

professionnels.

Un large accord existe sur le maintien de l'outil conventionnel, qu'il convient cependant d'approfondir, d'élargir et de rénover. Plusieurs pistes ont été dégagées sur cette question

et ont été soumises à concertation. Celle-ci a permis d'aboutir à une proposition d'architecture conventionnelle renouvée articulant engagements collectif et individuel des professionnels de santé et régulation du dispositif.

D'ores et déjà, dans le cadre du renouveau du dialogue social voulu par le Premier ministre, le Gouvernement a engagé un travail approfondi avec les partenaires sociaux sur l'organisation de l'assurance maladie qui porte sur la composition et les missions des conseils d'administration, les relations avec l'Etat, l'ordonnancement du réseau de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et la régionalisation, les compétences et l'organisation du service médical. Ces éléments seront discutés en 2002 avec les organisations syndicales et professionnelles.

2-3-2. - *Le médicament*

La progression des dépenses de médicament en 2000 s'est fortement accélérée (+10,5 %). Le Gouvernement a annoncé la mise en œuvre d'une série de mesures pour permettre l'accès des patients aux nouvelles molécules et pour améliorer l'efficacité des instruments de régulation.

Il a souhaité, en premier lieu, renforcer les actions en matière de bon usage du médicament. A cette fin, l'information des patients et des prescripteurs est renforcée : les avis de la commission de la transparence sont désormais publiés dès leur approbation, le Fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique fournira une information objective sur le médicament.

L'assurance maladie a engagé des discussions en vue d'aboutir à des accords de bon usage avec les prescripteurs. Dans ce cadre, les recommandations de bonnes pratiques produites par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ont un rôle central à jouer.

Des actions relatives au bon usage du médicament au sein des établissements de santé ont été développées. Des réunions régionales sur le médicament à l'hôpital seront organisées à partir des travaux des comités du médicament des hôpitaux dans le but de renforcer l'information et de favoriser les échanges sur les bonnes pratiques. Le renforcement des procédures d'achat au sein des établissements hospitaliers sera poursuivi.

L'observatoire des prescriptions a repris son activité afin d'établir un bilan des pratiques en matière d'utilisation des médicaments, en particulier des anti-cancéreux et des anti-ulcéreux. Enfin, l'admission au remboursement des médicaments innovants s'accompagnera d'une évaluation renforcée afin de mieux appréhender leur impact en matière de santé publique et leur inscription dans les stratégies thérapeutiques.

Le développement des génériques sera fortement encouragé. A cette fin, une campagne d'information associant l'Etat, l'assurance maladie et la mutualité sera mise en œuvre. La possibilité de prescrire en dénomination commune internationale (et non plus uniquement en nom de marque) sera ouverte. Des accords de bon usage pourront porter sur la prescription de génériques. Des discussions ont été engagées avec les pharmaciens afin de relancer la substitution. Les procédures d'inscription sur le répertoire des groupes génériques ont également été simplifiées et améliorées.

L'efficacité de la régulation des dépenses a été notablement renforcée. Des baisses

de prix concernant principalement les spécialités dont le service médical rendu a été jugé insuffisant et les médicaments déjà amortis dont le volume et la croissance sont élevés ont été mises en œuvre pour un montant de 366 millions d'euros, après négociation avec les entreprises pharmaceutiques. Le Gouvernement a également annoncé son intention de mettre en cohérence le niveau de remboursement des médicaments avec les résultats de la réévaluation du service médical rendu.

2-3-3. - La politique hospitalière

Les Français bénéficient d'un service public hospitalier qui allie une haute qualité des soins avec une répartition des établissements équilibrée sur l'ensemble du territoire. Ses performances remarquables sont le résultat de l'engagement des personnels dans l'accomplissement de leurs missions. La politique hospitalière du Gouvernement s'attachera à conforter ces réussites et à améliorer le statut des personnels.

2-3-3-1. - Améliorer l'organisation des soins

Les objectifs définis en matière de politique hospitalière depuis trois ans sont : la promotion de la qualité et de la sécurité des soins, la poursuite de la réduction des inégalités dans l'accès aux soins et l'adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population.

S'agissant de la promotion de la qualité et de la sécurité des soins, des textes sur les dispositifs de vigilance (hémovigilance, matériovigilance) et sur la gestion des risques ont défini des procédures applicables dans l'ensemble des établissements.

La procédure d'accréditation, dont est chargée l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, donne aussi aux établissements l'opportunité de travailler sur leur organisation et les entraîne vers une recherche d'amélioration de la qualité.

La réduction des inégalités d'accès aux soins s'est poursuivie par les opérations effectuées dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire. Le desserrement des indices de certains équipements lourds constitue une partie des réponses permettant d'atteindre cet objectif.

L'adaptation de l'offre de soins s'effectue au travers des schémas régionaux d'organisation sanitaire de seconde génération (1998-2004). L'élaboration de ces schémas a constitué un temps fort de concertation avec les professionnels, les élus et la population, au terme d'une procédure de dix-huit mois.

Ces schémas prennent en compte des priorités nationales (urgences, périnatalité). Vingt-quatre régions ont défini des objectifs pour une meilleure organisation de la prise en charge des cancers et dix-sept régions pour les maladies cardiovasculaires. De même, les soins palliatifs ou la prise en charge de la douleur chronique rebelle ont été retenus dans neuf régions pour accompagner le plan triennal initié en 1998. Des priorités régionales sont également mises en œuvre, principalement pour les soins de suite et de réadaptation, les plateaux techniques chirurgicaux et la prise en charge des personnes âgées.

A l'occasion de l'élaboration de ces schémas, de nouveaux modes de prise en charge valorisant la coopération ont été envisagés (réseaux, groupement de coopération sanitaire, hospitalisation à domicile, hospitalisation de jour...), incitant les professionnels à travailler ensemble. L'organisation des urgences est un souci majeur pour assurer la continuité des soins et la qualité de l'accueil.

Les réorganisations se sont **intensifiées** : cent onze communautés d'établissements sont constituées ou en cours de constitution dans les cent cinquante secteurs sanitaires et cent vingt réseaux sont agréés ou en cours d'agrément par les agences régionales de l'hospitalisation. Ces opérations impliquent au moins deux partenaires, ce qui signifie que le mouvement actuel de recomposition repose plus sur des recherches de complémentarité et de partage d'activités entre les établissements de santé existants que sur des opérations isolées (fermeture, conversion d'établissements).

Pour accompagner cette modernisation en profondeur du tissu hospitalier, plusieurs fonds ont été créés dès 1998 : le Fonds d'investissement pour la modernisation des établissements de santé et le Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des hôpitaux, qui a vu ses missions évoluer vers des missions d'aide au développement des actions de modernisation sociale : contrats locaux d'amélioration des conditions de travail et projets sociaux d'établissement notamment.

La tarification à la pathologie sera rapidement mise en application après expérimentation dans les régions.

2-3-3-2. - Une politique sociale renforcée

La politique de recomposition du tissu hospitalier, accompagnée par les fonds de modernisation, a entraîné pour les personnels des adaptations dans leur organisation du travail liées, d'une part, aux besoins d'une plus grande technicité dans toutes les filières professionnelles et, d'autre part, aux usagers qui ont eu recours plus souvent aux établissements de santé.

Face à ces évolutions qui ont un impact sur les conditions de travail, les protocoles du 13 mars 2000 (pour 335 millions d'euros), du 14 mars 2000 (pour 1 524 millions d'euros sur trois ans) et du 14 mars 2001 (pour 336 millions d'euros) ont fourni les outils complémentaires indispensables pour reconnaître la place des personnels dans les établissements.

Les deux premiers protocoles ont porté sur la reconnaissance de la place des personnels hospitaliers dans le dispositif de modernisation. Ils ont permis de reconnaître et valoriser les postes médicaux difficiles, de dégager des moyens pour remplacer les personnels absents, de promouvoir la formation professionnelle, d'améliorer les conditions de travail et de renforcer la sécurité des personnels face au développement de la violence. Ils ont par ailleurs identifié les secteurs hospitaliers qui devaient faire l'objet de réflexions particulières (urgences, psychiatrie). Le dernier protocole du 14 mars 2001 a porté sur la reconnaissance des professions et métiers de l'hôpital et l'amélioration des cursus professionnels. Par ailleurs, le protocole du 3 avril 2001 relatif à la situation des étudiants infirmiers apporte des améliorations sensibles à leur régime, notamment au niveau des bourses (nombre et montant), dans le contexte de l'augmentation de 43 % en un an de l'effectif des promotions.

L'année 2002 verra également mise en œuvre la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière et pour les médecins hospitaliers.

Dès le 21 décembre 2000, le Gouvernement a réuni les représentants de la communauté hospitalière publique pour lancer le chantier de la réduction du temps de travail. Les négociations étaient ouvertes avec les organisations syndicales de la fonction publique hospitalière le 17 janvier 2001 et avec les représentants des praticiens hospitaliers le 15 février 2001. Un protocole d'accord a été signé en septembre 2001 pour les personnels de la fonction publique hospitalière et en octobre 2001 pour les praticiens hospitaliers.

La réduction du temps de travail doit répondre aux attentes des personnels en matière de conditions de vie au travail et de vie personnelle. Les conséquences sont directes sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge des usagers. C'est pourquoi, afin de réussir cette réforme, la première étape définie par le Gouvernement a été, dès le second trimestre 2001, la réalisation d'un diagnostic de l'organisation existante dans chaque établissement.

Compte tenu de la spécificité des missions des établissements dont les personnels relèvent de la fonction publique hospitalière, le Gouvernement a décidé d'accompagner la réduction du temps de travail par la création de 45 000 emplois. Ces emplois devront être pourvus dans les trois années qui viennent (2002-2004). Pour soutenir ces recrutements, un effort important sera fait en faveur de la formation initiale des professions de santé (professions paramédicales, sages-femmes) et de celle des aides-soignants.

Dans la démarche promue par le Gouvernement et discutée avec la communauté hospitalière, une attention particulière sera portée à la qualité des négociations menées dans chaque établissement et sur les accords locaux qui en résulteront. En effet, si des emplois supplémentaires sont indispensables pour mettre en place la réduction du temps de travail, la réussite de cette réforme est liée aux capacités des établissements à rénover leurs organisations du travail. C'est au travers des accords passés que ce volet majeur pourra, dans un premier temps, être évalué. Par ailleurs, dès le début de la mise en œuvre, des comités de suivi et d'évaluation aux niveaux local, régional et national seront installés.

3° La réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles

Le Gouvernement souhaite progresser sur la voie d'une meilleure réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles. En juin 2001, le professeur Roland Masse lui a remis un rapport sur la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, concluant à la nécessité de faire évoluer ce dispositif dans le sens d'une meilleure prise en compte de l'ensemble des préjudices des victimes. Le Gouvernement travaillera en concertation avec les partenaires sociaux, les associations de victimes et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés pour approfondir les pistes qu'ouvre ce rapport.

Sans attendre les résultats de ces travaux et dans le respect des règles actuelles de fonctionnement de la branche accidents du travail, il sera procédé à des aménagements de la législation actuelle afin d'améliorer la réparation allouée aux victimes, en instituant un mécanisme d'indexation des indemnités en capital et en assouplissant par décret les conditions d'accès au système dérogatoire de reconnaissance des maladies professionnelles.

Le Gouvernement poursuivra ses efforts en matière de réparation des préjudices subis par les victimes de l'amiante. Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, créé par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, accueillera ses premières demandes d'indemnisation avant la fin de l'année 2001. Il sera doté d'un versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles de 2,9 milliards de francs en 2001 et de 76 millions d'euros en 2002, et d'un versement du budget de l'Etat de 250 millions de francs en 2001.

Par ailleurs, la levée de la prescription pour les dossiers de victimes de maladies

professionnelles liées à l'amiante, portée à une durée de trois ans par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, sera pérennisée.

Enfin, la sous-reconnaissance des maladies professionnelles a conduit à l'institution d'un versement annuel de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie du régime général, destiné à couvrir les charges que l'assurance maladie doit supporter à ce titre. De nombreux travaux, et dernièrement le rapport du professeur Roland Masse, ont souligné, à côté de la sous-reconnaissance des maladies professionnelles, l'existence d'une sous-déclaration des accidents du travail. C'est pourquoi le mécanisme de compensation entre la branche accidents du travail et la branche maladie sera étendu au coût des accidents du travail qui ne sont pas déclarés. Pour 2002, le montant de cette nouvelle compensation est fixé à titre provisionnel à 152 millions d'euros.

4° La politique en faveur des personnes handicapées

Le Gouvernement met en œuvre une politique interministérielle qui considère la personne handicapée dans la totalité de ses besoins et de ses attentes. Elle a pour objectif de garantir une solidarité en faveur de ceux que le handicap a le plus durement touché et de favoriser l'autonomie de tous ceux qui peuvent s'intégrer dans le milieu de vie ordinaire.

Poursuivant les orientations exposées par le Premier ministre devant le Conseil national consultatif des personnes handicapées, le Gouvernement s'est engagé sur un programme comprenant trois volets principaux :

- la création, pour la deuxième année consécutive, de places pour les enfants les plus lourdement handicapés (handicap mental profond, polyhandicap), pour les autistes, pour les traumatisés crâniens ou cérébro-lésés. Parallèlement, un effort de création de places nouvelles est poursuivi pour les maisons d'accueil spécialisé, pour les foyers à double tarification et pour les centres d'aide par le travail ;
- le développement des moyens permettant l'intégration des jeunes handicapés : centres d'action médico-sociale précoce et services d'éducation spéciale et de soins à domicile. La réforme de l'allocation d'éducation spéciale sera progressivement mise en œuvre à compter du premier trimestre 2002 ;
- la généralisation des « sites pour la vie autonome » sur tout le territoire en 2002 et 2003, afin que les personnes handicapées trouvent dans un lieu unique les moyens de répondre à leurs demandes d'aide technique, d'aide humaine et d'un aménagement de leur logement ou de leur lieu de vie ordinaire.

5° La politique en faveur des familles

A l'occasion de la Conférence de la famille qui s'est tenue le 11 juin 2001 sous la présidence du Premier ministre, le Gouvernement a poursuivi la rénovation de la politique familiale qu'il a entreprise depuis 1998. En réunissant ainsi chaque année les partenaires sociaux, les élus et les associations familiales, le Premier ministre a su instaurer un réel dialogue avec eux. Le Gouvernement bâtit sur ces échanges fructueux

une politique familiale qui fait vivre les valeurs de solidarité et de fraternité, ciment de notre société.

L'importance donnée à l'exercice de la fonction parentale et la nécessité d'arriver à une véritable parité parentale ont conduit à la création d'un congé de paternité. La place des pères dans les premiers temps de la vie de l'enfant n'était pas suffisamment reconnue. La création de ce congé de onze jours, qui s'ajoute aux trois jours déjà prévus par le code du travail, permettra aux pères de prendre au total deux semaines de congé auprès de leur enfant et de sa mère. Dans un souci de simplicité et de cohérence, le mode de calcul des indemnités journalières sera aligné sur celui du congé de maternité.

Pour permettre à un nombre croissant de femmes de concilier vie professionnelle et vie familiale, le Fonds d'investissement pour le développement des structures d'accueil de la petite enfance, destiné à financer des dépenses d'équipement en matière d'accueil de la petite enfance, qui avait déjà été doté de 229 millions d'euros en 2001, sera abondé de la même somme en 2002 : ainsi, entre 25 000 et 30 000 enfants supplémentaires pourront être gardés. Un effort particulier sera consenti cette année en faveur de l'accueil des enfants âgés de deux à trois ans et de l'équipement des assistantes maternelles.

Afin notamment d'accompagner en fonctionnement la création de nouvelles places de crèches, la convention d'objectifs et de gestion, signée entre l'Etat et la Caisse nationale des allocations familiales à la suite de la Conférence de la famille, garantit une forte progression du Fonds national d'action sociale, de plus de 910 millions d'euros entre 2001 et 2004. L'engagement pluriannuel de l'Etat et de la Caisse nationale des allocations familiales à travers cette convention d'objectifs et de gestion constitue une avancée très importante pour la branche famille. Au-delà de l'accueil de la petite enfance, les caisses d'allocations familiales pourront également développer leurs actions d'aide aux loisirs des enfants et des jeunes à travers les contrats temps libre, qui seront ouverts à titre expérimental aux enfants âgés de seize à dix-huit ans.

Le Gouvernement entend favoriser l'autonomie des jeunes adultes, dont les besoins sont aujourd'hui encore mal pris en compte. La Commission nationale pour l'autonomie des jeunes présentera ses conclusions et propositions au Premier ministre avant le 31 décembre 2001. Afin de répondre à la préoccupation financière majeure pour les jeunes qu'est le logement, le Gouvernement révisera le calcul de l'évaluation forfaitaire des ressources pour le calcul des aides au logement pour les jeunes de moins de vingt-cinq ans, afin d'en effacer les effets pénalisants.

Après avoir mis en œuvre en 2001 la première phase de la réforme des aides au logement, le Gouvernement mettra en œuvre sa deuxième phase en 2002. Ainsi, le barème définitif pour l'allocation de logement familiale, l'allocation de logement sociale et l'aide personnalisée au logement sera-t-il instauré le 1^{er} janvier 2002. Il permettra de traiter de manière égale tous les foyers qui perçoivent les mêmes revenus, quelle que soit leur nature. La réforme touchera 4,3 millions de foyers ; plus d'un million de foyers percevront 30 € par mois de plus, et aucun ménage ne verra son aide diminuer.

Pour répondre à la demande des parents d'enfants handicapés, le Gouvernement mettra en œuvre une réforme de l'allocation d'éducation spéciale. Cette réforme améliorera les aides versées aux familles, en tenant mieux compte de la diversité des situations.

Enfin, le Gouvernement poursuivra dans le même temps l'important chantier de la refonte du droit de la famille. Les aménagements qui y seront apportés (sur le nom patronymique, l'affirmation de l'autorité familiale, la simplification du divorce...)

participent tous de la vision moderne de la famille, adaptée aux réalités de la vie, qui est celle qu'il entend porter à travers sa politique familiale.

6° La politique en faveur des personnes âgées

6-1. – Associer les retraités aux fruits de la croissance et garantir l'avenir des régimes de retraite

Déficitaire jusqu'en 1998, la branche vieillesse a renoué avec les excédents en 1999 et dégagera une capacité de financement d'environ un milliard d'euros en 2002. Ces excédents retrouvés permettent d'associer les retraités aux fruits de la croissance, tout en préparant l'avenir des régimes de retraite.

Pour 2002, les pensions seront revalorisées de 2,2 %, alors que l'inflation prévisionnelle n'est que de 1,5 %. Ce « coup de pouce » portera à 1,4 % le gain de pouvoir d'achat des retraités par rapport à l'inflation depuis 1997. Grâce à la suppression en 2001 de la contribution au remboursement de la dette sociale pour les retraités non imposables à l'impôt sur le revenu, le gain de pouvoir d'achat pour ces derniers s'élèvera sur la même période à 1,9 %. Les retraités imposables bénéficieront quant à eux de la baisse des taux d'imposition sur les revenus.

Conformément à l'engagement pris par le Premier ministre le 20 mars 2000, le Gouvernement abonde le Fonds de réserve pour les retraites en poursuivant la concertation sur les réformes nécessaires des régimes de retraite.

Le Fonds de réserve pour les retraites, créé en 1998 et institué sous forme d'établissement public autonome par la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001 portant diverses dispositions d'ordre social, éducatif et culturel, voit son plan de financement initial conforté avec un montant de ressources cumulées de plus de 12,5 milliards d'euros à la fin de l'année 2002. Le caractère pérenne des sources de financement du Fonds de réserve pour les retraites sera encore accentué en 2002, puisque la part du produit du prélèvement social de 2 % sur le capital affectée au fonds sera portée de 50% à 65 %.

Le fonds de réserve disposera ainsi de plus de 152 milliards d'euros, conformément à son objectif annoncé pour 2020, qui lui permettront de couvrir une partie des déficits prévisionnels des régimes de retraite entre 2020 et 2040. Dès le début de 2002, le conseil de surveillance du fonds, associant notamment des parlementaires et des représentants des partenaires sociaux, sera, grâce à des pouvoirs étendus, le garant de la bonne gestion du fonds.

Enfin, le Gouvernement a créé le Conseil d'orientation des retraites. Associant parlementaires, partenaires sociaux, personnalités qualifiées et représentants de l'administration, le Conseil d'orientation des retraites assure un suivi permanent de l'ensemble des questions relatives à la retraite. Son premier rapport, qui doit être rendu public avant la fin de l'année 2001, portera un diagnostic partagé sur les prévisions des régimes de retraite et présentera les différentes mesures envisageables pour assurer la garantie du système de retraite.

6-2. – Diversifier la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées

La France doit donner toute sa place à l'âge dans notre société. Il faut pouvoir vieillir dans la dignité.

Etre respecté dans sa dignité, son intégrité, ses besoins de dialogue, d'échange, de relations sociales, être entendu sur les demandes de santé, d'hygiène de vie, bénéficier d'un niveau de revenu et de conditions de vie satisfaisants, tels sont les souhaits des personnes âgées aujourd'hui. C'est l'espérance de tous ceux qui avancent en âge et, demain, de chacun.

Par rapport aux générations précédentes, la population vit plus longtemps. Obligation est faite aux pouvoirs publics de donner un nouveau sens à ces années ajoutées à l'espérance de vie. Mais cet allongement de la vie qui ouvre tant de nouvelles possibilités s'accompagne souvent d'une perte d'autonomie, risque normal dans des vies qui s'allongent.

La loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie donne aux personnes âgées un nouveau droit, le droit à l'autonomie.

Avec la création de cette nouvelle allocation dont vont pouvoir bénéficier près de 800 000 personnes, l'effort des pouvoirs publics s'ordonne selon deux axes, en fonction des choix du lieu de vie des personnes âgées :

- le développement du maintien à domicile en faisant jouer tout leur rôle aux centres locaux d'information et de coordination : l'effort sera poursuivi, d'une part en matière de création de services de soins à domicile, d'autre part dans le cadre d'un plan permettant de créer sur cinq ans 20 000 places nouvelles, soit un doublement du rythme de progression ;

- la réalisation d'un plan ambitieux pour les structures accueillant des personnes âgées dépendantes, dont l'objectif est de permettre à chaque établissement de s'engager dans une démarche de qualité : 915 millions d'euros sur cinq ans de crédits supplémentaires leur seront accordés, afin de répondre aux besoins d'une plus grande médicalisation de tous ces établissements.

7° La modernisation de la comptabilité de la sécurité sociale

Pour la première fois en 2002, les agrégats de la présente loi de financement de la sécurité sociale sont présentés et votés en droits constatés. Le nouveau plan comptable unique des organismes de sécurité sociale sera mis en œuvre le 1^{er} janvier. Le Haut conseil de la comptabilité des organismes de sécurité sociale et la mission comptable permanente, créés par le décret n° 2001-859 du 19 septembre 2001 pris en application de l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, permettront de faire évoluer ce plan comptable et d'améliorer la lisibilité des comptes des organismes de sécurité sociale.

Il s'agit de l'aboutissement d'un engagement pris par le Gouvernement devant le Parlement à l'automne 1999. Sa réalisation entraînera une modernisation considérable de la comptabilité des régimes de sécurité sociale, au service d'une meilleure information du Parlement et des Français quant à la situation financière de la sécurité sociale, gage d'un enrichissement du débat démocratique sur les grandes orientations de la politique de sécurité sociale.

Vu pour être annexé au projet de loi adopté par l'Assemblée nationale dans sa séance du 4 décembre 2001.

Le Président,
Signé : RAYMOND FORNI.



Les documents parlementaires (projets de loi, propositions de loi venant en discussion, rapports, comptes rendus des travaux des commissions et de la séance publique, etc.) sont en ligne sur le site Internet :

<http://www.assemblee-nationale.fr>

Kiosque de l'Assemblée nationale
4, rue Arside-Brand - 75007 Paris