d'actifs. Un gain de 300 MF en 1998 et 450 MF en année pleine est attendu de cette mesure.

La taxe sur les contrats de prévoyance passera de 6 à 8 %, ce qui procure une recette supplémentaire de 500 millions de francs.

Les grossistes de distribution pharmaceutiques exercent une fonction de service public en assurant la livraison de médicaments sans délai sur l'ensemble du territoire national. Le développement des ventes directes des laboratoires pharmaceutiques aux pharmacies fragilise ce système de distribution. C'est pourquoi il est proposé de taxer les ventes directes, qui représentent environ 10 % du marché, pour un rendement attendu de 300 millions de francs.

Diverses mesures d'intégration de caisses vieillesse (CCI de Roubaix, Cultes) procureront 300 millions de francs de recettes au régime général en 1998, mais pèseront sur les comptes futurs, compte tenu des déséquilibres démographiques. L'application de la règle commune à la compensation bilatérale entre la CNAMTS et la Caisse de retraite et de prévoyance des employés et clercs de notaires procure un supplément de ressources de 230 millions de francs au régime général. Elle ne remet en cause ni l'existence de ce régime spécial ni sa pérennité.

Enfin, le régime général bénéficiera d'une affectation partielle de l'excédent de la contribution sociale de solidarité des sociétés pour un montant de 2,2 milliards de francs.

CONSEIL CONSTITUTIONNEL

Décision n° 97-393 DC du 18 décembre 1997

NOR : CSCL9702472S

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 1998

Le Conseil constitutionnel a été saisi, les 3 et 4 décembre 1997, par MM. Jean-Louis Debré, François Bayrou, Pierre Mazeaud, Philippe Séguin, Etienne Pinte, Bernard Accoyer, Bruno Bourg-Broc, Jean Charropin, Richard Cazenave, Jean-Claude Lemoine, Jacques Kossowski, Michel Terrot, Serge Poinant, Jacques Godfrain, Philippe Chaulet, Charles Cova, Mme Martine Aurillac, MM. Jean Auclair, Patrick Delnatte, François Baroin, Jean-Claude Etienne, Pierre Lasbordes, Robert Pandraud, Jean-Pierre Delalande, Robert Poujade, Jean-Paul Charié, Patrick Ollier, Christian Estrosi, Arthur Dehaene, Jacques Myard, Jean-Jacques Guillet, Jean-Pierre Giran, Léon Vachet, Jean-Michel Ferrand, Jean-Michel Couve, Mme Michèle Alliot-Marie, MM. Philippe Auberger, François Cornut-Gentille, Mme Françoise de Panafieu, MM. Philippe Briand, André Angot, Alain Juppé, Roland Vuillaume, Bernard Schreiner, Robert Lamy, Christian Jacob, Henri Chabert, Christian Cabal, Thierry Lazaro, Patrice Martin-Lalande, René André, Jean Marsaudon, Jean Ueberschlag, Jacques Pélissard, Jean-Claude Mignon, Alain Cousin, Eric Doltgé, Robert Galley, Jean Tiberi, André Schneider, Didier Julia, Jean-Bernard Raimond, Victor Brial, Frantz Taittinger, Lucien Guichon, Patrick Devedjian, Edouard Balladur, Yves Fromion, Bernard Pons, Olivier de Chazeaux, Renaud Muselier, Louis Guédon, Nicolas Sarkozy, Georges Tron, Mme Christine Boutin, MM. Jean-Pierre Abelin, Mme Nicole Ameline, MM. François d'Aubert, Pierre-Christophe Baguet, Dominique Baudis, Jean-Louis Bernard, Claude Birraux, Jacques Blanc, Mme Marie-Thérèse Boisseau, MM. Bernard Bosson, Loïc Bouvard, Yves Bur, Dominique Bussereau, Pierre Cardo, Hervé de Charette, Pascal Clément, Georges Colombier, René Couanau, Charles de Courson, Yves

Coussain, Léonce Deprez, Laurent Dominati, Renaud Donnedieu de Vabres, Philippe Douste-Blazy, Renaud Dutreil, Charles Ehrmann, Alain Ferry, Nicolas Forissier, Jean-Pierre Foucher, Gilbert Gantier, Germain Gengenwin, Claude Goasguen, François Goulard, Hubert Grimault, Pierre Hellier, Patrick Herr, Mmes Anne-Marie Idrac, Bernadette Isaac-Sibille, MM. Jean-Jacques Jégou, Christian Kert, Marc Laffineur, Edouard Landrain, Jacques Le Nay, Jean-Claude Lenoir, François Léotard, Pierre Lequiller, Maurice Leroy, Roger Lestas, Maurice Ligot, François Loos, Alain Madelin, Christian Martin, Jean-François Mattei, Jean-Pierre Méhaignerie, Pierre Micaux, Mme Louise Moreau, MM. Alain Moyne-Bressand, Yves Nicolin, Dominique Paillé, Bernard Perrut, Henri Plagnol, Jean-Luc Prél, Jean Proriot, Marc Reymann, Gilles de Robien, François Rochebloine, José Rossi, Rudy Salles, André Santini, François Sauvadet, Philippe Vasseur, Gérard Voisin, Pierre-André Wiltzer, députés, et, le 4 décembre 1997, par MM. Jacques Larché, Jean-Claude Carle, Serge Mathieu, Charles Jolibois, Régis Ploton, Jean Puech, James Bordas, Henri Revol, Jean-Marie Girault, Philippe Nachbar, Jean Clouet, Louis Boyer, Christian Bonnet, Jean-Paul Emorine, José Balarello, Bernard Plasait, Mme Anne Heinis, MM. Charles-Henri de Cossé-Brissac, Marcel-Pierre Cléach, Roland du Luart, Henri de Raincourt, Ambroise Dupont, Jean-Philippe Lachenaud, Charles Revet, André Pourny, Guy Poirieux, François Trucy, Jean-Paul Emin, Hubert Falco, Louis-Ferdinand de Rocca Serra, Jean Boyer, Jean Pépin, Mme Janine Bardou, MM. Bernard Barbier, Nicolas About, Henri Torre, Pierre Croze, Michel Pelchat, Philippe de Bourgoing, Bernard Seillier, Jean Delaneau, Jean-Pierre Fourcade, Joël Bourdin, Jean-Paul Amoudry, Jean Arthuis, Alphonse Arzel, Denis Badré, Bernard Barraux, Jacques Baudot, Michel Bécot, Daniel Bernardet, François Blaizot, Mme Annick Bocande, MM. André Bohl, Didier Borotra, Jean-Pierre Cante-grit, Marcel Daunay, André Diligent, André Dulait, André Egu, Pierre Fauchon, Jean Faure, Francis Grignon, Pierre Hérissou,