

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2003-2004

18^e séance

Compte rendu intégral

3^e séance du jeudi 8 juillet 2004

Les articles, amendements et annexes figurent dans le fascicule bleu ci-joint



SOMMAIRE

PRÉSIDENCE DE Mme HÉLÈNE MIGNON

1. **Assurance maladie.** – Suite de la discussion, après déclaration d'urgence, d'un projet de loi (p. 6279).

DISCUSSION DES ARTICLES *(suite)*

Article 9 (p. 6279)

MM. Jean-Luc Prével, Jean Dionis du Séjour, Jean-Michel Dubernard, rapporteur de la commission spéciale.

Amendement n° 8117 de M. Jean-Marie Le Guen : MM. Jean-Marie Le Guen, le rapporteur, Xavier Bertrand, secrétaire d'Etat à l'assurance maladie. – Adoption.

Amendements n°s 8217 de M. Bur et 7857 de M. Jean-Marie Le Guen : MM. Yves Bur, président de la commission spéciale ; Jean-Marie Le Guen, le rapporteur, le secrétaire d'Etat. – Adoption de l'amendement n° 8217 ; l'amendement n° 7857 tombe.

Amendement n° 7670 de Mme Billard : Mme Martine Billard, MM. le rapporteur, le secrétaire d'Etat, Mme Élisabeth Guigou, M. Jean-Marie Le Guen, Richard Mallié, Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale.

Rappels au règlement (p. 6284)

Mmes Élisabeth Guigou, la présidente, Martine Billard.

Reprise de la discussion (p. 6284)

Rejet de l'amendement n° 7670.

Amendement n° 8382 de M. Jean-Marie Le Guen : MM. Gérard Bapt, le rapporteur. – Retrait.

Adoption, par scrutin, de l'article 9 modifié.

Après l'article 9 (p. 6284)

Amendement n° 7858 de M. Jean-Marie Le Guen : MM. Jean-Marie Le Guen, le rapporteur, le ministre, Hervé Mariton, Gérard Bapt. – Rejet.

Amendement n° 7859 de M. Jean-Marie Le Guen : MM. Jean-Marie Le Guen, le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Amendement n° 7860 rectifié de M. Jean-Marie Le Guen : MM. Jean-Marie Le Guen, le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Amendement n° 8417 de M. Dionis du Séjour : MM. Jean Dionis du Séjour, le rapporteur, le ministre.

Sous-amendement n° 8462 du Gouvernement : MM. le rapporteur, Jean Dionis du Séjour, Jean-Marie Le Guen. – Adoption du sous-amendement et de l'amendement n° 8417 modifié.

Amendement n° 8449 de M. Mallié, avec le sous-amendement n° 8459 du Gouvernement : MM. Richard Mallié, le rapporteur, le ministre, le président de la commission spéciale, Jean-Marie Le Guen, Claude Évin, Mme Martine Billard. – Adoption du sous-amendement et de l'amendement modifié.

Article 10 (p. 6289)

MM. Jean-Luc Prével, Gérard Bapt, Jean-Marie Le Guen, Claude Évin, Mme Élisabeth Guigou, M. le rapporteur, Mme Martine Billard, MM. Patrick Braouezec, le ministre.

M. Jean-Marie Le Guen.

Suspension et reprise de la séance (p. 6293)

Amendements de suppression n°s 7018 de M. Jean-Marie Le Guen et 7493 de M. Jean-Luc Prével : MM. Jean-Marie Le Guen, Jean Dionis du Séjour, le rapporteur, le secrétaire d'Etat. – Rejet.

Amendements identiques n°s 2620 à 2631 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : MM. Patrick Braouezec, le rapporteur, le secrétaire d'Etat, Jean-Marie Le Guen. – Rejet.

Amendement n° 8283 de la commission spéciale : MM. le rapporteur, le secrétaire d'Etat. – Adoption.

Amendement n° 8218 de M. Bur : MM. le président de la commission spéciale, le rapporteur, le secrétaire d'Etat, Jean-Marie Le Guen. – Adoption.

Les amendements n°s 8420 de M. Jean-Marie Le Guen, 66 de M. Guillaume, 8270 de Mme Martinez et 7835 de M. Censi tombent.

Amendements identiques n°s 964 à 975 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : MM. Patrick Braouezec, le rapporteur. – Rejet.

Amendement n° 8284 de la commission spéciale : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendement n° 7862 de M. Jean-Marie Le Guen : MM. Jean-Marie Le Guen, le rapporteur. – Rejet.

Amendements identiques n°s 976 à 987 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : MM. Patrick Braouezec, le rapporteur. – Rejet.

Amendements identiques n°s 2632 à 2643 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : MM. Patrick Braouezec, le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Amendements identiques n°s 2644 à 2655 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : MM. Patrick Braouezec, le rapporteur. – Rejet.

Amendements identiques n°s 2656 à 2667 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : MM. Patrick Braouezec, le rapporteur. – Rejet.

Amendements identiques n°s 2668 à 2679 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : MM. Patrick Braouezec, le rapporteur, Gérard Bapt. – Rejet.

Amendements identiques n°s 2680 à 2691 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : MM. Patrick Braouezec, le rapporteur, Jean-Marie Le Guen, le ministre, Mme Martine Billard, M. Claude Évin. – Rejet.

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

2. **Ordre du jour des prochaines séances** (p. 6300).

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENCE DE Mme HÉLÈNE MIGNON, vice-présidente

Mme la présidente. La séance est ouverte.
(La séance est ouverte à vingt et une heures trente.)

1

ASSURANCE MALADIE

Suite de la discussion, après déclaration d'urgence, d'un projet de loi

Mme la présidente. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion, après déclaration d'urgence, du projet de loi relatif à l'assurance maladie (nos 1675, 1703).

Cet après-midi, l'Assemblée a poursuivi l'examen des articles et s'est arrêtée à l'article 9.

Article 9

Mme la présidente. Sur l'article 9, plusieurs orateurs sont inscrits.

La parole est à M. Jean-Luc Prével, inscrit sur l'article.

M. Jean-Luc Prével. Madame la présidente, monsieur M. le secrétaire d'Etat à l'assurance maladie, mes chers collègues, cet article important concerne l'information des assurés. Tout choix doit être éclairé. Or, quoi de plus important que le choix du médecin personnel, avec lequel doit s'établir une relation de confiance ? Comment s'opère-t-il ? Est-il éclairé ? Repose-t-il sur des bases objectives ?

Malgré des dispositions, parfois anciennes, visant à informer les assurés, on choisit souvent son médecin généraliste, son spécialiste ou son lieu d'hospitalisation grâce au bouche-à-oreille, au carnet d'adresses d'amis ou aux palmarès publiés annuellement dans la presse. Désormais, les caisses informeront les assurés sur l'adhésion des praticiens aux principes de bonnes pratiques médicales, sur la formation continue qu'ils ont suivie et sur les évaluations dont ils font l'objet.

Toutefois, le sujet est délicat. Comment le feront-elles ? Comment l'objectivité des informations sera-t-elle garantie ? Comment les intéressés pourront-ils faire rectifier une information incomplète ou erronée ?

Mme la présidente. La parole est à M. Jean Dionis du Séjour.

M. Jean Dionis du Séjour. L'article 9 renforce les dispositions relatives à l'information des assurés par les caisses d'assurance maladie sur l'offre de soins, afin de

contribuer à une meilleure utilisation de cette offre par les assurés sociaux. Il complète donc le chapitre II du code de la sécurité sociale qui, dans son article L. 162-1-11, prévoit que « Les caisses peuvent également mettre en œuvre des services de conseils administratifs ou d'orientation. Ces services doivent permettre aux assurés de disposer des informations nécessaires pour accéder à la prévention et aux soins dans les meilleures conditions. »

Or l'Internet a bouleversé les relations entre médecins et patients provoquée par la diffusion de l'Internet dans notre pays. Nous sommes en train de passer d'une période où chacun – patient, généraliste, praticien hospitalier, universitaire, chercheur – avait des sources d'information propres à une période où l'ensemble des informations sont disponibles pour tous.

Les raisons de cette évolution irréversible sont doubles : en 2007, 70 % des Français utiliseront l'Internet pour des démarches liées à la vie quotidienne, donc pour des démarches de soins et, d'ores et déjà, l'édition, la gestion et la diffusion de ces informations sur Internet se fait avec des moyens très réduits. L'accès au marché de l'édition médicale sur le net est très peu coûteux. L'offre éditoriale de santé va donc s'élargir. Une vraie culture de recherche d'informations médicales, dont l'Internet sera un élément clé, va se constituer.

Cette évolution comporte des aspects très positifs : les patients deviendront les principaux acteurs de la démarche thérapeutique, l'accompagnement psychologique des malades et la prévention en seront améliorés. Les sites d'associations de malades, notamment ceux atteints de maladies rares, jouent le rôle d'un véritable service public pour les personnes isolées.

Pour autant, ne soyons pas des béats du net. Comme pour tout progrès, des nouveaux problèmes surgiront. Il faudra identifier les sites de charlatans, calmer des angoisses collectives comme celles concernant les effets des ondes radio. Il faudra aussi qu'un équilibre s'établisse entre la recherche d'informations par les patients et celle d'une rentabilité pour les éditeurs de sites payants.

Dans ce contexte, au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologies et du sénateur Jean-Claude Etienne, je présenterai un amendement après l'article 9, visant, dans le respect de la liberté d'expression sur l'Internet, à aider les patients à faire le tri et à s'orienter vers les sites de professionnels reconnus.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur de la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à l'assurance maladie.

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur de la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à l'assurance maladie. Cet article est en effet important. Il est bon d'informer les patients, mais la vision de M. Dionis du Séjour est par trop « technologique ». Nous avons besoin de spécialistes des moyens modernes de communication informatique, mais il nous faut contrôler les excès qui existent. Aujourd'hui déjà, des médecins fournissent des informations et consultent sur l'Internet, moyennant

des honoraires. Certains de ces médecins internationaux sont excellents, d'autres ne le sont pas. Il convient donc d'opérer un tri.

Ensuite, qui choisira l'information sur les médecins transmise par les caisses aux patients qui surfent sur l'Internet ? Ils ne sont pas encore très nombreux et ils ne le seront peut-être pas dans les mois et même les années à venir.

M. Jean Dionis du Séjour. ça va venir !

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Sans doute, mais notre devoir est d'assurer un égal accès de tous à une information de qualité. Il convient donc de définir et l'accès à l'information, qui ne peut pas être égale aujourd'hui, et la qualité de l'information, qui doit être égale. De plus, l'information doit être objective. Elle ne peut pas relever d'une vision purement administrative. Nous savons tous que les caisses ou les administrations hospitalières souhaitent que le niveau des médecins soit homogène. Il faut donc se concentrer sur des éléments simples, tels que le niveau de formation continue et les évaluations.

Mais nous touchons un problème très sérieux. Pour ma part, monsieur le secrétaire d'Etat, je vous ai interrogé dans ma présentation du rapport sur la manière dont vous envisagez l'information par Internet. Nous devons y être très attentifs. Je le répète, mon souci, c'est que tous les assurés aient un égal accès à l'information. Or aujourd'hui, l'accès à Internet n'est pas égal.

M. Jean Dionis du Séjour. C'est exact.

Mme la présidente. Les amendements identiques, n^{os} 940 à 951, tendant à la suppression de l'article 9, ne sont pas défendus, non plus que les amendements identiques, n^{os} 2572 à 2583, les amendements identiques, n^{os} 2584 à 2595, les amendements identiques, n^{os} 2596 à 2607, et les amendements identiques, n^{os} 2608 à 2619.

J'indique d'ores et déjà que sur le vote de l'article 9, je suis saisie par le groupe socialiste d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

Je suis saisie d'un amendement n^o 8117.

La parole est à M. Jean-Marie Le Guen, pour le soutenir.

M. Jean-Marie Le Guen. L'article 9 du projet de loi étend la faculté d'information des assurés. Un excellent amendement présenté par Mme Poletti, qui est tombé et n'a pas été repris par le Gouvernement, disait : puisque nous devons informer les assurés, il doivent aussi être informés des procédures d'évaluation et des formations continues auxquelles s'astreignent les professionnels de santé. Cela fait partie de l'information sur la qualité que nous souhaitons voir développer. D'où cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. La commission a adopté cet amendement à l'unanimité.

Mme la présidente. La parole est à M. le secrétaire d'Etat à l'assurance maladie, pour donner son avis sur l'amendement.

M. Xavier Bertrand, secrétaire d'Etat à l'assurance maladie. Plusieurs lectures de l'amendement sont possibles, mais on peut se ranger à l'avis de la commission. Le Gouvernement s'en remet donc à la sagesse de l'Assemblée.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n^o 8117.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements, n^{os} 8217 et 7857, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Yves Bur, pour soutenir l'amendement n^o 8217.

M. Yves Bur, président de la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à l'assurance maladie. Il est défendu, madame la présidente.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen, pour soutenir l'amendement n^o 7857.

M. Jean-Marie Le Guen. Il nous paraît indispensable que les tarifs d'honoraires habituellement pratiqués fassent partie de l'information délivrée par les caisses d'assurance maladie.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur les deux amendements en discussion ?

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. La commission en a accepté le principe. Toutefois, l'amendement que M. Mallié a déposé après l'article 9 me paraît plus complet. Je suggère donc à M. Bur et à M. Le Guen de retirer leurs amendements au profit de l'amendement de M. Mallié.

Mme la présidente. Monsieur le rapporteur, pouvez-vous nous préciser le numéro de l'amendement que vous venez d'évoquer ?

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Il s'agit de l'amendement n^o 8449 portant article additionnel après l'article 9, madame la présidente. Il est ainsi rédigé : « Après l'article 9, insérer l'article suivant : Le Gouvernement mettra à l'étude la création d'un numéro d'appel national dénommé " 33 ". Ce service, accessible aussi sur Internet, délivrerait des informations sur l'offre de soins médicale et médico-sociale disponible et permettrait aux patients d'obtenir des informations médicalisées d'orientation au sein du système de soins... »

C'est un excellent amendement, que M. Mallié nous présentera tout à l'heure.

M. Hervé Mariton. Depuis quand fixe-t-on des numéros de téléphone dans la loi ?

Mme la présidente. La parole est à M. le président de la commission spéciale.

M. Yves Bur, président de la commission spéciale. Mettre à la disposition des assurés un numéro pour obtenir des informations me paraît en effet très intéressant, mais j'observe que tout le monde n'a pas accès à Internet.

M. Jean Dionis du Séjour. C'est vrai !

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Mais il y a le téléphone.

M. Yves Bur, président de la commission spéciale. Tout le monde n'a pas le téléphone non plus, monsieur le rapporteur.

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Mais si !

Mme Martine Billard. Il n'y a pas d'obligation !

M. Hervé Mariton. En effet, ce n'est pas une obligation légale !

M. Yves Bur, *président de la commission spéciale*. Les informations concernant l'évaluation, la formation et naturellement les honoraires constituent un service que les caisses d'assurance maladie doivent pouvoir offrir à tous les assurés dans la transparence.

Mme la présidente. Donc, monsieur Bur, vous maintenez votre amendement n° 8217 ?

M. Yves Bur, *président de la commission spéciale*. Pour le moment, je le maintiens, madame la présidente.

M. Jean Dionis du Séjour. Vous avez raison.

Mme la présidente. Monsieur Le Guen, vous maintenez l'amendement n° 7857 ?

M. Jean-Marie Le Guen. Je ne voudrais pas donner l'impression de pinailler, mais je trouve curieux de rédiger un article de loi au conditionnel.

M. Jean-Michel Dubernard, *rapporteur*. C'est pour éviter l'article 40. (*Sourires.*)

M. Jean-Marie Le Guen. Si le Gouvernement juge ma remarque pertinente, il peut rectifier et écrire l'article à l'impératif ou au présent.

Mme la présidente. Monsieur Le Guen, je voudrais simplement savoir si vous maintenez l'amendement n° 7857 ?

M. Jean-Marie Le Guen. Je le maintiens, madame la présidente, parce que si nous semblons tous converger pour considérer le numéro « 33 » de M. Mallié beaucoup plus complet et beaucoup plus ambitieux, je crois qu'il est également beaucoup plus dangereux, aléatoire et difficile à mettre en œuvre parce que beaucoup plus sophistiqué que le dispositif basique que nous proposons.

Le Gouvernement est-il prêt à s'engager sur un seul numéro d'appel, qui regrouperait les urgences, les informations, etc ? Mais qui serait responsable du tri au 33 ? Parce que le problème de ce genre de numéro, c'est le tri. Quand vous appelez le 15, vous tombez sur quelqu'un qui, avec un niveau de compétence croissante, va vous répondre. Tout rassembler sous un seul numéro ne me paraît pas forcément très simple à mettre en œuvre. Donc, je maintiens mon amendement.

Mme la présidente. La parole est à M. le président de la commission spéciale.

M. Yves Bur, *président de la commission spéciale*. Dès lors que nous offrons aux spécialistes la possibilité de dépasser le tarif quand le patient suit un parcours en dehors du protocole, il me semble important que les usagers, les malades, puissent disposer de l'information la plus complète possible sur les honoraires pratiqués. Cela fait partie de la transparence que nous devons apporter au système. Cette information doit pouvoir parvenir au patient avant qu'il n'entre dans la salle d'attente, parce qu'il est alors trop tard pour reculer. Il s'agit d'un service supplémentaire que nous devons offrir aux assurés.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Michel Dubernard, *rapporteur*. Madame la présidente, je tiens à vous présenter mes excuses d'avoir un peu anticipé la discussion sur l'amendement de M. Mallié.

Mme la présidente. Ne perdons pas de temps, allons droit au but.

M. Jean-Michel Dubernard, *rapporteur*. Mais je vois bien que M. Bur est très attaché à la spécificité du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle. (*Sourires.*)

Nous pourrions peut-être demander à M. Mallié de défendre son amendement, cela nous éviterait d'y revenir après.

Mme la présidente. Non, nous arrivons à la fin de l'article 9, je donnerai la parole à M. Mallié lorsque son amendement n° 8449 sera appelé.

Quel est l'avis du Gouvernement sur les amendements nos 8217 et 7857 ?

M. le secrétaire d'Etat à l'assurance maladie. Le Gouvernement avait le sentiment que l'amendement n° 8449 de M. Mallié pouvait recueillir l'unanimité. Mais, après les explications du président de la commission spéciale et de M. Le Guen, je n'en suis plus certain. Le Gouvernement s'en remet donc à la sagesse de l'Assemblée.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 8217.

(*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. En conséquence, l'amendement n° 7857 tombe.

Je suis saisie d'un amendement n° 7670.

La parole est à Mme Martine Billard, pour le soutenir.

Mme Martine Billard. Cet amendement consiste à exiger que la formation continue prévue dans l'article 9 soit indépendante des laboratoires pharmaceutiques.

Cela peut sembler relever du vœu pieu, surtout quant on sait que les médecins hospitaliers ne disposent que de 213 euros par an pour leur formation – il est difficile de concevoir une formation indépendante avec une telle somme. Cela explique que l'information sur les médicaments soit aujourd'hui aux mains des laboratoires. Cela explique également cette particularité française que constituent la surprescription et la consommation abusive de médicaments.

Une campagne très intéressante a été menée par la CNAM sur les antibiotiques, qui a permis de réduire les prescriptions et donc la consommation de ces produits. Il serait positif que d'autres campagnes de ce genre soient engagées par les caisses d'assurance maladie pour essayer de limiter les abus. Nous connaissons à peu près les classes concernées.

Mais le véritable enjeu est de permettre à cette formation continue de ne pas dépendre structurellement des moyens des laboratoires.

M. Philippe Vitel. On ne va pas revenir là-dessus !

Mme Martine Billard. C'est fondamental !

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Michel Dubernard, *rapporteur*. La commission a rejeté cet amendement, mais ce que vient de dire Mme Billard sur le financement de la formation continue est exact, notamment s'agissant des praticiens hospitaliers. Il faut essayer d'être pragmatiques et resituer la formation actuelle dans son contexte.

Les praticiens hospitaliers ne bénéficient par exemple d'aucun soutien financier pour leurs frais quand ils se rendent à des congrès. S'ils ne sont pas invités par l'organisation, ils doivent payer de leur poche les frais d'inscription, le voyage et leur hébergement. C'est un véritable problème. Quand les laboratoires organisent des congrès médicaux, ils le font souvent de façon très objective.

Par ailleurs, j'observe que le texte de loi relatif à la santé publique qui est aujourd'hui en discussion au Sénat devrait améliorer la situation, en introduisant un peu d'éthique dans la formation continue.

M. Jean-Marie Le Guen. A dose homéopathique !

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Cette formation continue deviendra de plus en plus indépendante.

Enfin, les laboratoires pharmaceutiques ont conscience qu'une partie de la formation des médecins est assurée par les visiteurs médicaux, à qui il est difficile d'être entièrement neutres et objectifs.

Mme Martine Billard. C'est bien là le problème !

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. La charte de la visite médicale, qui devrait être bientôt signée et dont nous parlerons à l'article 18, devrait également permettre d'agir.

Donc, madame Billard, si, sur le fond, vous avez raison, je pense que nous devrions connaître une amélioration dans ce domaine. J'espère comme vous que la formation médicale continue deviendra complètement indépendante dans les années à venir.

Mme Martine Billard. Il vaudrait mieux agir qu'espérer !

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le secrétaire d'Etat à l'assurance maladie. Nous partageons le même souci que vous, madame Billard, mais ce texte comporte de nombreux dispositifs qui devraient vous donner satisfaction.

D'abord, un cahier des charges va être élaboré par le Conseil national de la formation médicale continue. Parmi les critères retenus figureront la transparence des financements, la qualité scientifique et pédagogique des programmes réalisés ainsi que les engagements relatifs à l'absence de toute promotion en faveur d'un produit de santé et à l'utilisation de la dénomination commune des médicaments.

Ensuite, le dispositif prévu à l'article 18 concernant la charte de la visite médicale ainsi que le développement des logiciels d'aide à la prescription qui sera proposé par voie d'amendement devraient nous permettre d'adopter une démarche constructive pour aller au-delà de ce qui est prévu.

Pour toutes ces raisons, le Gouvernement demande le rejet de cet amendement.

Mme la présidente. La parole est à Mme Elisabeth Guigou.

Mme Elisabeth Guigou. Je ne suis pas du tout convaincue par les arguments de M. le rapporteur et de M. le secrétaire d'Etat.

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Vous m'en voyez contrit !

Mme Elisabeth Guigou. Navrée, monsieur Dubernard, mais c'est un fait.

On ne peut pas reconnaître l'existence d'un problème et refuser de le traiter. Nous savons tous que la formation continue des médecins est sans doute le meilleur instrument d'une maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Vous avez prévu dans votre projet, et nous vous soutenons sur ce point, d'améliorer encore les dispositifs de bonnes pratiques, la mise en œuvre et le contrôle des protocoles, mais ces outils seront sans effet si les médecins ne sont pas formés à les utiliser. D'autant que, ainsi que nous l'avons dénoncé à plusieurs reprises, vous n'avez pas prévu de dispositifs incitatifs, encore moins de dispositifs de sanctions.

Vous pouvez mettre au point tous les protocoles, tous les dispositifs de bonnes pratiques que vous voudrez, ils resteront lettres mortes si vous n'assurez pas une forma-

tion continue de tous les médecins, pas seulement de ceux qui ont la chance d'avoir accès aux grands congrès médicaux, mais également des médecins de famille qui travaillent, tous les jours, sur le terrain.

Il ne faut pas laisser cette formation dans les mains des visiteurs médicaux. Ceux-ci ne font que leur métier, qui est évidemment de démarcher pour vendre les médicaments des sociétés commerciales.

M. Philippe Vitel. Comment pouvez-vous dire ça ? Ce ne sont pas les visiteurs médicaux qui assurent la formation continue des médecins ! Vous n'y connaissez rien !

M. Richard Mallié. Ne parlez pas de ce que vous ne connaissez pas, madame !

Mme la présidente. Chacun a le droit de s'exprimer dans le calme.

Mme Elisabeth Guigou. Je ne vais pas reprocher aux laboratoires de vouloir vendre leurs médicaments ou aux visiteurs médicaux, dont c'est le métier, de démarcher pour vendre ces médicaments.

M. Philippe Vitel. Ce n'est pas leur métier !

Mme Elisabeth Guigou. Je rappelle simplement que lorsque nous étions aux responsabilités, nous avons taxé les sommes astronomiques consacrées par les laboratoires pharmaceutiques au démarchage des médecins. C'est faire preuve d'un certain angélisme, monsieur le secrétaire d'Etat, que de s'en remettre aux dispositifs de transparence, même si c'est mieux que rien, pour penser que les visiteurs médicaux ne feront plus de démarchage. On ne peut pas croire que si ce sont les laboratoires qui s'occupent de la formation, ils le feront dans la transparence, car chacun occupe une fonction particulière dans la société.

Il ne s'agit pas de dire qu'une fonction est meilleure qu'une autre, mais il ne faut pas confier la responsabilité de former les médecins aux organismes chargés de vendre des médicaments.

M. Philippe Vitel. Ce n'est pas leur métier !

Mme la présidente. La parole est M. le rapporteur.

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Je me suis probablement mal fait comprendre, car je partage ce qu'ont dit Mme Billard et de Mme Guigou. (*Murmures sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*) Je suis en effet convaincu que la formation médicale continue des médecins est l'un des meilleurs instruments de la maîtrise médicalisée. Du reste, tous les ministres de la santé qui se sont succédés depuis une dizaine d'années – vous-même, Bernard Kouchner, Jean-François Mattei – ont essayé de rendre la formation médicale continue vraiment indépendante. Comme moi, vous avez rencontré des responsables de celle-ci : ils veulent être indépendants et ils le sont ! Nous devons aussi faire confiance aux médecins pour préserver cette indépendance. Je suis persuadé qu'ils le feront, mais dans une période transitoire, la formation médicale continue devra continuer de s'appuyer sur les moyens que met à sa disposition l'industrie pharmaceutique, qui sait, elle aussi, être neutre.

Cela dit, il faut bien distinguer les actions de formation de la visite médicale. Celle-ci est un acte commercial qui a sa logique. Son coût est gigantesque, puisqu'elle revient à près de 30 000 euros par an et par médecin. Cela dit, ce sont les laboratoires qui décident. Quant aux médecins, généralistes ou spécialistes, qui reçoivent les visiteurs médicaux, de mieux en mieux formés d'ailleurs, ils sont aussi capables de faire la part entre ce qui est du commerce pur et ce qui relève de l'information.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen. Comment se fait-il qu'il y ait autant de prescriptions hors AMM de certains médicaments? Nos confrères ne sauraient-ils pas lire les recommandations préconisées pour ces médicaments? Bien sûr que non! La réalité c'est qu'ils sont soumis à une pression constante, pas simplement sur le plan commercial, mais aussi sur le plan scientifique. (*Protestations sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*) Je prendrai les exemples du THS et des statines. La pression qui s'exerce pour une prescription hors AMM des statines est colossale.

M. Jean-Louis Bernard. Vous pouvez nous expliquer de quoi il s'agit?

M. Jean-Marie Le Guen. Les statines sont des médicaments qui visent à faire baisser le cholestérol.

M. Antoine Carré. Ah, très bien!

M. Jean-Marie Le Guen. Des pressions s'exercent sur les médecins pour qu'ils prescrivent largement ces substances, avant même que les gens se soient mis au régime.

M. Bernard Accoyer. Cela n'a rien à voir avec le travail législatif! Vous essayez de nous endormir!

M. Jean-Marie Le Guen. Pas du tout! Cela explique pourquoi les Français sont les deuxièmes consommateurs de médicaments au monde, juste après les Américains. Notre consommation de médicaments est de 20 % supérieure à celle des Allemands, qui occupent la troisième place en la matière. Or, que je sache, ceux-ci savent aussi se soigner et la médecine allemande n'a rien à envier à la nôtre. Simplement, la pression commerciale qui s'exerce à travers la formation médicale continue, l'information et la visite médicales est d'une tout autre nature. Nous n'avons pas opéré les mutations nécessaires pour que l'information et la formation médicales soient indépendantes de la pression commerciale exercée par les laboratoires pharmaceutiques.

M. Richard Mallié. Qu'a fait Mme Guigou?

M. Jean-Marie Le Guen. Voilà la réalité! Et tant que nous n'aurons pas procédé à ces changements, nous ne pourrions pas avoir une véritable maîtrise médicalisée des dépenses.

Mme la présidente. La parole est à M. Richard Mallié.

M. Richard Mallié. On entend parfois des choses surprenantes dans cet hémicycle! D'abord, dire que les laboratoires pharmaceutiques paient la formation continue des médecins, c'est être dans une totale ignorance de ce qui se passe.

M. Jean-Marie Le Guen. Mais non!

M. Richard Mallié. Les visiteurs médicaux font la promotion de tel ou tel produit, ce qui est tout à fait normal.

M. Jean-Marie Le Guen. Bien sûr, rien de ce que nous dénonçons n'existe!

M. Richard Mallié. Certes, il peut arriver que des séminaires de formation soient organisés par des laboratoires pharmaceutiques (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste*),...

M. Jean-Marie Le Guen. Tiens donc!

M. Richard Mallié. ... mais les confrères qui ont exercé peuvent témoigner avec moi du fait que certains orateurs de l'opposition ne savent manifestement pas de quoi ils parlent.

M. Jean-Marie Le Guen. Il est fatigant celui-là! (*Protestations sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

Mme la présidente. Mes chers collègues, évitez de vous invectiver! Cela ne fait pas progresser le débat!

M. Richard Mallié. Le visiteur médical est chargé de faire la promotion des produits du laboratoire qui l'emploie, ce qui me paraît tout à fait normal.

Ensuite, s'agissant des prescriptions hors AMM, le collègue qui en a parlé ne sait manifestement pas ce qui se passe. Ce sont en effet très souvent les patients qui demandent aux prescripteurs de leur procurer tel ou tel médicament. Cela montre la nécessité de responsabiliser les patients autant que les professionnels de santé.

M. Jean-Marie Le Guen. Qu'est-ce que les patients ont à voir là dedans?

M. Richard Mallié. Vous ne pouvez pas savoir ce qu'il en est, monsieur Le Guen, vous n'avez jamais exercé! (*Protestations sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. Franck Gilard. Si, dans des mutuelles!

Mme la présidente. Mes chers collègues, ne vous lancez pas des anathèmes, sinon nous ne nous en sortirons pas!

M. Richard Mallié. Cela montre, monsieur Le Guen, qu'il faut responsabiliser l'ensemble des acteurs, comme s'y attache ce projet de loi.

Mme la présidente. La parole est à M. le ministre de la santé et de la protection sociale.

M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale. Evitons de donner l'impression qu'il y aurait d'un côté les bons, qui seraient des purs, et de l'autre les mauvais, qui seraient des corrompus à la solde des vendeurs de statines!

La charte de la visite médicale conclue entre l'industrie pharmaceutique, le LEM, et le Comité économique des produits de santé permettra de rationaliser les pratiques. C'est très important.

Par ailleurs, le Gouvernement reprendra l'amendement de la commission relatif à la charte de la qualité et d'aide à la prescription.

Nous avons évidemment intérêt à ce que la formation médicale continue soit totalement indépendante des laboratoires pharmaceutiques,...

M. Jean-Marie Le Guen. Alors adoptons l'amendement n° 7670!

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. ... mais soyons respectueux des médecins et ne faisons pas peser sur eux un soupçon de corruption en les croyant capables de prescrire un médicament uniquement à la demande d'un laboratoire pharmaceutique. Ce n'est pas le cas!

M. Antoine Carré. Bien sûr!

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. En revanche, avec les statines vous posez une vraie question à laquelle répond justement ce projet de loi. Nous souhaitons que la Haute Autorité de santé définisse les bonnes pratiques. Aujourd'hui, les conférences de consensus le disent : quelqu'un qui a 2,8 grammes de cholestérol doit commencer par faire un régime avant de prendre des inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase. Mais cela relève

des bonnes pratiques, pas du domaine de la loi ! Donc, votez ce projet de loi et vous verrez que nous aurons une formation médicale continue de qualité !

Rappels au règlement

Mme Elisabeth Guigou. Je demande la parole pour un rappel au règlement.

Mme la présidente. La parole est à Mme Elisabeth Guigou, pour un rappel au règlement.

M. Jean-Marie Le Guen. Si la majorité veut du cinéma, elle va en avoir !

Mme la présidente. Chers collègues, nous sommes en train de discuter d'un projet important et il n'est pas bon que l'on se lance des réflexions désagréables d'un côté de l'hémicycle à l'autre. Je demande que tous les orateurs soient respectés de la même façon. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire et du groupe Union pour la démocratie française.*)

Madame Guigou, vous avez la parole.

Mme Elisabeth Guigou. C'est justement l'objet de mon rappel au règlement, madame la présidente. Pas plus sur cet important sujet que sur tout autre l'on ne doit exciper de sa compétence professionnelle pour fonder un jugement politique. Ceux qui exercent, ou ont exercé, une profession médicale ne sont pas plus habilités que les autres à s'exprimer. Un député de la majorité a dit à Jean-Marie Le Guen qu'il n'avait pas exercé. D'abord, il n'en sait rien ; ensuite, il est inadmissible de jeter ce genre d'anathème !

M. Hervé Mariton. Vous n'avez rien compris !

Mme Élisabeth Guigou. Et même si M. Le Guen n'a pas exercé, il est député de la République et il a le droit de parler, comme nous tous, quel que soit le sujet.

Par ailleurs, monsieur le ministre, personne ici n'a parlé de corruption. Je faisais simplement observer avant votre arrivée que j'étais bien évidemment favorable aux bonnes pratiques, qui ont d'ailleurs heureusement commencé à se développer. Mais vous pourrez formaliser dans la loi toutes les bonnes pratiques et tous les protocoles que vous voudrez, cela ne servira à rien si la formation des médecins n'est pas indépendante et transparente.

Mme la présidente. Je vous rappelle que les interventions pour fait personnel ont lieu en fin de séance.

La parole est à Mme Martine Billard, pour un rappel au règlement.

Mme Martine Billard. M. Mallié a plusieurs fois mis en cause la capacité à intervenir dans ce débat des députés qui ne sont pas médecins.

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Il n'est pourtant pas médecin lui-même !

M. Jean-Marie Le Guen. Mais il fait comme si, surtout après le dîner ! (*Protestations sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

Mme Martine Billard. Je voudrais donc savoir si cette discussion est réservée aux spécialistes ou si tous les députés peuvent intervenir.

Reprise de la discussion

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 7670.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 8382.

La parole est à M. Gérard Bapt, pour le soutenir.

M. Gérard Bapt. De plus en plus souvent soit par le fait du praticien consulté soit à cause du parcours de santé suivi, les taux de remboursement varieront et les dépassements seront permis. Il est donc important pour les assurés, surtout pour les plus modestes d'entre eux, s'ils ne sont pas couverts à 100 %, que les organismes locaux d'assurance maladie tiennent à leur disposition la liste des médecins ayant satisfait aux obligations qui leur incombent en matière d'évaluation des pratiques professionnelles et de formation continue. Les médecins doivent également informer leur patient de la manière dont ils se sont acquittés de ces obligations.

C'est du moins ce que propose cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. La commission n'avait pas examiné cet amendement. Mais, à titre personnel, je suggère à M. Bapt de le retirer, puisqu'il est satisfait par l'amendement n° 8217 de M. Bur.

M. Jean-Marie Le Guen. C'est exact.

M. Gérard Bapt. Je retire l'amendement.

Mme la présidente. L'amendement n° 8382 est retiré.

Nous allons maintenant procéder au scrutin qui a été annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

Je vais donc mettre aux voix l'article 9, modifié par les amendements adoptés.

Je vous prie de bien vouloir regagner vos places.

Mme la présidente. Le scrutin est ouvert.

Mme la présidente. Le scrutin est clos.

Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	59
Nombre de suffrages exprimés	55
Majorité absolue	28
Pour l'adoption	50
Contre	5

L'Assemblée nationale a adopté.

Après l'article 9

Mme la présidente. Nous en venons à une série d'amendements portant article additionnel après l'article 9.

Je suis saisie d'un amendement n° 7858.

La parole est à M. Jean-Marie Le Guen, pour le soutenir.

M. Jean-Marie Le Guen. Cet amendement propose d'associer les usagers à l'évaluation de l'information et des conventions qui lient l'assurance maladie et l'Etat. Nous insistons, une fois encore, sur la place qui doit revenir aux usagers, qui, je le rappelle, ont été systématiquement écartés par le projet de loi de tous les niveaux de responsabilité et de concertation de l'assurance maladie.

L'amendement reprend une idée simple qui consiste à associer les représentants des usagers, des familles et des associations de malades à la discussion sur le fonctionnement de l'assurance maladie et du système de santé.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. La commission a repoussé cet amendement.

Certes, les usagers doivent à être associés à la discussion. Mais nous avons fait des propositions pour que les conférences nationales et les conférences régionales de santé soient, chacune à leur niveau, un lieu d'expression où ils pourront donner leur avis sur la politique de santé publique comme sur la politique de l'assurance maladie.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Hervé Mariton.

M. Hervé Mariton. Cet amendement me donne l'occasion de souligner avec force que nous sommes tous des représentants des usagers. Et je ne peux laisser nos collègues socialistes accréditer l'idée que les professionnels de santé auraient confisqué ce débat. Nous sommes nombreux dans cet hémicycle à ne pas être des professionnels de santé. C'est d'ailleurs mon cas.

Quoi qu'il en soit, le débat appartient à tous les députés. Nul ne parviendra à faire croire qu'il a été confisqué par les membres de telle ou telle profession. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen. Je comprends le sentiment de malaise de M. Mariton,...

Plusieurs députés du groupe de l'Union pour un mouvement populaire. M. Mariton se porte très bien ! (*Sourires.*)

M. Jean-Marie Le Guen. ... mais nous lui donnons acte de sa réponse. J'avais d'ailleurs l'impression que, plutôt que les professionnels de santé, on entendait surtout dans ce débat ceux qui pensent que l'industrie pharmaceutique doit jouer un rôle important dans notre système de santé.

En ce qui concerne les usagers, monsieur Mariton, votre réflexion, parfaitement légitime, montre bien les différences qui nous séparent.

Pour notre part, nous pensons que les parlementaires, en tant que dépositaires de l'intérêt général, jouent un rôle prédominant quand ils se réunissent pour débattre des lois ou affirmer que l'Etat est garant de notre système de santé et d'assurance maladie.

Nous pensons aussi que les organisations syndicales doivent intervenir pour défendre les assurés.

Cela dit, que fait-on de ce mouvement associatif d'usagers, si riche, qui a beaucoup apporté à notre approche des problèmes de santé depuis dix ans ? Ce mouvement, qui joue un rôle de plus en plus important sur la scène mondiale, se manifeste autant sur le plan des principes que de manière très pratique. Je pense notamment à toutes les discussions qu'il a menées avec l'industrie pharmaceutique dans le cadre des accords de Doha.

M. Yves Bur, président de la commission spéciale. Tout à fait !

M. Jean-Marie Le Guen. A nos yeux, ces associations sont essentielles. Si l'on parle aujourd'hui des maladies nosocomiales, n'est-ce pas parce que les associations d'usagers s'en sont mêlées ? Si notre regard sur certaines pathologies a changé, n'est-ce pas le fait des associations de malades ?

Il est possible de faire intervenir à plusieurs niveaux, avec des légitimités différentes mais complémentaires, tant les citoyens, définissant le cadre général de l'assurance maladie, et les assurés, intervenant à travers les organisations syndicales, que les usagers, dont le rôle en matière de santé doit être déterminant.

M. Jean-Louis Bernard. Pourquoi ne pas parler des clients ?

M. Jean-Marie Le Guen. Je note avec intérêt ce changement de terminologie...

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Bapt.

M. Gérard Bapt. En tant que médecin, j'ai exercé dans un cadre public et en libéral, mais je n'ai pas, à ce titre, davantage voix au chapitre que les autres.

M. Hervé Mariton. Silence, alors ! (*Sourires.*)

M. Gérard Bapt. Je me souviens toutefois que, tandis que nous débattions de la loi relative à l'initiative économique, un député de la majorité m'avait lancé : « Que savez-vous de l'économie, monsieur Bapt ? Vous n'êtes pas chef d'entreprise ! Combien d'emplois avez-vous créés ? »

Mme la présidente. Monsieur Bapt, ce débat est clos !

M. Gérard Bapt. L'argument pourrait ici être utilisé en retour !

Au reste, quand j'avais ouvert mon cabinet médical, j'avais également monté une entreprise et créé des emplois.

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Vous êtes donc un capitaliste ! (*Sourires.*)

M. Gérard Bapt. J'en reviens à l'amendement n° 7858.

Puisque les usagers doivent être informés de l'assiduité des médecins à la formation médicale continue et de la manière dont ils s'acquittent de leurs obligations conventionnelles en matière d'évaluation, il importe de renforcer la mission d'information des assurés sociaux confiée aux organismes gestionnaires des régimes obligatoires de base.

C'est pourquoi nous proposons que les représentants des usagers, des familles et des associations de malades participent chaque année à l'évaluation de l'information donnée aux assurés. Une impulsion nouvelle peut ainsi être donnée à la démocratie sanitaire grâce au concours direct des bénéficiaires de l'assurance maladie.

L'information aura d'autant plus d'importance quand le projet de loi sera voté, que les modalités de remboursement seront extrêmement diverses. Je pense donc qu'il est important, monsieur le ministre, que vous considériez, sinon l'amendement lui-même, du moins son intention.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 7858.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 7859.

La parole est à M. Jean-Marie Le Guen, pour le soutenir.

M. Jean-Marie Le Guen. Cet amendement vise à préciser les modalités de publication de la convention d'objectifs et de gestion passée entre l'Etat et les caisses de sécurité sociale.

C'est un sujet qui a été étudié par conseil de surveillance de la Caisse nationale d'assurance maladie, que notre collègue Accoyer a l'honneur de présider.

M. Bernard Accoyer. Ce n'est plus le cas !

M. Jean-Marie Le Guen. Il a donc renoncé à cette haute responsabilité ! (*Sourires.*)

M. Bernard Accoyer. Mais j'avais moi-même succédé à un illustre président. (*Sourires.*)

M. Jean-Marie Le Guen. M. Accoyer pourra cependant témoigner de la richesse du contrôle parlementaire en la matière.

Peut-être sera-t-il tenté de voter notre amendement qui vise à assurer davantage de publicité à ce contrôle nécessaire au bon fonctionnement de notre assurance maladie.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. La commission a repoussé cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 7859.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 7860 rectifié.

La parole est à M. Jean-Marie Le Guen, pour le soutenir.

M. Jean-Marie Le Guen. Cet amendement ira droit au cœur de notre rapporteur, défenseur acharné de la Conférence nationale de santé, qui a failli être supprimée à plusieurs reprises et ne s'est plus réunie depuis deux ans et demi. La mobilisation des parlementaires l'a sauvée momentanément, en inscrivant son existence dans le cadre de la loi de santé publique. Mais, celle-ci n'étant toujours pas été définitivement adoptée, la Conférence nationale de santé n'a pas réellement d'existence.

Nous avons jugé important qu'elle puisse être un lieu où soient débattues les grandes orientations de l'assurance maladie. Certes, il faut que nous puissions parler des problèmes de santé comme le prévoit la loi de santé publique. Mais, en raison de la forte interpénétration entre la prévention et les soins, donc entre la santé publique et l'assurance maladie, il est souhaitable qu'une partie du temps de travail de la Conférence nationale de santé soit dédiée à la convention d'objectifs et de gestion passée entre l'Etat et la CNAM.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. La commission a repoussé cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 7860 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 8417.

La parole est à M. Jean Dionis du Séjour, pour le soutenir.

M. Jean Dionis du Séjour. Dans mon propos préliminaire sur l'article 9, j'ai souligné le bouleversement de la relation entre les patients et leur médecin que crée

aujourd'hui la présence d'Internet en France. L'accès direct du patient à l'information médicale se généralise et l'on voit se multiplier les sites médicaux marchands, associatifs ou personnels dont certains frisent l'exercice illégal de la médecine, voire le charlatanisme, sans parler de postures idéologiques ou militantes de toute sorte. Bref, il est urgent de faire le tri parmi les sites médicaux du *web* français et d'aider le patient internaute.

Aujourd'hui, quatre Français sur dix utilisent couramment Internet. Dans trois ans, ce sera le cas de sept Français sur dix. Il est donc urgent de les orienter vers des sites sérieux du point de vue scientifique. Or, comme le constate le Conseil économique et social, il manque une autorité chargée d'instaurer une labellisation des sites médicaux français.

C'est ce que notre amendement vous propose de créer, pour qu'aboutisse enfin une longue démarche, amorcée par le gouvernement précédent grâce à Mme Aubry et Mme Gillot, qui avaient lancé en 2000 le projet « Qualité des sites e-santé » sous la responsabilité de Bertrand Lukacs, chef d'un service d'urologie et auteur d'un rapport appelant à la mise en place de cette certification. Le CISI, comité interministériel des systèmes d'information, a réitéré cette demande. L'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques en est arrivé aux mêmes conclusions, sous l'impulsion du sénateur Jean-Claude Etienne.

Il conviendrait d'adopter la philosophie positive que nous ont suggérée nos interlocuteurs américains, rencontrés dans le cadre de l'office parlementaire. Celle-ci, que l'on pourrait résumer par l'expression : « *A white list, not a black list* », consiste à certifier les sites sérieux plutôt que de s'épuiser dans la foule des sites contestables.

Quant à savoir qui certifiera, il nous semble que c'est le rôle de l'Etat, par l'intermédiaire de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, en liaison avec les fédérations médicales savantes de chaque discipline. Actuellement, lorsque l'on tape les mots : « cancer du sein » ou « cancer de la prostate » dans Google, on se voit proposer une multitude de sites. Il devient donc urgent de faire le tri et de guider l'internaute.

Le modèle que nous vous proposons peut être mis en place de manière progressive. Le problème des moyens de l'Etat peut être résolu par une coordination satisfaisante entre l'ANAES et les sociétés savantes, qui ont l'habitude de travailler ensemble. Toutes les personnes qui se sont intéressées à la question soulignent qu'un dispositif de ce type correspond à un besoin nouveau, urgent, et je suis certain que l'Assemblée nationale sera favorable à son adoption.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Je suis dans une situation bien difficile, car la commission a repoussé cet amendement.

M. Jean Dionis du Séjour. Ce n'est pas possible !

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Pardonnez-moi, monsieur Dionis du Séjour, mais je ne fais que rapporter l'avis de la commission, qui est défavorable à votre amendement pour deux raisons.

Premièrement, elle a estimé que cette disposition relevait davantage du décret que de la loi.

M. Bernard Accoyer. Très juste !

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Or, nous avons voulu éviter de compliquer ce texte, afin qu'il soit le plus simple possible.

M. Claude Evin. Cela n'a pas toujours été le cas !

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Par ailleurs, j'ai beaucoup de respect pour les ingénieurs et les informaticiens (*Rires sur les bancs du groupe socialiste*), et plus encore pour l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques et, à titre personnel, je serais favorable à votre amendement, car je sais qu'il existe un besoin d'information dans ce domaine. Toutefois, la notion de label m'inquiète un peu – nous avons évoqué ce problème tout à l'heure –, d'autant plus que vous l'associez à celle de certification.

Encore une fois, à titre personnel, je trouve que l'idée est belle. Votre amendement pourrait être amélioré et j'attends de connaître l'avis du Gouvernement. Malheureusement, je suis obligé de vous dire que la commission l'a repoussé.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. M. Dionis du Séjour traite d'un vrai sujet. En effet, de plus en plus de personnes donnent des conseils par l'intermédiaire d'Internet. Faire appel à l'Agence nationale de l'évaluation et de l'accréditation en santé pour qu'elle donne son avis n'est donc pas une mauvaise idée. Cependant, il me semble que le ministre en charge de la santé devrait proposer une procédure de certification des sites informatiques plutôt que d'assurer leur certification. C'est pourquoi je propose un sous-amendement à l'amendement de M. Jean Dionis du Séjour, afin de remplacer les mots : « assure la » par les mots : « propose une procédure de ». Si celui-ci l'acceptait, nous serions favorables à son amendement.

Mme la présidente. Je viens d'être saisie d'un sous-amendement, n° 8462, ainsi rédigé :

« Dans l'amendement n° 8417, remplacer les mots : “ assure la ” par les mots : “ propose une procédure de ”. »

Qu'en pense la commission ?

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Elle est d'accord.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean Dionis du Séjour.

M. Jean Dionis du Séjour. J'ai entendu dire, à droite et à gauche, que la formulation proposée par le Gouvernement était préférable. Au centre, nous ne sommes pas bloqués. (*Rires.*) J'accepte donc cette modification. Je peux dire au ministre, pour y avoir travaillé plusieurs mois, qu'il s'agit d'un vrai sujet et je lui fais confiance pour secouer son administration afin qu'elle se mobilise sur cette question.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen. Certes, l'idée est intéressante, et la nécessité d'un tel dispositif se fera sans doute de plus en plus sentir, mais elle est très délicate à mettre en œuvre, car – mais faut-il le rappeler dans cette enceinte ? – l'Etat doit être prudent dans ses interventions normatives. Il me semble donc indispensable de mener une réflexion sur ce sujet. Quoi qu'il en soit, je préfère la proposition du ministre, car l'Etat a vocation à créer une dynamique et, peut-être, un lieu de certification à condition que celui-ci ne lui soit pas directement lié.

J'ajoute qu'à ne vouloir être ni de droite ni de gauche, on prend le risque de se retrouver nulle part, mon cher collègue. Je veux dire par là que la proposition du

ministre n'a rien à faire dans un texte de loi, ni même dans un décret. Inscrire dans la loi que le ministre « propose » quelque chose n'est pas très sérieux et ne relève pas de l'écriture législative. La meilleure solution serait sans doute qu'il prenne l'engagement solennel d'avancer dans cette voie, en sollicitant éventuellement l'aide de l'office parlementaire et de la commission des affaires sociales, dont le président semble très mobilisé sur le sujet.

Mme la présidente. Je mets aux voix le sous-amendement n° 8462.

(*Le sous-amendement est adopté.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 8417, modifié par le sous-amendement n° 8462.

(*L'amendement, ainsi modifié, est adopté.*)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 8449, qui fait l'objet d'un sous-amendement n° 8459.

La parole est à M. Richard Mallié, pour soutenir l'amendement.

M. Richard Mallié. Je veux tout d'abord faire remarquer à M. Le Guen que mon amendement est rédigé au conditionnel pour éviter le couperet de l'article 40 de la Constitution, auquel l'un de ses amendements a eu la chance d'échapper.

Lors de la discussion générale, je me suis exprimé longuement sur les nouvelles technologies, notamment sur la télémédecine. Cet amendement prévoit, en lien avec ces préoccupations, que le Gouvernement mettra à l'étude un numéro d'appel – dénommé « 33 » en référence aux médecins, mais il peut s'appeler autrement – qui permettrait de délivrer des informations sur l'offre de soins médicale, ainsi que des informations médicalisées d'orientation au sein du système de santé.

Un tel dispositif existe actuellement au Canada et en Grande-Bretagne et il a permis d'alléger en partie les services des urgences en leur épargnant la « bobologie », c'est-à-dire les petits soins pour lesquels on se rend dans ces services uniquement parce que l'on est certain d'y trouver un médecin et parce que c'est gratuit. Au Canada, par exemple, les appels reçus ont diminué de 30 % et le nombre des patients de 20 %.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. La commission a accepté cet amendement qu'elle trouve très satisfaisant, innovant et complémentaire des deux amendements présentés par M. Bur et M. Le Guen.

Mme la présidente. La parole est à M. le ministre, pour présenter le sous-amendement n° 8459 et donner l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 8449.

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. L'initiative de M. Mallié est très intéressante car rien ne doit être négligé pour améliorer l'information des assurés sociaux et leur orientation dans les systèmes de soins. Du reste, la dernière étude de l'ANAES révèle que 20 % des patients sont mal aiguillés dans le système de soins, en particulier hospitalier.

M. Claude Evin. Ce n'est pas vrai !

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. C'est ce que dit M. Coulomb, monsieur Evin.

M. Claude Evin. Croyez-vous qu'un numéro « 33 » les aiguillera mieux ?

Mme la présidente. Monsieur Evin, vous pourriez intervenir plus tard.

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Le principe d'un numéro d'appel national a fait ses preuves dans d'autres pays, – il faut voyager, monsieur Evin –...

M. Claude Evin. Je ne vous ai pas attendu pour le faire !

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. ... où il a contribué notamment à réduire les recours inutiles aux urgences. Je pense, par exemple, au NHS direct, en Grande-Bretagne, ou au dispositif Allô santé au Québec. Le Gouvernement est donc favorable à ce que soient étudiées dans les meilleurs délais les conditions de mise en place d'un tel dispositif, notamment l'articulation avec les numéros d'appel déjà existants, ainsi que les modalités de financement.

J'ajoute que la loi Kouchner relative aux droits des malades a confié à l'assurance maladie une mission d'information des assurés que le Gouvernement veut conforter et étendre. L'étude prévue sera donc réalisée en lien très étroit avec l'assurance maladie. C'est pourquoi j'ai proposé, monsieur Mallié, un sous-amendement qui prévoit d'associer les caisses d'assurance maladie à la réflexion que vous proposez.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur le sous-amendement du Gouvernement ?

M. Yves Bur, *président de la commission spéciale.* Favorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen. La démarche proposée par M. Mallié est dans l'air du temps. Elle a même été concrétisée dans certains pays et elle est nécessaire. Il faut sans aucun doute investir massivement dans les technologies de l'information pour gérer les parcours de soins. J'ai d'ailleurs tenté de le démontrer cet après-midi, mais l'on m'a renvoyé aux numéros des caisses primaires d'assurance maladie.

Cela dit, si la majorité adoptait cet amendement sans qu'il soit procédé auparavant à une étude d'impact – mais peut-être celle-ci existe-t-elle et, dans ce cas, il faut nous la transmettre –, il ne s'agirait que d'un gadget. Un jour, on nous fait le coup du DMP ; le lendemain, c'est la carte Vitale ; ensuite, c'est le « 33 ». Je me demande comment les Français s'y retrouveront ! (*Protestations sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Vous êtes mauvais joueur !

M. Jean-Marie Le Guen. Ce n'est pas du travail sérieux ! (*Protestations sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. Guy Geoffroy. Vous, vous n'avez rien fait !

M. Gérard Léonard. L'intervention de M. Le Guen est déplacée.

Mme la présidente. La parole est à M. Claude Evin.

M. Claude Evin. Fernand Raynaud disait : « Dites "33", si ça ne guérit pas, ça meuble toujours » (*Exclamations sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*) Qu'il faille de la coordination et de la formation, oui, nous le répétons depuis l'article 2, notamment à propos du dossier médical personnel et du médecin traitant. Mais cet amendement pose un problème de cohérence,

monsieur le président de la commission spéciale, car on ne peut pas refuser ceux de l'opposition au motif qu'ils compliqueraient le texte et accepter celui-ci.

Vous dites, monsieur Mallié et monsieur Vitel, que le Gouvernement « mettra à l'étude la création », ce qui n'engage pas à grand-chose. Je m'étonne d'ailleurs que cette façon de présenter votre amendement ait permis de le faire déclarer recevable au regard de l'article 40 car, comme vous le dites vous-mêmes, cette mesure serait financée par l'assurance maladie et, le cas échéant, par les organismes de protection sociale complémentaires. Or, si lesdits organismes n'entrent pas dans le champ d'application de l'article 40, les caisses d'assurance maladie, elles, en font partie.

Je crois que tout cela n'est pas très sérieux. Certes, il existe un réel besoin d'information. Nous avons eu un débat sur les plates-formes de services, au sujet desquelles il y a effectivement un vrai travail à réaliser, parce qu'il ne s'agit pas seulement de mettre en place un numéro de téléphone, mais d'organiser tout un service chargé d'optimiser la prise en charge. Franchement, ce que vous nous proposez ici, comme le disait M. Le Guen, c'est un gadget. Cela peut faire plaisir à certains, mais ce n'est certainement pas à la hauteur des ambitions que vous semblez afficher par ailleurs. Et quand vous validez ce type de propositions, monsieur le ministre, on ne peut que s'interroger sur la réalité de votre volonté d'apporter des réponses aux problèmes rencontrés par notre système de sécurité sociale. Que vous décidiez, pour des raisons politiques, de valider les amendements de vos amis de la majorité, on peut le comprendre, mais dans ce cas ayez l'honnêteté de le reconnaître.

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Et les Anglais ?

M. Claude Evin. M. Bertrand nous a dit cet après-midi que le système anglais n'était pas à prendre comme modèle. Il faudrait que vous vous mettiez d'accord, tous les deux !

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Tout n'est pas bon à prendre dans le système anglais, mais nous pourrions nous inspirer de certains aspects de son organisation !

M. Claude Evin. Tout cela ne me paraît pas très sérieux, et je crois que cet amendement ne mérite pas d'être adopté.

M. Jean-Marie Le Guen. Le système britannique est un système d'Internet, pas un système de téléphone !

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Téléphone et Internet !

M. Jean-Marie Le Guen. Vous vous trompez !

Mme la présidente. La parole est à M. Richard Mallié.

M. Richard Mallié. Avec tout le respect que je vous dois, mon cher collègue Evin, je dois dire que le conseil qui vous a été donné tout à l'heure par M. le ministre, selon lequel vous devriez voyager, me paraît on ne peut plus judicieux. En effet, j'ai cité l'Angleterre et le Canada, mais sachez que l'Australie et Singapour sont en train de mettre en place la télémédecine, ainsi qu'un bon nombre d'autres pays, notamment la Belgique.

M. Claude Evin. Cela n'a rien à voir !

M. Richard Mallié. La Belgique s'est mise elle aussi à la télémédecine. (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste.*)

J'ai parlé, en présentant mon amendement, de nouvelles technologies. Il semble que vous n'avez pas lu entièrement cet amendement, car il y est question de téléphone, mais aussi d'Internet.

M. Gérard Bapt. Et le télégraphe optique ?

M. Richard Mallié. Certes, tout le monde n'a pas accès à l'Internet, mais tout le monde, ou presque, a le téléphone, si l'on se réfère au nombre de portables équipant actuellement les Français, sans parler des téléphones fixes. Nonobstant l'opinion négative que vous pouvez avoir au sujet du dispositif dont je propose la mise à l'étude, je vous confirme qu'il donne de très bons résultats là où il s'applique déjà, et je persiste à penser que cet amendement est d'une réelle utilité.

M. Guy Geoffroy. Très bien !

Mme la présidente. La parole est à M. le président de la commission spéciale.

M. Yves Bur, président de la commission spéciale. Pour clarifier les choses, je rappelle qu'il est proposé par cet amendement que le Gouvernement mette à l'étude une consultation à distance par Internet ou par téléphone. En Grande-Bretagne, le NHS direct vous permet d'avoir une consultation assistée par ordinateur, *via* Internet, et en fonction des symptômes, peut vous conseiller soit de consulter un médecin en urgence, soit de prendre contact le lendemain. Il existe aussi une assistance téléphonique assurée par un personnel médical nombreux, notamment des infirmières, qui intervient au téléphone.

S'il est impossible de transposer l'intégralité d'un dispositif d'un pays à l'autre, du fait des différences de cultures, je pense qu'il ne faut pas se priver de la possibilité d'engager des expérimentations, et ne pas hésiter à regarder les choses d'un œil neuf.

M. Guy Geoffroy. Avec pragmatisme !

M. Yves Bur, président de la commission spéciale. En l'occurrence, ces nouveaux moyens de communication permettant l'aide au diagnostic ou le conseil à distance peuvent constituer une solution. En Angleterre ils l'ont été, certainement en réponse à des problèmes de pénurie. En France, il convient d'engager une étude afin de déterminer si cette piste est susceptible de convenir aux habitudes et à la mentalité française et, si ce dispositif paraît de nature à rendre un service, réfléchir à la façon de l'organiser et de le combiner avec les plates-formes. Par son amendement, M. Mallié propose simplement de lancer une étude, afin de jeter un regard sur l'avenir. Je pense que c'est une bonne chose et qu'il ne faut pas fermer cette porte sur l'avenir (« *Très bien !* » sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Martine Billard.

Mme Martine Billard. Je m'interroge sur cette proposition, notamment sur l'expression « permettrait aux patients d'obtenir des informations médicalisées d'orientation au sein du système de soins ». Il me semble que nous avons décidé, tous ensemble, que le médecin traitant constituait l'unique mode d'entrée dans le système de soins. L'amendement de M. Mallié est en contradiction avec ce principe, et je crains que la mise en œuvre de cette proposition n'ait pour effet de relancer le nomadisme médical.

M. Claude Evin. Très juste !

Mme la présidente. Je mets aux voix le sous-amendement n° 8459.

(Le sous-amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 8449, modifié par le sous-amendement n° 8459.

(L'amendement, ainsi modifié, est adopté.)

Article 10

Mme la présidente. Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article 10.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. L'article 10 a pour but de permettre le contrôle des bonnes pratiques, dans le respect du secret médical. Il vise à permettre aux caisses d'assurance maladie de vérifier que les actes et les traitements prescrits l'ont été à bon escient, respectent les textes législatifs et réglementaires et respectent, surtout, la qualité des soins. Nous sommes entièrement d'accord sur cette première partie de l'article.

La première réserve que nous émettons porte sur la capacité effective à contrôler ces pratiques, qui passe par la nécessité d'obtenir le consensus sur leur définition, ce qui n'est déjà pas simple. La communication des données dans le respect du secret médical pose un autre problème. Enfin, la mise en œuvre du contrôle médical des caisses risque de pâtir de la pénurie de médecins de caisse, dont les effets se font déjà sentir, mais aussi du fait que le contrôle médical n'est actuellement guère orienté vers la vérification des pratiques.

Cela étant, c'est le dernier paragraphe de l'article 10 qui pose le plus gros problème. En effet, autant il est naturel, me semble-t-il, de sanctionner – après lui avoir donné l'occasion de s'expliquer – le professionnel qui ne respecterait pas les bonnes pratiques, autant il est surprenant de mettre en cause le patient. Pourquoi celui-ci devrait-il être moins bien remboursé si son médecin n'a pas appliqué les bonnes pratiques ? (« *Très bien !* » sur les bancs du groupe socialiste.)

Ainsi, non seulement le patient ne serait pas correctement soigné, puisque son médecin n'aurait pas appliqué les bonnes pratiques, mais en plus il serait pénalisé financièrement.

Mme Elisabeth Guigou. C'est la double peine !

M. Jean-Luc Prével. Il me semble donc que ce paragraphe devrait être supprimé, ce que certains de nos collègues de l'UMP pensent sans doute également.

M. Franck Gilard. Comment un médecin peut-il être opposé à cette mesure ?

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Bapt.

M. Gérard Bapt. M. Prével a fort bien résumé les choses.

M. Yves Bur, président de la commission spéciale. Dans ce cas, Il est inutile de les répéter !

M. Gérard Bapt. Il résume bien les choses, mais il n'en tire pas les conséquences, car, au bout du compte, il vote pour.

En ce qui nous concerne, nous sommes d'accord avec cet article lorsqu'il indique que le contrôle médical a lieu sur le caractère médicalement justifié des actes, sur les prescriptions des médicaments, sur les arrêts de travail, les prescriptions de transport, la présentation du dossier médical personnel, les avis rendus par le contrôle du service médical, la prise en charge à 100 % des affections de

longue durée, et que les caisses doivent également vérifier que les actes et les dispositifs médicaux prescrits correspondent à ceux validés par l'ANAES, ainsi qu'aux référentiels de bonnes pratiques des professionnels.

Le problème, ce sont les sanctions, que l'on nous dit très équilibrées, à l'encontre du prescripteur et de l'assuré. Pour le prescripteur, on sait combien ces sanctions sont progressives, allant du simple avertissement jusqu'à l'amende. En revanche, pour l'assuré, il n'y a pas de progression, mais une seule sanction : dans l'hypothèse où son médecin commettrait une erreur ou pratiquerait un acte indu, il ne serait pas remboursé. Ce pauvre patient, qui n'a même pas participé à la décision thérapeutique, n'en peut mais et se voit infliger une double peine : mal soigné, il sera également pénalisé sur le plan du remboursement.

Très inquiétant en lui-même, cet article annonce par ailleurs les articles suivants, qui ont pour objet de procéder à des déremboursements systématiques. Comme le dit l'excellent rapport de M. Dubernard, page 167, il faut lire cet article dans les perspectives ouvertes par les articles 13 à 15 du projet, qui élargissent considérablement l'éventail des sanctions et contrôlent les prescriptions, définissant en particulier la prise en charge indu. Tout cela aboutira à la pénalisation de l'assuré.

Nous considérons que le dernier alinéa de l'article 10 est totalement inacceptable, car il aboutit à sanctionner l'assuré pour une faute commise par le prescripteur.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen. Cet article est le premier de toute une série dont l'inspiration politique est résumée par l'expression de « liquidation médicalisée », visant à permettre le contrôle du respect d'accords de références médicales opposables, ou d'accords conventionnels, avec la particularité que cette politique est dirigée contre les assurés.

La philosophie des articles 10 à 15 s'inscrit dans la séquence de communication du Gouvernement en réponse à ceux qui prétendent que les difficultés de l'assurance maladie proviennent des abus. Cette séquence a été inaugurée par l'épisode grotesque et scandaleux sur la carte Vitale (*Protestations sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

Je qualifie cet épisode de grotesque, car personne ne peut raisonnablement prétendre que l'effet « carte Vitale » constitue la source du déficit de l'assurance maladie. Des anomalies peuvent, certes, survenir lorsque les assurés changent de région ou de statut – passant de celui de salarié à celui d'indépendant, ou *vice versa* –, mais ces phénomènes marginaux ne sont pas de nature à expliquer les difficultés de l'assurance maladie.

Cet épisode m'apparaît également scandaleux, car je me rappelle avoir vu M. le ministre exhiber une carte Vitale, en affirmant que c'était celle d'un assuré qui, bénéficiant d'une ALD à 100 % en raison du cancer dont il était atteint, avait fait profiter de sa carte vingt-cinq autres personnes.

Plusieurs députés du groupe de l'Union pour un mouvement populaire. Mais c'est arrivé !

M. Jean-Marie Le Guen. Chacun s'est demandé comment vous aviez pu, monsieur le ministre, entrer en possession de cette carte – vous-même et la personne vous l'ayant remise – en violation du secret médical. Bien sûr, ce n'était pas le cas. Toutefois, en procédant de la sorte,

vous alimentiez les craintes des personnes qui s'imaginent que, lorsqu'on constitue un dossier médical personnel, n'importe qui – y compris un ministre – pourra aller y chercher des informations. Peut-être n'aviez-vous pas pensé à cet aspect des choses ?

En tout état de cause, les Français qui ont reçu cette information de façon aussi brutale, au cours d'une émission de télévision, se sont dit que si vous pouviez être en possession de la carte Vitale de ce monsieur qui a un cancer, vous pouviez aussi avoir la leur et donc savoir de quoi ils souffraient et ce qui avait été consommé sur cette carte.

Bien sûr, ce n'était pas la carte Vitale de quelqu'un qui était dans cette situation car vous êtes respectueux des lois et vous ne pouviez donc pas avoir connaissance du dossier médical du malade. C'était tout simplement un stratagème pour étayer une pédagogie un peu simpliste servie par des médias qui, eux-mêmes, se sont montrés un peu simplistes devant votre démonstration. (*Exclamations sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Je note que vous n'avez toujours pas digéré cette intervention télévisée !

M. Jean-Marie Le Guen. J'en reviens donc à cette période idéologique inaugurée par ce moment de communication portant sur les abus et les fraudes.

Plusieurs députés du groupe de l'Union pour un mouvement populaire. Eh oui, il y en a !

M. Jean-Marie Le Guen. Cet aspect est précisément traité à l'article 10 du projet de loi, qui n'apporte rien de nouveau si ce n'est dans son dernier paragraphe. Mais celui-ci est tellement scandaleux que vous vous apprêtez à le supprimer.

M. Hervé Mariton. Votre démonstration s'arrête là !

M. Jean-Marie Le Guen. Il est vrai que vous pouvez difficilement justifier qu'un malade ne soit pas remboursé au prétexte que des actes et des prescriptions ont été délivrés à tort par un médecin. Ce serait le comble de l'irresponsabilité du corps médical et de la chasse aux assurés !

J'imagine que vous n'allez pas oser aller jusque-là et que, pour gagner du temps, on pourrait purement et simplement supprimer l'article 10, cette guillotine dont le tranchant ne s'abatrait que sur le cou des assurés.

On peut cependant se demander, monsieur le ministre, comment vous-même avez pu proposer un tel dispositif. Cet article est tellement contradictoire avec la compassion naturelle que les professionnels de santé peuvent avoir vis-à-vis de leurs malades et tellement choquant du point de vue social ! Le fait même qu'il puisse figurer dans un texte de la République, validant ainsi la double peine dont seraient victimes les assurés par votre politique, montre bien quelles sont les intentions réelles qui vous animent. Si vous reculez aujourd'hui, c'est que vous êtes conscient de l'énormité de ce que vous avez proposé. (*Exclamations sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Claude Evin.

M. Claude Evin. De M. Prél à M. Le Guen, beaucoup de choses ont été dites avec lesquelles on ne peut être que d'accord. Bien sûr, il peut être nécessaire de vérifier que les engagements pris sont respectés. Ainsi, il faut vérifier si un médecin prescrit bien dans le cadre des indications thérapeutiques – c'est l'article L. 162-4 –, s'il y a eu un

accord préalable – c'est l'article L. 315-2 –, si les médicaments figurent bien sur une liste et sont passés par la procédure de l'AFSSAPS, si les recommandations de bonnes pratiques cliniques et les références professionnelles sont respectées, etc. Mais toutes ces obligations, toutes ces indications ne sont connues que du prescripteur.

Alors, vous allez me dire que le patient peut aussi déroger à la réglementation, par exemple sur les indemnités journalières. Mais ce cas est précisément traité à l'article 15.

En fait, vous avez mélangé dans l'article 10 plusieurs articles du code de la sécurité sociale dont certains sont relatifs aux responsabilités du médecin et d'autres relèvent de celles de l'assuré social. Mais vous ne pouvez en aucun cas pénaliser l'assuré social sur des éléments d'information qu'il ne peut pas avoir lorsqu'il se rend chez un professionnel de santé. Il n'est pas tenu de connaître, en effet, les références médicales opposables ou les prescriptions prévues dans telle ou telle indication thérapeutique.

Il est donc nécessaire de supprimer au moins le dernier alinéa de l'article 10, dont je rappelle les termes : « La prise en charge par l'assurance maladie est subordonnée au respect des conditions mentionnées au présent article. » Je rappelle que la prise en charge par l'assurance maladie est la prise en charge des soins qui sont financés par l'assuré social lui-même. Il n'est pas acceptable – et, en tout cas, les assurés sociaux devront en être clairement informés – qu'on les pénalise du fait que le médecin prescripteur n'ait pas respecté telle ou telle référence médicale opposable ou telle ou telle indication thérapeutique.

Mme la présidente. La parole est à Mme Elisabeth Guigou.

Mme Elisabeth Guigou. L'article 10 est excellent jusqu'à son dernier alinéa. Reprenant en effet des dispositions du code de la sécurité sociale, il dispose que les actes et prescriptions médicales doivent être subordonnés à la vérification de la prise en charge, que les actes pratiqués ou les traitements prescrits ne doivent pas excéder les limites et les indications prévues dans les listes énumérées dans le code, que ces actes et prescriptions doivent respecter les recommandations de bonnes pratiques cliniques et les références professionnelles mentionnées à l'article L. 162-12-15, que les dépenses présentées au remboursement ne doivent pas méconnaître les engagements conventionnels et ceux prévus dans les contrats et que, pour que tous ces engagements, déjà largement inclus dans le code mais que vous rappelez à juste titre, soient respectés, les caisses d'assurance maladie doivent voir renforcé leur pouvoir de contrôle.

Sur tous ces points, nous sommes entièrement d'accord : oui, il y a des règles ; oui, ces règles doivent être respectées ; oui les caisses d'assurance maladie doivent avoir les moyens de vérifier que ces règles sont respectées.

Malheureusement, tout cela dérape complètement dans le dernier alinéa de cet article, dont je rappelle les termes : « La prise en charge par l'assurance maladie est subordonnée au respect des conditions mentionnées au présent article. » Et là, on croit rêver. On pouvait penser en effet, à la lecture des alinéas précédents, que les sanctions, en cas de non-respect des règles, seraient pratiquées sur les médecins. Mais tel n'est pas le cas. Si l'on s'en tient à votre article 10, ce sont les patients qui seront sanctionnés lorsque les professionnels de santé ne respecteront pas les règles !

Ce n'est pas seulement un choix idéologique, c'est ubuesque. Au point d'ailleurs que le rapporteur, dans sa grande sagesse, a dû intervenir au cours de la séance de la commission consacrée à l'examen de cet article. « Le rapporteur a reconnu que la sanction du patient dont le praticien n'a pas respecté les bonnes pratiques mérite d'être revue d'ici à l'examen en séance publique », peut-on ainsi lire dans le rapport.

Or rien n'a été revu, nous vous demandons donc de supprimer cet alinéa.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Je tiens simplement à préciser que la commission a adopté un amendement tendant à supprimer ce dernier alinéa.

Mme la présidente. La parole est à Mme Martine Billard.

Mme Martine Billard. Monsieur le rapporteur, de deux choses l'une : soit l'article 10 a une raison d'être et il faut maintenir le dernier alinéa, soit vous le supprimer et il faut alors supprimer aussi l'article, qui ne fait que reprendre des dispositions déjà prévues dans le code de la sécurité sociale.

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. On va remplacer l'alinéa en question, n'ayez pas peur !

Mme Martine Billard. Si, justement, ce remplacement nous inquiète !

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Vous allez être pris à votre propre piège !

Mme Martine Billard. Nous verrons !

Le titre de l'article 10 dans le rapport est en tout cas significatif : « Liquidation médicalisée ». En termes de comptabilité, il s'agit d'une opération de comparaison avec les factures. La liquidation est en effet une phase que l'on trouve dans les logiciels de comptabilité des hôpitaux : on vérifie que la ligne comptable a le même montant que la facture correspondante. Ce titre annonce donc la couleur : on est dans la maîtrise comptable. Dès lors, le dernier alinéa a toute sa raison d'être. Dans la logique comptable, le non-respect d'un certain nombre de normes établies à partir des articles du code entraîne en effet des sanctions. Mais celles-ci sont prises à l'encontre non pas, comme on pouvait s'y attendre, des professionnels de santé – voire de l'hôpital –, mais des patients.

Vous nous dites, monsieur le ministre, que nous allons être surpris. Peut-être la sanction va-t-elle tomber sur ceux qui n'ont pas respecté les bonnes pratiques ? Pour l'heure, la question reste ouverte.

En réalité, le rapport de l'IGAS nous apporte quelques informations. Il indique en effet que la liquidation des prestations repose sur des données déclaratives sous format papier et non recoupées avec les données internes ou externes qui rendent le système fragile. Il précise encore que la liquidation des prestations en nature est trop souvent déconnectée d'une appréciation médicale.

On peut considérer qu'entre ces observations et l'article 10, il y a eu glissement. Il a été décidé de s'attacher aux failles qui apparaissent dans le traitement de l'outil de liquidation en prévoyant des sanctions au lieu d'ouvrir un débat avec les professionnels.

À cet égard, je rappellerai qu'en matière d'arrêt de travail, nombre de médecins ont refusé de mentionner le motif de l'arrêt de travail sur les feuilles d'assurance maladie parce que ces dernières sont traitées par des personnes non soumises au secret médical. Ce n'est qu'en cas de contrôle médical qu'ils acceptent de révéler la maladie.

La liquidation que vous nous proposez à l'article 10 soulève donc deux problèmes : d'une part, le respect du secret médical puisque le contrôle massif que vous souhaitez sera effectué, non pas par les seuls médecins du contrôle médical, mais par l'ensemble des salariés des caisses d'assurance maladie, et, d'autre part, la sanction des patients prévue au dernier alinéa.

Mme la présidente. La parole est à M. Patrick Braouezec.

M. Patrick Braouezec. Nous ne pouvons pas accepter le sens et l'orientation générale de l'article 10. Il culpabilise en effet les assurés et les métiers de la santé. Il remet en cause la liberté de prescrire et le secret médical au nom des références médicales opposables et il prévoit le déremboursement.

En fait, l'ensemble de l'article vise à donner un nouveau rôle aux caisses et au service médical de l'assurance maladie. Dorénavant, il leur faudra contrôler préalablement les prescriptions. Cet article jette donc un voile de suspicions sur les médecins, les malades et les prescriptions médicales. C'est une fois de plus émettre, par principe, de lourdes réserves sur la liberté de prescription du médecin.

Aujourd'hui, avec ce texte et cet article en particulier, vous instaurez le contrôle en amont du remboursement. Vous ouvrez ainsi sans ambiguïté la voie au déremboursement. Il n'y a aucune raison pour que le pouvoir de surveiller, assorti au pouvoir de ne pas rembourser, ne finisse pas par s'exercer au détriment de l'assuré. Je ne sais si c'est le roi Ubu ou le prince Machiavel qui est à l'origine de tout cela. En tout état de cause, le risque existe bel et bien de voir le déremboursement s'imposer peu à peu comme une méthode de gestion des caisses lorsque celles-ci se trouveront en déficit.

Le contrôle *a priori* est un contrôle préventif. A cet égard, les exemples sont nombreux. En effet, les néo-conservateurs ont inventé la guerre préventive. Avec EDF, le ministre des finances invente la privatisation préventive.

Plusieurs députés du groupe de l'Union pour un mouvement populaire. Cela n'a rien à voir !

M. Patrick Braouezec. On est dans le même registre !

La présente loi, elle, invente le contrôle préventif. Et c'est l'assuré qui va en faire les frais.

De fait, le libellé même de cet article est une tentative de culpabilisation de tous les partenaires, qu'il s'agisse des assurés sociaux ou des professionnels de santé.

Cet article stipule que « les assurés sociaux et les professionnels de santé ayant réalisé des actes ou prestations ou délivré des produits sont tenus, le cas échéant, de fournir à la caisse ou au service du contrôle médical les éléments nécessaires aux vérifications ».

Vous allez obliger les patients et les médecins à se justifier en permanence. Chaque assuré, chaque médecin sera sommé de prouver qu'il n'est pas coupable de trop dépenser. Ce n'est pas la bonne voie !

Tout d'abord, le droit à la protection de son existence est un droit universel de l'homme, garanti par la nation ; il est inaliénable. Ensuite, vous ne pouvez pas réduire le droit à la santé à une maîtrise comptable des dépenses.

Dans ce nouvel évangile législatif, les assurés sociaux, comme les médecins, sont *a priori* foncièrement mauvais. Ils cherchent à faire leur beurre sur le dos de l'assurance maladie.

Certes, comme l'a indiqué Mme Guigou, des mesures de contrôle sont nécessaires. Heureusement, elles existent ! Aujourd'hui, le contrôle passe par des médecins conseils et des contrôleurs. Ceux-ci peuvent vérifier *a posteriori* la validité d'une opération. Il y a peut-être dans un tel système des choses à améliorer, mais rien ne justifie qu'on culpabilise à ce point les intéressés !

Les chiffres les plus fantaisistes circulent sur les abus. Pour l'instant, l'existence massive ou significative de prescriptions abusives n'est pas avérée. Seul le chiffre d'un à deux cas pour 1 000 semble pouvoir être sérieusement retenu, d'après l'article de Dominique Sicot dans *Le Monde diplomatique* de juillet. Nous sommes loin des abus et du gisement d'économies que certains évoquent !

Pourtant, ce sont toujours les mêmes qui sont montrés du doigt : les assurés et les médecins. Cette mise en accusation implicite n'est pas acceptable dans le cadre d'une loi.

Mais d'autres aspects de l'article 10 méritent d'être dénoncés. L'article fait référence dans un premier temps au secret médical, mais l'ignore ensuite en subordonnant le remboursement à la délivrance d'éléments nécessaires aux vérifications. Quels sont ces éléments qui ne seraient pas liés au secret médical ? Nous sommes là sur une pente très dangereuse.

Nous voyons resurgir les références médicales opposables. Le médecin perd sa liberté d'apprécier les besoins du patient au profit « des règles et des référentiels associés au remboursement ». Le contrôle administratif se substitue donc à la consultation. Le règlement et le papier remplacent le contact direct du médecin avec son patient.

Le gestionnaire rêve de mettre en place, dans le domaine des soins, une organisation du travail calquée sur le monde de l'entreprise. Nous y voyons le germe d'une bureaucratisation évidente puisque, au nom d'une maîtrise comptable des dépenses, la contrainte administrative s'accroît sur le traitement proposé par le professionnel de santé. Nous glissons d'une gestion médicale à une gestion administrative, voire bureaucratique. Qu'en sera-t-il de la qualité des soins et du respect de la complexité de certains traitements ?

Les soins à la personne ne sont pas des services comme les autres. Ils sont une part essentielle du droit à une existence convenable.

Bien entendu, la dérive des dépenses n'est pas un gage de qualité des soins. Bien entendu, la fraude doit être combattue. Mais nous ne voulons pas d'une médecine réduite à son aspect technique, qui ne prend en compte que l'organe en ignorant la personne, ses conditions de vie et de travail.

Il aurait fallu définir une frontière correcte entre ce qui doit effectivement relever de la décision collective, mise en place si nécessaire par la contrainte économique, et ce qui doit relever de la compétence exclusive des professionnels du soin.

Il est légitime pour notre collectivité de s'intéresser aux activités des professionnels de santé, à leur nombre, à leur répartition à l'intérieur du système de soins et sur le territoire. D'ailleurs, elle en a réellement besoin !

Quand la puissance publique s'aventure dans le champ de compétence des professionnels, elle ne peut être vécue que comme une agression et ressentie comme une suspicion. C'est pourtant le chemin que vous avez choisi !

Mais surtout, la contrainte économique va pénaliser les assurés, et parmi eux les plus modestes. Je voudrais insister sur ce point. Les prescriptions ne dépendent que des professionnels de santé. Le déremboursement va d'abord toucher l'assuré.

Dans son célèbre livre *Surveiller et punir*, Michel Foucault relate l'histoire des prisons, du contrôle des corps et des âmes. Votre loi sur l'assurance maladie pourrait s'intituler ainsi : « Surveiller, punir et frapper au portemonnaie ». L'assuré n'est plus qu'un coupable potentiel et qu'un puni en devenir !

M. Hervé Mariton. C'est l'hôpital qui se moque de la charité !

M. Patrick Braouezec. Si un contrôle juste et équilibré des dépenses est nécessaire, nous refusons la culpabilisation des assurés et celle des médecins. Nous ne pouvons accepter non plus la remise en cause implicite du secret médical, ni la remise en cause de la liberté de prescrire. Nous ne pouvons accepter la banalisation du contrôle préventif. Nous ne pouvons accepter le risque de voir le déremboursement devenir une méthode de gestion. C'est pourquoi nous nous opposons à la philosophie générale de l'article 10.

M. Yves Bur, président de la commission spéciale. Nous avons compris !

Mme la présidente. La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Madame la présidente, à mon tour de m'arrêter un instant sur cet article. Je voudrais, en pesant mes mots, affirmer devant la représentation nationale que cet article est un tournant historique dans une réforme de l'assurance maladie.

Depuis maintenant deux mois, j'entends dire que cette réforme ne change pas beaucoup de choses, ou encore, comme on vient de l'entendre, qu'elle risque d'entraîner une privatisation de notre système de soins.

Cet article est au cœur de notre réforme. De quoi s'agit-il ? De la réforme médicalisée. Pour la première fois dans l'histoire de notre pays depuis 1945, nous allons rapprocher et mettre en cohérence d'un côté les bonnes pratiques médicales et de l'autre les remboursements. C'est une réforme majeure, qu'aucun gouvernement n'a jamais osé faire !

M. Patrick Braouezec. C'est exact, mais on ne s'en plaignait pas !

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Personne ne l'a fait ! Et cette réforme a été acceptée par les syndicats médicaux ! Ce ne sont pas les salariés, ni les assurés, ni les usagers qui vont être pénalisés.

Mme Elisabeth Guigou. Bien sûr qu'ils le seront !

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Je suis désolé, ce n'est pas vrai et c'est mentir que de dire cela !

Mme Elisabeth Guigou. Ah bon ?

M. Jean-Louis Bernard. Qu'avez-vous fait, madame Guigou ?

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Laissez-moi parler, madame Guigou, comme j'ai moi-même respecté vos propos tout à l'heure !

Ce ne sont pas les assurés qui vont être cloués au pilori, ni les médecins. C'est la responsabilité des uns et des autres qui sera étudiée. Et lorsque nous serons en présence d'un patient qui aura passé huit échocardiographies en une semaine...

M. Patrick Braouezec. Cela n'existe pas !

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Excusez-moi, monsieur Braouezec, cela existe si l'on en croit les études épidémiologiques de l'ANAES, qui ne sont pas réalisées uniquement par des gens de l'UMP ! Aujourd'hui, on le sait, certains patients effectuent des examens redondants. Qui est en cause : l'usager ou le médecin ? Cet article va permettre de le savoir.

M. Patrick Braouezec. Il y a peu d'exemples comme celui que vous avez cité !

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Je vous indique que je dispose d'une vingtaine d'exemples de la sorte !

Monsieur Braouezec, je vous ai bien écouté. Je reconnais que la dernière phrase de l'article tient l'assuré pour seul responsable. Mais je pense que la responsabilité peut incomber au médecin comme à l'assuré. C'est la raison pour laquelle nous proposons à l'article 13 des sanctions individuelles pour les médecins libéraux. Cela n'a jamais été fait auparavant ! Il s'agira tout d'abord d'un avertissement, puis de sanctions financières et enfin le médecin sera déconventionné. Et les syndicats médicaux ont accepté ce dispositif ! Alors arrêtons de désigner les médecins libéraux comme des gens incapables de prendre leurs responsabilités !

J'en reviens à l'article 10. Le Gouvernement vous propose, au travers d'un amendement n° 8455, de rédiger ainsi le dernier alinéa du texte proposé pour l'article L. 314-1 du code de la sécurité sociale : « Lorsqu'une anomalie est constatée par la caisse ou le service médical, ceux-ci apprécient les responsabilités respectives de l'assuré ou du professionnel de santé dans l'inobservation des règles prévues au présent article. En fonction de cette appréciation et des irrégularités relevées, il est fait application des procédures prévues au présent code et notamment celles mentionnées aux articles L. 162-1-14, L. 162-1-15 et L. 315-2. Si l'irrégularité est imputable à l'assuré ou à son ayant droit, la caisse peut décider de ne pas procéder à la prise en charge des frais. » (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen. Madame la présidente, je vous demande une suspension de séance, pour étudier cet amendement.

Suspension et reprise de la séance

Mme la présidente. La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à vingt-trois heures vingt-cinq, est reprise à vingt-trois heures trente-cinq.*)

Mme la présidente. La séance est reprise.

Je suis saisie de quinze amendements identiques, n°s 952 à 963, 7018, 7493 et 7566.

Les amendements n°s 952 à 963 ne sont pas défendus.

La parole est à M. Jean-Marie Le Guen, pour soutenir l'amendement n° 7018.

M. Jean-Marie Le Guen. Nous proposons par cet amendement la suppression de l'article 10.

Mme la présidente. L'amendement n° 7493 est-il défendu ?

M. Jean Dionis du Séjour. Il est défendu.

Mme la présidente. L'amendement n° 7566 n'est pas défendu.

Quel est l'avis de la commission sur ces amendements ?

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Rejet.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le secrétaire d'Etat à l'assurance maladie. Rejet.

Mme la présidente. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n°s 7018 et 7493.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de douze amendements identiques, n°s 2620 à 2631.

La parole est à M. Patrick Braouezec.

M. Patrick Braouezec. Il s'agit par cet amendement de supprimer le premier alinéa de l'article 10. En effet, ce premier alinéa, qui ouvre aux caisses la faculté de ne pas procéder aux remboursements des actes ou des prescriptions si elles considèrent qu'ils ne sont pas justifiés, est inacceptable à nos yeux.

Je veux tout d'abord vous faire observer, monsieur le secrétaire d'Etat, que contrairement à tout ce que vous pouvez dire, il s'agit bien de remboursements. Vous ne cessez de répéter que vous ne serez pas le ministre des remboursements, et que vous refusez la logique des précédents plans de redressement, qui s'étaient toujours accompagnés de remboursements. Mais la seule lecture de l'article 10 suffit à infirmer vos propos, et le rapport de notre commission spéciale est encore plus éclairant à cet égard. On y lit en effet que « cet article vise à donner aux services des organes gestionnaires des régimes de l'assurance maladie une mission de « liquidation médicalisée », c'est-à-dire de permettre aux caisses et au service médical de contrôler, dès la demande de remboursement, le respect de divers dispositifs ayant pour objet la mise en place d'une maîtrise des dépenses d'assurance maladie ». « Contrôler la demande de remboursement » dans un objectif de « maîtrise des dépenses de santé » : de tels termes ne traduisent pas le souci d'une gestion raisonnable – au sens de « fondée sur la raison » – que nous partagerions, mais l'organisation d'une gestion policière. Il s'agit pour vous de durcir tous les critères de remboursements et de faire peser sur les prescriptions des exigences et des contraintes renforcées. Et ce sont ces contraintes renforcées que vous demandez à tous les acteurs de respecter. Or nous savons que d'autres avant vous ont pratiqué une telle politique de durcissement des conditions de remboursement : en vain puisque nous déplorons toujours l'importance du déficit.

Force est donc de reconnaître que cette politique ne vise qu'à soumettre tous les acteurs du système de soins à des critères dont vous savez pertinemment qu'ils ne pourront pas être respectés, sauf à jouer sur la qualité des soins, et à les sanctionner en conséquence par des remboursements importants.

Vous aurez compris que nous ne partageons pas cette vision. Nous refusons de nous faire les complices de cette volonté de réduire le périmètre de prise en charge de l'assurance maladie, qui, loin de poursuivre un objectif de bonne pratique médicale, obéit à des considérations strictement financières.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Rejet.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le secrétaire d'Etat à l'assurance maladie. Rejet.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen. Sans vouloir jouer les trouble-fête, j'aimerais savoir, madame la présidente, comment on peut engager la discussion d'un article quand on attend encore un amendement du Gouvernement sur cet article. Une telle façon d'agir ne pose pas seulement problème en termes de respect du règlement : on peut se demander quel sens cela peut avoir.

Mme la présidente. Cet amendement, n° 8455, figure dans la liasse d'amendements, monsieur Le Guen, et il sera examiné dans la suite du débat. Nous avons suspendu la séance précisément pour vous laisser le loisir d'en prendre connaissance !

Mme Martine Billard et M. Jean-Marie Le Guen. Nous ne l'avons pas eu !

Mme la présidente. Il va vous être distribué.

La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen. Je voulais rappeler, madame la présidente, que le Gouvernement, après que je l'ai solennellement rappelé à l'ordre au début de l'examen de ce texte, s'était engagé à présenter un seul amendement qui n'aurait pas été examiné auparavant par les députés. Il a en effet présenté un amendement à l'article 8, dont on a débattu alors que nous n'avions pas pu en prendre connaissance avant la discussion. Et voilà qu'arrive un nouvel amendement dont nous n'avons toujours pas pu prendre connaissance au moment où je vous parle ! Preuve est faite que le Gouvernement ne respecte pas ses engagements à l'égard de l'Assemblée nationale.

M. Claude Evin. Et s'il n'y avait que ces engagements-là !

Mme la présidente. Mes chers collègues, l'amendement qui a été déposé par le Gouvernement se trouve dans la liasse qui va vous être distribuée.

Mme Martine Billard. C'est fondamental ! Cela change tout le débat !

Mme la présidente. La parole est à M. le secrétaire d'Etat.

M. le secrétaire d'Etat à l'assurance maladie. Cet amendement a été déposé hier soir. Ce dépôt est motivé par certaines interrogations qui ont été exprimées par les parlementaires au fil de la discussion. Il serait d'ailleurs peut-être plus juste de parler de sous-amendement.

Je profite de l'occasion pour rassurer M. Le Guen et M. Evin : non seulement le Gouvernement respecte ses engagements, mais il respecte aussi les parlementaires, sur quelques bancs qu'ils siègent.

Mme la présidente. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n°s 2620 à 2631.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Mes chers collègues, vous devez désormais avoir entre les mains l'amendement du Gouvernement.

Je suis saisie d'un amendement n° 8283.

La parole est à M. le rapporteur, pour le soutenir.

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Rédactionnel.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le secrétaire d'Etat à l'assurance maladie. Favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 8283.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 8218.

La parole est à M. Yves Bur, pour le soutenir.

M. Yves Bur, président de la commission spéciale. Nous proposons par cet amendement de rédiger ainsi, après les mots « prestations de l'assurance maladie », la fin du premier alinéa du texte proposé pour l'article L. 314-1 du code de la sécurité sociale : « , les caisses avec l'appui du service médical de l'assurance maladie, dans le respect du secret professionnel et médical, vérifient : ».

Il s'agit de spécifier que l'ensemble des personnels des caisses de l'assurance maladie est tenu au respect du secret professionnel, les professionnels de santé étant soumis au secret médical.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. La commission a accepté cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le secrétaire d'Etat à l'assurance maladie. Le Gouvernement est favorable à cet amendement, bien plus important que ne le laisse supposer son aspect purement rédactionnel.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen. Je suis sur ce point absolument d'accord avec ce que vient de dire M. le secrétaire d'Etat, car cet amendement introduit une perspective tout à fait nouvelle. Il ne s'agit plus là de la simple logique des protocoles de soins, qui fait très légitimement intervenir le contrôle médical de la caisse, s'agissant d'un droit supplémentaire accordé à l'assuré : il est alors normal que la caisse exerce un contrôle à la fois en matière de soins et en termes d'ouverture de droits.

Ce qui nous est proposé là, en revanche, est tout à fait nouveau. Il s'agit de faire de la caisse d'assurance maladie l'agent de surveillance des médecins et des assurés, sous le prétexte du respect du secret professionnel et du secret médical, qui est en réalité un aspect tout à fait secondaire de cet amendement.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 8218.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. En conséquence, les amendements n°s 8420 de M. Jean-Marie Le Guen, 66 de M. Guillaume, 8270 de Mme Martinez et 7835 de M. Censi tombent.

Je suis saisie de douze amendements identiques, n°s 964 à 975.

La parole est à M. Patrick Braouezec.

M. Patrick Braouezec. Par ces amendements, nous proposons de supprimer le 1° du texte proposé pour l'article L. 314-1 du code de la sécurité sociale, qui fixe une première série de dispositions dont le respect peut faire l'objet de contrôles par les caisses. Cela concerne

l'ensemble des conditions auxquelles est subordonnée la prise en charge, notamment les exigences prévues par les articles L. 162-4, L. 162-4-1, L. 161-46, L. 315-2, L. 322-3 et L. 324-1 du code de la sécurité sociale.

L'article L. 162-4, modifié par la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, précise que le médecin est tenu de signaler sur l'ordonnance le caractère non remboursable par l'assurance maladie des produits, actes et prescriptions ; l'article L. 162-4-1 précise que le médecin doit indiquer les éléments d'ordre médical motivant l'interruption de travail ou la prescription de transport en vue d'un remboursement ; l'article L. 161-46, introduit dans le code de la sécurité sociale par l'article 2 du présent projet de loi, vise à ce que chaque professionnel de santé reporte sur le dossier médical personnel les éléments diagnostiques et thérapeutiques concernant la personne prise en charge, et que le niveau de prise en charge des actes et prestations de soins soit conditionné à l'accès du professionnel de santé au dossier médical personnel ; l'article L. 315-2, modifié par l'article 15 du présent projet de loi, relatif au contrôle des indemnités journalières, concerne les modalités du contrôle : il rappelle que « tout assuré est tenu de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical ».

L'article L. 322-3, modifié par l'article 3 du présent projet de loi, détaille les différentes situations où la participation de l'assuré peut être réduite ou supprimée, cette réduction ou cette suppression pouvant être subordonnée au respect de certaines conditions. Enfin l'article L. 324-1, modifié par l'article 3 du présent projet de loi, vise à réglementer les conditions auxquelles les personnes atteintes d'une affection de longue durée peuvent continuer à bénéficier de ce statut.

Quelle observation pouvons-nous faire ? Que les références portent sur des articles qui imposent des règles dans les prescriptions.

Quelles conséquences entraînent cet article 10 ? Que le non-respect de ces règles n'ouvrira pas droit au remboursement. Mais qui ne respecte pas ces règles ? Le médecin ! Pourquoi alors pénaliser l'assuré social ? Et ce n'est pas l'amendement du Gouvernement qui pourra l'empêcher. En outre, est remis en cause le savoir-faire des professionnels de santé.

Cet article est voué à l'échec, car, pour finir, le médecin, sachant qu'il ne sera pas inquiété par une quelconque sanction – car c'est l'assuré qui sera victime de cette situation et qui en fera les frais –, ne changera pas de comportement.

Votre but est donc bien de réduire les remboursements. Voilà pourquoi nous demandons la suppression de cet alinéa.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Défavorable.

Mme la présidente. Avis défavorable du Gouvernement.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n°s 964 à 975.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 8284.

La parole est à M. le rapporteur, pour le soutenir.

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Amendement de conséquence.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Favorable.

Je mets aux voix l'amendement n° 8284.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 7862.

La parole est à M. Jean-Marie Le Guen, pour le soutenir.

M. Jean-Marie Le Guen. Il est défendu.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Défavorable.

Mme la présidente. Avis défavorable du Gouvernement.

Je mets aux voix l'amendement n° 7862.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de douze amendements identiques, n°s 976 à 987.

La parole est à M. Patrick Braouezec.

M. Patrick Braouezec. Dans le même esprit que les précédents, il s'agit de supprimer le 2° de l'article.

Ces amendements visent à supprimer un outil supplémentaire de contrôle et d'encadrement des prescriptions médicales.

Le 2° visé par les amendements consiste – sans le dire en ces termes – à ouvrir le droit pour les caisses et le service médical de l'assurance maladie de vérifier que les actes réalisés ou les produits et prestations prescrits sont médicalement justifiés. Il sous-entend que les professionnels de santé seraient de grands distributeurs de soins, que les médecins prescrivent trop et sont à l'origine du dramatique déficit de la sécurité sociale, et qu'ils le font délibérément ayant en face d'eux des assurés sociaux irresponsables et boulimiques de solutions médicamenteuses !

Le Gouvernement, voulant rendre sérieuse une argumentation qui ne l'est pas, prévoit un outil qui vient répondre à sa préoccupation : les médecins, « incapables » de prescrire en fonction de leur diagnostic et responsables, autant que les assurés, du déficit, se verront contrôler sur la bonne justification de leur prescription.

Par contre, le Gouvernement juge inutile d'aller voir du côté du financement de notre protection sociale pour accroître les ressources. Il n'est pas non plus justifié, selon lui, de mieux réglementer les prix des médicaments ni de limiter la marge financière des laboratoires pharmaceutiques qui peuvent ne pas demander le remboursement d'une molécule innovante afin d'en fixer librement le prix. Non, il reste dans la même logique, à savoir contrôler le médecin dans sa prescription et culpabiliser le malade !

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Rejet.

Mme la présidente. Avis identique du Gouvernement.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n°s 976 à 987.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de douze amendements identiques, n°s 2632 à 2643.

La parole est à M. Patrick Braouezec.

M. Patrick Braouezec. Ces amendements visent à supprimer, au 2° de l'article, les mots « les actes pratiqués ou ».

Compte tenu de tout ce que nous avons déjà indiqué, il s'agit de dégager les actes effectués de toute vision comptable des dépenses. Je le répète : qu'il y ait un contrôle, c'est normal, mais le systématiser et, surtout, y conditionner le remboursement est inacceptable. On ne peut pas admettre que le patient soit sanctionné en raison d'une prescription dont il n'est pas maître.

En définitive, votre logique est claire. Il s'agit là encore, même si vous essayez de nous rassurer, de faire payer les assurés sociaux, notamment les plus fragiles.

J'ajoute qu'avec ces amendements, nous souhaitons revenir sur les dispositions nées du plan Juppé. En effet, ce plan, dévastateur pour notre système de sécurité sociale, plane au-dessus de cette réforme.

Dans la rédaction proposée pour le 2° de l'article L. 314-1 du code de la sécurité sociale, les caisses et le service médical pourront vérifier que les actes ou les prescriptions répondent à deux autres types d'exigences. D'abord, selon le *a* de ce 2°, ces actes et prestations ne doivent pas excéder « les limites et indications prévues par les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17 et L. 165-1 » du code de la sécurité sociale. Ces listes fixent les modalités de fixation des listes de prestations et de biens dont le remboursement est assuré par l'assurance maladie. Selon le *b* du 2° de l'article L. 314-1 du code de la sécurité sociale, les actes et les prescriptions doivent également respecter le contenu des « recommandations de bonnes pratiques cliniques et les références professionnelles mentionnées à l'article L. 162-12-15 » du code de la sécurité sociale. Cet article relatif aux références médicales opposables est créé par l'ordonnance du 24 avril 1996.

Encore une fois, vous utilisez des recettes éculées et vouées à l'échec ! Telles sont les raisons de nos amendements.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Rejet.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n°s 2632 à 2643.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de douze amendements identiques, n°s 2644 à 2655.

La parole est à M. Patrick Braouezec.

M. Patrick Braouezec. Ces amendements s'inscrivent dans la même logique que les précédents, puisque nous proposons de supprimer les mots « ou les traitements prescrits ». Là encore, nous voulons que les traitements prescrits échappent aux menaces de déremboursements.

Nous nous opposons à cette sanction qui frapperait les assurés sociaux, alors qu'une prescription inappropriée ne serait pas le résultat de leur fait.

Cette sanction pourrait même prendre la forme d'une double peine, conséquence d'une mauvaise prescription effectuée par un médecin incapable. Tel est le sens de votre projet ; ce n'est pas notre conception des choses.

Double peine, car le malade sera victime d'un mauvais prescripteur et la caisse jugera que les traitements prescrits ne sont pas justifiés et ne peuvent donc pas ouvrir droit au remboursement.

Est-ce vraiment la faute du malade ? Est-il fraudeur en pareil cas ? Assurément, non.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Rejet.

Mme la présidente. Même avis du Gouvernement.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 2644 à 2655.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de douze amendements identiques, n^{os} 2656 à 2667.

La parole est à M. Patrick Braouezec.

M. Patrick Braouezec. Ces amendements visent à supprimer un outil supplémentaire de rationnement des soins qui ne répond qu'à une logique comptable.

L'article L. 314-1 encadre déjà de façon très draconienne, les dépenses de santé. Il définit les références permettant d'identifier les soins et les prescriptions médicalement inutiles ou dangereux. Il détermine également les références rendues opposables aux professionnels de santé et les conditions de cette opposabilité.

Créé en 1996, ce dispositif est déjà une entrave au droit de prescrire, car il prévoit que les actes ou les traitements soient médicalement justifiés et bien prescrits dans des conditions bien définies pour éviter tout abus, supposant que le médecin ne le sache pas et participe ainsi à amplifier les abus.

Parce qu'il a montré son inefficacité en matière de réduction des dépenses de santé, vous cherchez aujourd'hui à mettre en œuvre un autre système qui aboutira à la prise en charge des dépenses de santé par les patients, et non plus par le système d'assurance maladie solidaire.

Il serait d'ailleurs intéressant de savoir combien coûtent à la CNAM, en moyens financiers et humains, tous ces systèmes de contrôle censés aboutir à la réduction des dépenses socialisées de santé, et dont l'efficacité est plus que douteuse, puisqu'elles sont aussi génératrices de dépenses.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Rejet.

Mme la présidente. Même avis du Gouvernement.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 2656 à 2667.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de douze amendements identiques, n^{os} 2668 à 2679.

La parole est à M. Patrick Braouezec.

M. Patrick Braouezec. Encore une fois, nous voulons supprimer une référence opposable au remboursement des soins d'un malade.

Ici, il s'agit de la référence opposable à l'article L. 162-1-7 qui concerne la liste des actes ou prestations réalisés par un professionnel de santé, pris en charge par l'assurance maladie.

Par conséquent, il s'agit de contrôler la justification des actes et traitements prescrits dans ce cadre.

En cas d'absence de justification, le malade ne sera pas remboursé et sera, dans les faits, pénalisé pour une raison indépendante de sa volonté.

Parce que nous sommes convaincus que cette méthode n'a jamais marché et ne marchera jamais, nous vous proposons ces amendements.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Rejet.

Mme la présidente. Rejet du Gouvernement.

La parole est à M. Gérard Bapt.

M. Gérard Bapt. Les amendements de nos collègues communistes peuvent paraître répétitifs car, à chaque fois, est mise en avant l'évidence suivante : une prescription réalisée par un médecin et dont le contrôle médical ne trouverait pas la justification ne serait pas prise en charge. Or ce n'est pas à l'assuré de contrôler que l'acte en question répond aux bonnes pratiques ou entre dans le cadre de protocoles ou d'un accord de bon usage des soins.

Par conséquent, monsieur le ministre, je ne comprends pas comment vous avez pu affirmer qu'il ne fallait pas lire dans l'article que l'assuré serait pénalisé pour une prescription non justifiée.

Mme la présidente. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 2668 à 2679.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de douze amendements identiques, n^{os} 2680 à 2691.

La parole est à M. Patrick Braouezec.

M. Patrick Braouezec. Toujours dans la même logique – et je vois que mes camarades du groupe socialiste ont bien compris l'esprit qui nous anime... (« *Nous aussi !* » sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire et du groupe Union pour la démocratie française.)

Encore une fois, il s'agit d'amendements qui visent à supprimer une référence opposable au remboursement des soins d'un malade. Cette référence opposable est un outil supplémentaire de rationnement des soins qui ne répond qu'à une logique comptable.

L'article, en posant le principe du contrôle par les caisses de la justification des prescriptions faites par le médecin à son patient avant d'en ouvrir le remboursement, organise une nouvelle barrière à l'accès aux soins égal pour tous.

Il s'agit d'un dispositif de contrôle supplémentaire. Avant d'engager le remboursement des soins, les caisses vérifieront si les prescriptions sont justifiées. Une nouvelle fois, le médecin se voit contrôler dans sa prescription : la liberté de prescrire et d'apprécier la prescription s'en retrouve limitée.

Ce 2^o de l'article est en outre une entrave au droit de prescrire car il prévoit que les actes ou les traitements soient médicalement justifiés et prescrits dans des conditions bien définies pour éviter tout abus, supposant que le médecin ne le sache pas et participe, de manière tout à fait consciente, à amplifier les abus.

Telles sont les motivations de ces amendements.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Rejet.

Mme la présidente. L'avis du Gouvernement est identique.

La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen. Je souhaite que le Gouvernement réponde à deux questions pour nous éclairer.

Premièrement, monsieur le ministre, dans votre réponse aux intervenants sur l'article, vous avez expliqué que nous n'avions rien compris et qu'en aucune façon les

assurés n'étaient visés par l'article. Pouvez-vous nous le démontrer avec des éléments de lecture, car, apparemment, nous n'avons pas du tout le même texte ?

Deuxièmement, à partir du moment où nous considérons que votre amendement ne change rien car il est une pure présentation de façade, pouvez-vous nous indiquer un cas concret dans lequel un assuré serait tenu comme responsable d'une prescription qui serait induite, méritant de ne pas être remboursée ? (*« C'est déjà arrivé ! » sur plusieurs bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

Mme la présidente. La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Monsieur Le Guen, vous n'étiez pas là quand j'ai répondu par avance à la question que vous me posez. Je ne vous en veux pas, mais si vous m'aviez entendu...

M. Jean-Marie Le Guen. Je vous ai entendu, monsieur le ministre !

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. ... vous ne m'interrogeriez pas sur ce sujet. En effet, j'ai dit qu'il pouvait y avoir deux responsabilités : d'une part, celle du patient ; d'autre part, celle du professionnel de santé.

M. Patrick Braouezec. Comment le patient peut-il être responsable ?

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Que voulez-vous, dans la vie, on doit parfois faire face à des responsabilités. En l'occurrence, c'est l'un ou l'autre : soit c'est le patient qui est responsable, soit c'est le médecin. A l'article 13, je vous présenterai des sanctions individuelles pour les médecins, mais, pour le moment, vous m'interrogez sur les assurés. Je vais donc vous répondre en prenant quatre exemples.

Premier cas : un arrêt de travail n'a pas été motivé. La liquidation médicalisée n'a pas pour but de bloquer le paiement des indemnités journalières pour cette raison. Par contre, si la même anomalie est constatée de façon répétée pour les arrêts prescrits par le même médecin, alors la caisse doit le mettre en demeure de se conformer à l'obligation prévue.

M. Jean-Marie Le Guen. Qui ? Le médecin ?

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Le médecin.

M. Jean-Marie Le Guen. Nous sommes bien d'accord : c'est toujours le médecin ?

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Je ne suis pas ici devant un jury d'examen !

S'il ne le fait pas, il s'exposera à des pénalités. Cette procédure concerne également la prescription d'un transport qui doit aussi être motivée. Cette réponse est très claire.

Deuxième possibilité : le patient atteint d'une affection de longue durée a omis de présenter à plusieurs reprises son PIREs.

M. Claude Evin. C'est quoi, le PIREs ?

M. Jean-Marie Le Guen. On en a déjà traité à l'article 2 !

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Le dispositif doit permettre une alerte automatique du médecin-conseil qui convoque le patient pour faire le

point sur cette situation anormale, en connaître les raisons, et voir, avec le médecin qui l'a signé, si le protocole soulève des difficultés de mise en œuvre ou s'il faut l'ajuster.

Troisième cas : le patient a présenté au remboursement, dans un délai court, des actes identiques. S'il y a des actes répétés plusieurs échographies, plusieurs électrocardiogrammes, différents scanners, radiographies ou IRM le médecin-conseil doit convoquer la personne, l'entendre sur cette situation et étudier ensuite la situation avec les médecins prescripteurs, notamment le médecin traitant. Cela paraîtra d'autant plus nécessaire avec la mise en place du dossier médical personnel, qui devrait éviter que de tels cas ne se reproduisent. Cette situation peut aussi révéler la nécessité de faire entrer la personne dans le dispositif des ALD.

Quatrième cas : le patient a présenté au remboursement, dans un délai court, des prescriptions répétées, redondantes ou comportant des incompatibilités. Là encore, il est possible de générer notamment pour les incompatibilités des alertes automatiques (*« Mais oui ! » sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire*), lesquelles doivent conduire le médecin-conseil à analyser la situation, puis à intervenir auprès du patient pour l'entendre sur cette situation et lui faire des recommandations adaptées pour éviter qu'elle ne se reproduise. Le médecin-conseil doit aussi intervenir auprès des prescripteurs pour les sensibiliser dans un premier temps aux problèmes rencontrés et trouver les moyens d'éviter qu'ils ne se posent de nouveau.

M. Jean-Marie Le Guen. C'est scandaleux !

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Il faut en finir avec le flou. Je suis pour que des sanctions frappent les médecins qui commettraient des fautes médicales, des erreurs dans les bonnes pratiques médicales, et je l'assume.

M. Jean-Louis Bernard. Exactement ! Il faut responsabiliser les gens !

M. Jean-Marie Le Guen. Ah non ! Pas vous ! Pas ça !

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. De même, si des assurés n'ont pas le sens des responsabilités, je dis qu'il faut aussi les sanctionner. Monsieur Le Guen, en politique, le courage, c'est d'inscrire dans la loi ce que l'on pense. Ce n'est pas parce que vous avez manqué de courage par le passé qu'il faut nous reprocher d'en avoir aujourd'hui. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Martine Billard.

Mme Martine Billard. Ce que je comprends surtout, en vous écoutant, monsieur le ministre, c'est que vous n'avez aucune confiance dans les dispositifs que vous mettez en place.

En effet, avec le dossier médical personnel, les patients n'auront plus la possibilité de multiplier les actes. Ils ne pourront pas subir, comme vous le disiez, huit électrocardiographies dans la même semaine du reste, les semaines ne comptant que sept jours, il faut vraiment vivre dans une agglomération offrant de nombreuses ressources pour passer autant d'examen en si peu de temps. Quand on sait qu'il faut plusieurs jours, plusieurs semaines, voire plusieurs mois, avant d'obtenir un rendez-vous, votre exemple paraît assez bizarre. Nous étions tous favorables au DMP parce qu'il est censé éviter ces abus et je ne vois pas très bien, dans ces conditions, comment justifier votre argumentation.

Vous avez parlé, d'autre part, des incompatibilités entre médicaments. Avec le DMP, cela non plus ne sera plus possible. A quoi bon avoir rédigé l'article sur le DMP, si c'est pour citer ensuite des exemples qui semblent prouver son inefficacité ?

Quant au sujet des arrêts de travail qui ne sont pas motivés, vous en discuterez avec les syndicats de médecins. Certains médecins refusent en effet d'inscrire le motif de l'arrêt de travail, car ils considèrent que les formulaires sont traités par des personnes qui ne sont pas soumises au secret médical et qui n'ont pas à savoir si l'arrêt est motivé par une angine ou par une affection psychiatrique. C'est au contrôle médical de convoquer le patient concerné pour lui demander des explications. Ainsi, au lieu de maintenir ce contrôle médical, vous allez le remplacer par une sanction strictement administrative qui frappera automatiquement le médecin quand il aura omis d'indiquer un certain nombre de fois la raison d'un arrêt de travail.

Vos exemples sont très mal choisis, monsieur le ministre, car la question concernait le patient. Nous voulions savoir dans quels cas de non-respect d'une obligation il pouvait être sanctionné. Je vais vous donner la réponse : il n'y a qu'un cas, et il est déjà prévu dans le code de la sécurité sociale ce n'était donc pas la peine d'ajouter un article. L'article L. 315-2, tel qu'il est modifié par votre projet de loi, prévoit que « tout assuré est tenu de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical ».

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. C'est ce que j'ai dit !

Mme Martine Billard. Non, vous ne l'avez pas dit !

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Je l'ai dit : c'est dans la loi !

Mme Martine Billard. Vous pourrez lire le compte rendu et voir que cela n'y figure pas. Vous avez donné quatre exemples : l'arrêt de travail ou la prescription de transport ne sont pas motivés ; le PIREs n'est pas présenté pour les ALD ; le patient a présenté au remboursement des actes identiques ; il a présenté des prescriptions comportant des incompatibilités de médicaments.

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Vous verrez cela au *Journal officiel* !

Mme Martine Billard. En fait, il n'y a qu'un cas où le malade puisse être tenu pour responsable du non-respect des procédures : c'est lorsqu'il ne renvoie pas son arrêt de travail dans les délais prévus par la loi. Cela figure déjà dans le code.

Votre article 10 énumère d'autres articles de code : certains sont déjà en vigueur, d'autres sont introduits par votre projet de loi, d'autres encore sont modifiés par votre texte, mais il n'apporte rien de plus. Peut-être est-il la résultante d'une erreur. Dans ce cas, retirez-le : cela vaudrait mieux que d'essayer de corriger la rédaction du dernier alinéa.

Si cet article n'apporte rien, il ouvre la porte à des dérives très inquiétantes. Vous dites en effet qu'une anomalie peut être constatée par la caisse ou par le service médical de l'assurance maladie, mais, alors que vous demandez le respect des bonnes pratiques médicales, vous prévoyez déjà que les manquements pourront être constatés par la caisse, et non par le service médical. Vous prévoyez ensuite que ceux-ci apprécient les responsabilités respectives de l'assuré ou du professionnel de santé. Si vous visez le respect des articles de code qui existent déjà

ou que votre projet modifie, la caisse n'a pas à apprécier les responsabilités respectives, mais simplement à faire respecter la loi. Soit les articles sont respectés, soit ils ne le sont pas. Il n'y a pas à balancer.

Par ailleurs, votre amendement, sur lequel nous reviendrons, est en contradiction avec l'article 15.

Mme la présidente. La parole est à M. Claude Evin.

M. Claude Evin. *A priori*, il n'est pas absurde de prévoir des sanctions pour les professionnels ou les assurés sociaux qui ne respectent pas les obligations imposées par les dispositifs que l'on met en place. Mais, comme Mme Billard vient de l'indiquer, il en existe déjà dans le code de la sécurité sociale. A quoi bon en ajouter ?

Peut-être, monsieur le ministre, essaieriez-vous de démontrer l'hypothèse selon laquelle ces sanctions n'existent pas dans le code de la sécurité sociale, et je crois que nous aurons du mal à vous faire changer d'avis. Mais je voudrais que vous nous éclairiez au moins sur un point. Quelles sont les procédures de recours ? Lorsqu'un assuré social se voit refuser le versement de prestations au motif que la caisse primaire a jugé que certaines règles n'avaient pas été respectées, devant quelle instance va-t-il faire valoir ses droits, s'il estime la décision infondée ?

Lorsque les pénalités frappent un professionnel qui n'a pas respecté le code, c'est le fameux article 13, que nous examinerons plus tard, et qui ne prévoit d'ailleurs aucune modalité de recours il est possible de les contester dans une procédure contradictoire avec la caisse, puisque les professionnels de santé doivent être représentés dans une commission *ad hoc*. Avez-vous prévu de constituer une commission semblable, dans laquelle siègeraient les représentants des usagers ?

Vous le voyez, monsieur le ministre, non seulement ces dispositions existent déjà nous aurons d'ailleurs l'occasion d'en reparler, à propos d'un autre article sur les indemnités journalières et les transports mais c'est encore une fois la double peine qui s'applique : vous perdez au tirage et vous perdez au grattage ! (*Rires.*) Si vous maintenez votre position et je crains qu'on ait du mal à vous faire changer d'avis admettez au moins que les professionnels en dehors de la procédure de l'article 13 et les assurés sociaux aient la possibilité de faire valoir leurs droits, d'exposer leurs arguments, d'être entendus par une commission, voire de faire appel des décisions rendues par les caisses primaires d'assurance maladie. Je souhaiterais que vous puissiez nous éclairer sur ce point. Vos paroles ou votre silence nous permettront de mieux cerner vos intentions.

Mme la présidente. J'ai bien noté que M. Braouezec avait demandé la parole, mais, comme M. le ministre doit partir, je voudrais d'abord lui donner la parole.

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Je dois en effet aller au Sénat qui examine le projet de loi relatif à la bioéthique.

Mme la présidente. Vous avez la parole, monsieur le ministre.

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Monsieur Evin, dans un premier temps, un recours amiable est prévu. Ensuite, on se tourne vers le médiateur.

M. Claude Evin. Quel médiateur ? Le médiateur de la République ?

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Enfin, les tribunaux des affaires sanitaires et sociales tranchent.

Mme la présidente. La parole est à M. Patrick Braouezec.

M. Patrick Braouezec. Monsieur le ministre, vous me permettrez de compléter la question de M. Evin. Mme Billard disait tout à l'heure que soit c'est le dossier médical personnel qui ne sert à rien, soit c'est l'article 10 qui ne se justifie pas. Les exemples que vous avez cités ne pourront pas se reproduire, puisque, si le dossier médical personnel sert à quelque chose, on ne pourra pas faire les huit examens dont vous nous parliez.

D'autre part, à partir de combien d'examens jugera-t-on qu'il y a abus? Oublions ces huit examens, qui semblent une vue de l'esprit, car, Mme Billard a eu raison de le dire, pour passer dans la même semaine huit examens identiques, il faut s'y prendre longtemps à l'avance et bien préméditer son crime. Mais si l'on subit un examen, qu'il y a un doute sur le résultat et que, dans la même semaine, on le passe une deuxième, voire une troisième fois, cela sera-t-il jugé comme litigieux? A partir de combien d'examens le médecin et l'assuré social seront-ils inquiétés?

Quant à votre réponse sur le recours, elle n'est pas très satisfaisante. Entre le moment où l'assuré, se voyant refuser un remboursement, déposera son recours, et celui où il pourra rentrer dans ses droits, il se passera un certain temps: une fois de plus, ce sont les plus démunis qui en souffriront.

Mme la présidente. La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Autant depuis maintenant une semaine que nous discutons il y a eu des moments où j'ai pu comprendre la discussion, autant là je ne la comprends pas.

Nous prévoyons des sanctions pour les médecins ou les usagers qui ne seraient pas au rendez-vous des bonnes pratiques médicales. Et vous êtes en train d'expliquer que le dossier médical personnel ne sert à rien. Or c'est exactement le contraire.

Je souhaite que tous les actes médicaux soient inscrits dans le dossier médical personnel, et Dieu sait qu'on en a suffisamment parlé ici! On pourra alors vérifier si certains sont injustifiés.

M. Jean-Marie Le Guen. Elle est bien bonne celle-là! Marche arrière toute!

Mme la présidente. Monsieur Le Guen, laissez M. Douste-Blazy s'exprimer!

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Monsieur Le Guen, vous parlez de huit échocardiographies. Si quelqu'un en a besoin de quinze, dix-huit ou vingt, ce n'est pas moi qui m'y opposerai. Le problème c'est qu'il peut y avoir des cas d'actes redondants ou d'interactions médicamenteuses. Le dossier médical personnel est là pour les éviter, et il est parfaitement complémentaire de cet article.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen, pour une brève intervention.

M. Jean-Marie Le Guen. Monsieur le ministre, je vous rappelle en l'occurrence que vous avez fait voter, avec beaucoup de fougue, un amendement visant à ôter aux organismes d'assurance maladie la possibilité d'entrer dans le DMP.

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Je n'ai pas dit cela!

M. Jean-Marie Le Guen. En tout cas, c'est ce qui a été voté!

Pour le reste, je note, monsieur le ministre, que sur les quatre cas que vous avez évoqués, trois n'ont rien à voir avec l'assuré puisqu'ils concernent directement la prescription du médecin. Le médecin est responsable de sa prescription, et c'est son honneur. C'est ce qui justifie qu'il est ce qu'il est et que nous le considérons comme quelqu'un de profondément responsable. L'ordonnance et la prescription ne sont pas le résultat d'une négociation entre le médecin et son patient, mais bien un acte qui se fait sous la responsabilité du médecin. A travers la chasse aux médecins et aux assurés que vous organisez, vous dévalorisez la profession médicale, car vous la considérez comme étant incapable d'assurer la responsabilité de la prescription et vous essayez de dire que l'assuré a une responsabilité dans la prescription.

M. Bernard Schreiner. Quelle mauvaise foi!

M. Jean-Marie Le Guen. Des examens redondants, il en existe, et c'est bien pourquoi nous sommes en faveur de la coordination des soins.

Mais n'en tirez pas prétexte pour ne pas rembourser les malades. Si, par exemple, un examen qui a été fait dans le cadre de la médecine de ville est refait à l'hôpital et qu'il n'est pas remboursé, alors il est clair que cela changera la nature de l'assurance maladie, ce qui est très grave.

M. Bernard Schreiner. Décidément, les socialistes ne veulent rien entendre!

Mme la présidente. Je pense que l'Assemblée est suffisamment éclairée.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 2680 à 2691.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

2

ORDRE DU JOUR DES PROCHAINES SÉANCES

Mme la présidente. Aujourd'hui, à neuf heures trente, première séance publique:

Suite de la discussion, après déclaration d'urgence, du projet de loi, n^o 1675, relatif à l'assurance maladie:

Rapport, n^o 1703, de M. Jean-Michel Dubernard, au nom de la commission spéciale.

A quinze heures, deuxième séance publique:

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

A vingt et une heures trente, troisième séance publique:

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

La séance est levée.

(La séance est levée, le vendredi 9 juillet 2004, à zéro heure vingt.)

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

ANNEXE AU PROCÈS-VERBAL de la 3^e séance du jeudi 8 juillet 2004

SCRUTIN (n° 539)

sur l'article 9 (article L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale) du projet de loi relatif à l'assurance maladie (information des assurés).

Nombre de votants	59
Nombre de suffrages exprimés	55
Majorité absolue	28
Pour l'adoption	50
Contre	5

L'Assemblée nationale a adopté.

ANALYSE DU SCRUTIN

Groupe U.M.P. (363) :

Pour : 46 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

Non-votant : M. Jean-Louis **Debré** (président de l'Assemblée nationale).

Groupe socialiste (149) :

Contre : 4 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

Abstentions : 4. – MM. Jean-Marc **Ayrault**, Jean-Pierre **Baligand**, Gérard **Bapt** et Jean-Marie **Le Guen**.

Non-votant : Mme Hélène **Mignon** (président de séance).

Groupe Union pour la démocratie française (30) :

Pour : 4 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

Groupe communistes et républicains (22).

Non-inscrits (13) :

Contre : 1. – Mme Martine **Billard**.



ABONNEMENTS

NUMÉROS d'édition	TITRES	TARIF abonnement France (*)
		Euros
	DÉBATS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE :	
03	Compte rendu 1 an	90,00
33	Questions 1 an	69,10
83	Table compte rendu	17,90
93	Table questions	14,90
	DÉBATS DU SÉNAT :	
05	Compte rendu 1 an	76,40
35	Questions 1 an	54,50
85	Table compte rendu	16,60
95	Table questions	11,00
	DOCUMENTS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE :	
07	Série ordinaire 1 an	460,10
27	Série budgétaire 1 an	57,20
	DOCUMENTS DU SÉNAT :	
09	Un an	421,20

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

Tout paiement à la commande facilitera son exécution

Pour expédition par voie aérienne (outre-mer) ou pour l'étranger, paiement d'un supplément modulé selon la zone de destination

(*) Décret n° 2003-1061 du 7 novembre 2003

DIRECTION, RÉDACTION ET ADMINISTRATION : Journaux officiels, 26, rue Desaix, 75727 PARIS CEDEX 15
STANDARD : 01-40-58-75-00 – RENSEIGNEMENTS DOCUMENTAIRES : 01-40-58-79-79 – TÉLÉCOPIE ABONNEMENT : 01-40-58-77-57

Prix du numéro : 0,75 €

(Fascicules compte rendu et amendements.)