

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

DOUZIÈME LÉGISLATURE

Bulletin des Commissions

2004 – N° 18

Du lundi 21 au vendredi 25 juin

Service des Commissions

SOMMAIRE

PAGES

AFFAIRES ÉCONOMIQUES, DE L'ENVIRONNEMENT ET DU TERRITOIRE

- Service public électricité et gaz
Application de l'article 50, alinéa 5, du Règlement 7715
- Information relative à la commission 7715

AFFAIRES ÉTRANGÈRES

- Audition de M. Gijsbert Marius de Vries,
coordonnateur européen
pour la lutte contre le terrorisme 7717
- Audition de M. Jacques Viot,
président de l'Alliance française 7723

DÉFENSE NATIONALE ET FORCES ARMÉES

- Audition de M. Denis Ranque,
président-directeur général de Thales 7730
- Audition de M. Charles Edelstenne,
président-directeur général de Dassault aviation 7739
- Industrie navale en Europe
Examen du rapport d'information 7745

FINANCES, ÉCONOMIE GÉNÉRALE ET PLAN

- Mission d'information sur la loi organique
relative aux lois de finances
Communication 7753
- Audition de M. Nicolas Sarkozy,
ministre d'État ; ministre de l'économie,
des finances et de l'industrie,
et de M. Dominique Bussereau,
secrétaire d'État au budget et à la réforme budgétaire,
préalable au débat d'orientation budgétaire 7760

- Journée d'appel de préparation à la défense
Conclusions de la MEC..... 7760
- Soutien consommation et investissement
Examen du rapport..... 7760
- Audition de M. François Logerot,
premier président de la Cour des comptes,
sur le rapport préliminaire sur les résultats
de l'exécution des lois de finances pour 2003 7761
- Soutien consommation et investissement
Examen des amendements (art. 88)..... 7776
- Informations relatives à la commission 7776

COMMISSION SPÉCIALE

CHARGÉE D'EXAMINER LE PROJET DE LOI RELATIF À L'ASSURANCE MALADIE

- Assurance maladie
Examen du rapport..... 7777
- Assurance maladie
Examen du rapport (suite)..... 7803
- Assurance maladie
Examen du rapport (suite)..... 7819
- Assurance maladie
Examen du rapport (suite)..... 7847
- Assurance maladie
Examen du rapport (suite)..... 7872

COMMISSION MIXTE PARITAIRE

- Bioéthique 7905

OFFICE PARLEMENTAIRE D'ÉVALUATION DES CHOIX SCIENTIFIQUES ET TECHNOLOGIQUES

- Télécommunication à haut débit
et Internet au service du système de santé
Examen du rapport..... 7919
- Le risque épidémique
Étude de faisabilité..... 7923

**DÉLÉGATION À L'AMÉNAGEMENT ET AU DÉVELOPPEMENT
DURABLE DU TERRITOIRE**

- Audition..... 7927

**DÉLÉGATION AUX DROIT DES FEMMES
ET À L'ÉGALITÉ DES CHANCES ENTRE LES HOMMES
ET LES FEMMES**

- Auditions 7929

**MISSION D'INFORMATION
DE L' ASSEMBLÉE NATIONALE ET DU BUNDESTAG
SUR L'OFFICE FRANCO-ALLEMAND POUR LA JEUNESSE**

- Rencontre avec les membres
du Conseil d'administration..... 7931
- Rencontre avec le personnel de l'OFAJ
en poste à Berlin 7931
- Motion intergroupe reprenant conclusions
de la mission sur l'OFAJ 7932

**AFFAIRES ÉCONOMIQUES,
DE L'ENVIRONNEMENT ET DU TERRITOIRE**

Mercredi 23 juin 2004

Présidence de M. Christian Bataille, vice-président

La commission a examiné la suggestion de M. Jean-Claude Lenoir, rapporteur, de prolonger la séance du soir au-delà d'une heure trente en application de l'article 50, alinéa 5, du Règlement, pour poursuivre l'examen du projet de loi relatif au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières (n° 1613).

A l'issue d'un large débat, la commission a refusé cette suggestion.

Information relative à la commission

En application de l'article 38, alinéa 4, du Règlement, le groupe socialiste a désigné M. William Dumas pour siéger à la commission des affaires économiques, de l'environnement et du territoire (J. O. du 25/06/2004).

AFFAIRES ÉTRANGÈRES**Mardi 22 juin 2004***Présidence de M. Edouard Balladur, président*

La commission a entendu M. Gijsbert Marius de Vries, Coordonnateur européen pour la lutte contre le terrorisme

Le Président Edouard Balladur a rappelé que M. Gijs de Vries avait été nommé coordonnateur européen pour la lutte contre le terrorisme par le Conseil de l'Union européenne suite attentats de Madrid du 11 mars 2004.

Il a estimé que sa mission était difficile s'agissant de domaines qui touchent directement à la souveraineté des États. Néanmoins des progrès ont été réalisés depuis les attentats du 11 septembre, avec l'adoption de mesures telles que le mandat européen ou la création d'équipes d'enquêtes communes qui facilitent la coopération ente les États membres de l'Union. Il a ensuite interrogé M. de Vries sur la mise en œuvre des décisions prises dans le cadre de l'Union européenne sur l'état de la menace terroriste en Europe et sur les actions prioritaires à entreprendre à la fois dans le domaine législatif et dans le domaine opérationnel. Enfin, il s'est demandé quel sera l'apport du nouveau traité constitutionnel en ce qui concerne la lutte contre le terrorisme.

M. Gijs de Vries s'est réjoui de pouvoir s'exprimer devant la Commission des Affaires étrangères de l'Assemblée nationale d'un pays très attentif aux progrès de la constitution européenne en matière de sécurité.

Il a estimé que les attentats du 11 septembre 2001 et du 11 mars 2004 avaient révélé l'existence d'un terrorisme de destruction massive et la nécessité pour les États membres européens de coordonner leurs actions face à des terroristes qui refusent l'ensemble des valeurs de l'Union. Il a cependant insisté sur l'importance du dialogue avec les communautés musulmanes et sur la nécessité de ne pas faire un amalgame entre terrorisme et monde musulman.

M. Gijs de Vries a indiqué que le dispositif français de lutte antiterroriste était très efficace dans la mesure où la France a depuis longtemps été confrontée au terrorisme. Elle a ainsi participé avec efficacité aux actions de coopération internationale lancées à la suite du 11 septembre tant dans le

cadre de coopérations bilatérales que dans le renforcement de la politique de l'Union européenne de lutte contre le terrorisme.

M. Gijs de Vries a ensuite rappelé les étapes de la politique européenne dans ce domaine. Celle-ci est devenue une priorité majeure après les attentats du 11 septembre 2001. Le Conseil extraordinaire du 20 septembre 2001 a décidé des mesures collectives qui ont pour ambition de renforcer la sécurité de l'Union européenne pour faire face à la menace terroriste, lesquelles se sont notamment concrétisées par les deux décisions cadres du 13 juin 2002 sur le terrorisme et le mandat d'arrêt européen, dont la finalité est de surmonter les obstacles traditionnels à la coopération entre Etats-membres. Plus globalement, l'Union européenne s'est alors dotée d'une feuille de route intégrant toutes les dimensions de la lutte contre le terrorisme, dont la mise en œuvre n'a probablement été aussi efficace et rapide qu'on aurait pu le souhaiter. Par ailleurs, le Conseil européen a adopté le 12 décembre 2003 la « stratégie européenne de sécurité » rédigée par M. Javier Solana. Ce document fait du terrorisme l'une des principales menaces pour la sécurité de l'Union européenne.

Les attentats du 11 mars 2004 ont malheureusement conforté cette analyse et ont été à l'origine de l'adoption, le 25 mars 2004, d'un plan d'action renouvelée de l'Union européenne contre le terrorisme.

Le Conseil européen des 17 et 18 juin 2004 a fait le point sur la mise en œuvre de cette déclaration : des résultats ont été obtenus notamment concernant la directive sur l'indemnisation des victimes ou sur l'amélioration du caractère opérationnel d'Europol ; il a été demandé aux institutions et aux Etats membres de remplir leurs engagements dans les délais prévus ; une capacité de renseignement portant sur tous les aspects de la menace terroriste a été créée au sein du secrétariat général du Conseil.

Le Conseil a également défini les priorités pour l'avenir qui concernent le financement du terrorisme à l'échéance de décembre 2004, la nécessité de parvenir d'ici juin 2005 à un accord « sur les initiatives relatives à l'échange d'informations et à la coopération concernant les infractions terroristes et à la rétention de données en rapport avec des communications ». En outre, le Conseil et la Commission sont invités à améliorer les coopérations existantes dans le domaine de la protection civile pour traduire la volonté des Etats membres d'agir solidairement en cas d'attentat terroriste majeur. Enfin, le Conseil européen a souligné la nécessité d'utiliser les outils dont dispose l'Union européenne pour lutter contre tous les facteurs qui alimentent le terrorisme.

M. Gijs de Vries a estimé que beaucoup des mesures qui ont été décidées étaient concrètes et proches des préoccupations des citoyens, comme

par exemple la mise en place de données biométriques dans les passeports ou la création d'une agence européenne de contrôle des frontières.

Puis M. de Vries a successivement évoqué le financement du terrorisme, la qualité des échanges d'informations entre États membres, les analyses de la menace et la protection des populations dans le domaine du bioterrorisme. Le Conseil européen a clairement indiqué que la prévention du financement du terrorisme continue d'être une priorité majeure. Dans le domaine du gel des avoirs, c'est à l'Union comme aux États membres de renforcer l'efficacité et l'effectivité de la mise en œuvre de la résolution 1373 du Conseil de sécurité des Nations unies. De même il a été décidé d'une part de publier la liste consolidée des personnes et entités soumises aux mesures de gel décidées par l'Union et, d'autre part de mettre l'accent sur l'efficacité du contrôle des systèmes non bancaires de transfert de fonds. Par ailleurs, une étude de faisabilité portant sur la définition d'un instrument communautaire de contrôle et de gestion des ONG à but humanitaire ou caritatif a été demandée à la Commission. La Présidence a été chargée de prolonger le dialogue avec les pays de la zone Euroméditerranée et les pays du Golfe.

L'évaluation de la menace qui a pour finalité l'information des autorités compétentes et l'aide à la décision, est selon M. de Vries, un travail essentiel qui doit être particulièrement pertinent. A l'échelle de l'Europe, il n'y a pas d'évaluation unique de la menace, le groupe de travail Troisième pilier, ou Europol produisent des documents tandis que le Centre de Situation se concentre sur l'évaluation de la menace extérieure. Ceci est une faiblesse, soulignée lors des Conseils Justice et Affaires intérieures du 18 février 2004 et du 18 mars 2004, où l'on a discuté d'une initiative belge visant à créer une sorte d'agence européenne du renseignement. Cependant, nombre d'États membres ont exprimé de vives réticences à créer un tel organisme mais ont demandé que soient rationalisés et mieux utilisés les instruments et outils existants. Aussi a-t-il été décidé de mettre en place au sein du Centre de Situation une unité composée des experts des services de renseignements et de sécurité des États membres chargée d'analyser la menace terroriste. Cela favorisera l'implication des responsables des services de renseignements réunis régulièrement en tant que groupe antiterroriste, de même que les échanges d'information entre services de renseignements et enfin cela permettra à Europol de mieux remplir sa mission. Ainsi les responsables de l'Union européenne seront-ils mieux informés de l'état de la menace et des méthodes utilisées par les terroristes, et les États membres recevront-ils plus de soutien des organismes européens tout en gardant le contrôle du domaine opérationnel.

Il a fait observer que le bioterrorisme apparaît à un nombre croissant de spécialistes et d'États comme une menace désormais de plus en plus plausible et que l'Union européenne doit prendre en compte

impérativement cette question. Il existe une feuille de route pour la mise en œuvre du programme du Conseil et de la Commission, en date du 20 décembre 2002, visant à améliorer la coopération au sein de l'Union dans le domaine de la prévention et de la limitation des conséquences d'une attaque terroriste commise avec des moyens non conventionnels. Mais tous les États membres n'ont pas développé de compétences particulières et doté leurs services de protection civile des moyens techniques appropriés pour l'instant. Qu'advient-il si un événement majeur affecte un ou plusieurs autres États ? Une telle question, qui fait intervenir des compétences multiples - services hospitaliers pour accueillir les victimes, services de pharmacie pour fournir les médicaments -, a une réelle dimension politique. L'élaboration d'une stratégie, avec des exercices à grande échelle et une évaluation systématique de sa mise en œuvre, est de nature à convaincre les citoyens des États membres de la réalité et de la plus-value de l'Europe.

M. Gijs de Vries a abordé les relations de l'Union européenne avec les pays tiers en insistant sur la nécessité d'être pragmatique et de coordonner les programmes d'assistance à ces pays auxquels sont consacrées des sommes qui ne cessent de croître. Un processus de rationalisation des programmes d'assistance en matière de lutte contre le financement du terrorisme a déjà débuté dans le cadre du G8 avec son comité du contre-terrorisme, mais ce processus doit inclure à terme tous les États de l'Union. Celle-ci doit rationaliser ses relations, et dresser une liste des pays prioritaires avec lesquels un dialogue privilégié doit être conduit. L'Union doit agir en complémentarité avec les autres organisations internationales, voire avec les États membres quand ces derniers, par tradition ou par culture, ont des positions fortes. Avec les pays du Maghreb ou d'Asie du Sud Est le dialogue politique et commercial doit comprendre un chapitre « terrorisme » substantiel régulièrement évalué.

Il a insisté sur le rôle fondamental de l'Union dans le domaine de la lutte antiterroriste, qui est d'apporter une valeur ajoutée aux actions engagées par les États. Elle doit notamment définir une base juridique qui facilite leurs actions, la coopération entre eux car la lutte opérationnelle contre le terrorisme reste placée avant tout sous leur seule et pleine responsabilité. L'action de l'Union est donc complémentaire de celle des États membres.

Il a souligné la nécessité de mener des actions cohérentes, le terrorisme, la criminalité organisée, la prolifération d'armes de destruction massive et les conflits régionaux, ne peuvent être considérés séparément.

Il a rappelé que le Conseil européen avait estimé prioritaire de mettre en œuvre plus rapidement les législations de l'Union et de recourir plus systématiquement aux agences de l'Union. Des délais stricts ont été fixés pour

la ratification des conventions telles que celles sur l'entraide judiciaire en matière pénale et son protocole ainsi que le protocole à la convention Europol.

Il a conclu en observant que la lutte contre le terrorisme n'était efficace que sur la base d'une convergence des énergies, des volontés, des déterminations et aussi de mesures concrètes de mise en œuvre effectives rapidement.

Le Président Edouard Balladur a rappelé que la Commission des Affaires étrangères avait adopté les projets de loi autorisant l'approbation de la convention du 29 mai 2000 en matière d'entraide judiciaire, du protocole du 16 octobre 2001 s'y rapportant, ainsi que du protocole du 28 novembre 2002 modifiant le statut d'Europol. Ces textes devraient être prochainement examinés en séance publique par l'Assemblée nationale.

Mme Martine Aurillac a demandé quelle était la durée du mandat confié au coordonnateur européen pour la lutte contre le terrorisme et de quels moyens il disposait.

M. Michel Delebarre a souhaité savoir comment s'articulaient les attributions du coordonnateur avec celles des membres du Conseil et de la Commission compétents en matière de lutte contre le terrorisme. Les travaux de la mission d'information sur le terrorisme ont montré que la plupart des personnes intéressées estiment qu'en matière de lutte contre le terrorisme la démarche bilatérale est la plus efficace. Le renforcement d'Europol ou d'Eurojust s'inscrit-il dans une autre perspective ? Quelle attitude adopter à l'égard des États qui ne respectent pas leurs engagements vis-à-vis du mandat d'arrêt européen ? Enfin, de quelle capacité d'action l'Union européenne dispose-t-elle face aux mouvements terroristes prêts à utiliser des armes de destruction massive ?

M. Gjis de Vries a apporté les réponses suivantes :

— le mandat du coordonnateur, comme celui des autres représentants personnels du Secrétaire général, est d'un an, renouvelable sans limite aucune ;

— les moyens à disposition du coordonnateur sont heureusement limités, car les États sont les premiers concernés par la lutte contre le terrorisme et ce sont eux qui disposent des forces de police ou des services de renseignement ;

— il est difficile pour l'Union européenne de contraindre un État à tenir ses engagements en matière pénale ; elle peut lui demander des explications dans le cadre du Conseil Justice et Affaires intérieures ou du Conseil Affaires étrangères, rendre publique la liste des états qui tardent à remplir leurs obligations, voire, à la limite, saisir la Cour de Justice des

Communautés européennes par l'intermédiaire de la Commission ; en tout état de cause, en matière de lutte contre le terrorisme, l'Union a d'abord vocation à faciliter certaines mesures et à encourager les États à les prendre, mais pas à leur imposer sa volonté ;

— la coopération du Conseil et de la Commission est bonne et certaines visites de travail à l'étranger sont organisées de manière commune ; si chacun a ses responsabilités, les deux institutions agissent toutefois de concert ;

— la dimension bilatérale est très importante, surtout dans le domaine du renseignement ; en outre, en matière opérationnelle, il importe de ne pas centraliser à l'excès et de laisser les États mener les politiques qu'ils entendent. Mais pour le travail analytique, nous avons besoin d'une action en commun.

Le Président Edouard Balladur a remercié M. Gjis de Vries et a estimé qu'il jouait un rôle pionnier au sein de l'Union européenne. Il a conclu son propos en s'interrogeant sur les conséquences du projet de constitution européenne en matière de lutte contre le terrorisme, notamment en raison de la désignation d'un ministre des Affaires étrangères de l'Union, siégeant à la fois au Conseil et à la Commission. Enfin, il a estimé que la Commission devait agir à l'encontre de certains États ne respectant pas leurs engagements européens, alors même que le risque terroriste va croissant.

* *
*

Mercredi 23 juin 2004

Présidence de M. Édouard Balladur, président

La commission a entendu **M. Jacques Viot, président de l'Alliance française.**

En l'accueillant, le **Président Édouard Balladur** a rappelé que le réseau des Alliances françaises s'étendait sur les cinq continents, dans plus de 130 pays, et comprenait plus de 1 000 établissements auxquels l'Alliance française de Paris accordait le label « Alliance française ». Il a ajouté que les Alliances françaises, liées, pour les plus importantes d'entre elles, au ministère des Affaires étrangères par des conventions de partenariat et destinataires d'aides de ce dernier, formaient une des composantes essentielles de l'action culturelle extérieure de l'État, avec le réseau des centres culturels. Il a souhaité que soit dressé un bilan de l'action de ce réseau et présentées les actions susceptibles d'être développées afin de lutter contre le recul constant du français. Il s'est également interrogé sur la nécessité, à l'avenir, soit d'étendre, soit, au contraire, de restructurer ce réseau dans une Europe élargie à 25 membres, ainsi que sur les moyens de concilier l'existence du double réseau formé par les Alliances françaises et les centres culturels.

M. Jacques Viot, Président de l'Alliance française, a rappelé que l'année 2004 marquait le 120^{ème} anniversaire de l'Alliance, née de la réunion d'un comité composé d'universitaires, d'écrivains et de diplomates en juillet 1883 et, juridiquement, de l'adoption de statuts en mars 1884. Dans un contexte marqué, à l'époque, par un mouvement de redressement patriotique qui faisait suite à la défaite de 1870, ses fondateurs, pétris d'humanisme, assignaient à l'Alliance française le rôle de « *propager la langue française dans les colonies et à l'étranger* ». M. Jacques Viot a expliqué que ce tournant décisif dans la politique culturelle internationale de la France s'était vu conforter depuis le discours prononcé à Alger, en 1943, par le général de Gaulle, à l'occasion du soixantième anniversaire de l'Alliance, dans lequel il s'élevait contre l'idée d'une hégémonie culturelle et mettait en avant les vertus de l'échange et de la diversité, et a souligné que cette approche n'avait rien perdu de son actualité. Le président de l'Alliance française a fait valoir que, de même, les modalités de fonctionnement des Alliances, qui s'appuyaient essentiellement sur l'engagement de bénévoles, reposaient sur une formule moderne avant l'heure, dont témoignait la place croissante de la société civile dans le fonctionnement de la société internationale. Ces associations à but non lucratif, de droit local et indépendantes, sont, en effet, créées et gérées par des responsables locaux, animés de sentiments d'amitié pour la France et généralement passionnés de culture française. Dans ce système, l'Alliance

française de Paris dispose d'une sorte de droit d'aînesse, approuvant le statut des autres alliances et chargée de vérifier la conformité de leur fonctionnement aux objectifs inscrits dans le statut. La modification, en mars 2000, des statuts de l'Alliance de Paris a conforté son rôle de tête de réseau, la présence, au conseil d'administration de cet établissement, de cinq présidents d'Alliances situées hors de France étant désormais inscrite dans les statuts. Enfin, un colloque annuel se tient à Paris, qui réunit un nombre important de représentants des milliers d'Alliances réparties dans quelque 130 pays.

Si l'enseignement de la langue français reste au cœur du rôle des établissements de l'Alliance française, leurs activités se sont néanmoins diversifiées, au profit d'activités culturelles et artistiques et de la mise à disposition de ressources documentaires sur la francophonie. Ces différents services sont proposés en France, grâce à un réseau d'une trentaine de centres, dont onze d'enseignement, fréquentés par plus de 8 000 étudiants. A l'étranger, ce sont environ 785 établissements qui dispensent un enseignement, fréquentés par 380 000 étudiants, chiffre en hausse de 9 % en 2002 et de 5 % en 2003. M. Jacques Viot a expliqué toutefois que ces résultats encourageants devaient être tempérés par la constatation du recul du français dans de nombreux systèmes éducatifs nationaux étrangers, les Alliances françaises suppléant, dans ce contexte, la défaillance de l'offre éducative nationale. Dans cet ensemble, l'Amérique latine reste le continent le plus actif, avec 133 000 étudiants, dont 33 000 au Mexique, qui accueille le réseau le plus important d'Alliances françaises dans le monde. Mais c'est en Asie et en Eurasie qu'on observe les taux de progression les plus importants du réseau de l'Alliance, l'Inde ayant, par exemple, enregistré une progression de 30 % en 2002. De même, en Europe orientale, de nombreux établissements de l'Alliance française s'implantent, fortement soutenus par les autorités locales. Par ailleurs, s'il est sensible aux aléas politiques et sociaux, le réseau des Alliances françaises se caractérise par une forte capacité d'adaptation, ainsi qu'en témoignent les exemples de Madagascar, de l'Argentine et du Pakistan.

Le Président de l'Alliance française a cependant fait part de son inquiétude quant à l'avenir de la langue française dans l'Union européenne, notamment après son élargissement. Pour faire face à cet enjeu, le centre de Bruxelles, qui porte le nom d'Alliance française-Bruxelles-Europe, fait l'objet d'un soutien dynamique et s'est, notamment, vu doter d'un centre européen de langue française installé en son sein. De même, les centres de Londres, Dublin et Madrid sont très soutenus. En revanche, l'Alliance française de Lisbonne a disparu, au profit de l'Institut français. A cet égard, répondant spécifiquement à l'interrogation soulevée par le Président Édouard Balladur, M. Jacques Viot a précisé qu'autant que possible, les doublons entre centres culturels et alliances françaises étaient évités, le problème se posant toutefois, en pratique, de savoir

cas par cas laquelle des deux composantes du réseau culturel français à l'étranger devait disparaître.

Dressant ensuite un tableau de la situation financière du réseau des Alliances françaises, M. Jacques Viot a expliqué que les établissements de l'étranger s'autofinanciaient en moyenne environ à hauteur de 75 %, grâce aux droits payés par les étudiants. La subvention du ministère des Affaires étrangères s'élevait, en 2003, à 11 millions d'euros, 3,5 millions d'euros étant en outre dévolus aux investissements immobiliers. En termes humains, l'aide de l'État passe par le détachement de 254 personnes du ministère des affaires étrangères et le financement de 70 volontaires civils. Au total, les subventions budgétaires de l'État – le ministère de l'Éducation nationale participe également – se sont élevées à 41,32 millions d'euros en 2003. Ce sont donc, y compris en matière immobilière, des fonds issus des pays d'établissement qui fournissent l'essentiel du financement du réseau. Par exemple, les investissements immobiliers réalisés par les établissements de Chicago ou de Singapour ont essentiellement fait l'objet d'un financement par fonds privés de mécènes locaux.

L'École internationale de Paris, qui accueille 13 à 14 000 étudiants de 160 nationalités différentes – majoritairement issus des pays européens mais dont le premier contingent extra européen est, depuis 2004, chinois (1 100 étudiants), et non plus américain –, connaît des difficultés financières liées, notamment, à la diminution sensible du nombre des inscriptions en 2003, qu'expliquent la situation internationale ainsi que la concurrence d'écoles privées. M. Jacques Viot a souligné la très forte diminution des crédits budgétaires attribués à cet établissement par le ministère des affaires étrangères depuis 1989, qui ont été divisés par trois pour ne représenter en 2003 que 3,7 % de ses ressources, soit 0,52 millions d'euros sur un budget total de 13,4 millions d'euros. Il a fait valoir que cette évolution n'était pas sans créer des tensions sociales au sein du personnel de l'établissement, en particulier sur la question des négociations salariales, car l'action internationale ne peut être financée en totalité sur les ressources propres de l'établissement parisien.

Le Président de l'Alliance française a ensuite présenté les projets de développement du réseau, en soulignant la priorité accordée dans cet objectif, d'une part, à la Russie, où l'unique centre de Saint-Petersbourg a été complété depuis trois ans par la création de sept nouveaux établissements, trois étant, en outre, en projet, d'autre part, à la Chine, où, d'un centre il y a dix ans, l'Alliance française est désormais représentée par huit centres qui reçoivent 10 000 étudiants et où plusieurs créations sont prévues, l'ensemble fonctionnant avec le soutien des universités chinoises. Des projets sont également en cours en Allemagne où, comme au Moyen-Orient et au Maghreb

d'ailleurs, des raisons historiques expliquent l'absence quasi-totale de l'Alliance française.

Sur le fond, le réseau de l'Alliance française a le souci de s'adapter aux évolutions de la demande, notamment en multipliant les cours de français des affaires, en diversifiant son action au profit d'activités culturelles et de la diffusion des valeurs et des idées de la francophonie, y compris sur des sujets très contemporains ou redevenus d'actualité, tels que la bioéthique, le rapport entre la religion et la politique ou l'écologie.

En conclusion de son propos, M. Jacques Viot a estimé que cet instrument privilégié de l'action culturelle extérieure de la France qu'était le réseau des Alliances françaises ne devait pas pâtir des restrictions budgétaires affectant l'établissement de Paris, essentiel à l'épanouissement de l'Alliance française dans le monde. Il a estimé que l'État français aurait tout intérêt à tirer pleinement parti de l'expérience d'acteurs non gouvernementaux pour développer un réseau porteur d'un puissant sentiment de solidarité avec la France.

Le Président Édouard Balladur a demandé quel était l'âge des étudiants de l'Alliance française. Puis il a souhaité connaître l'avis de M. Jacques Viot à propos de la création, par certaines personnalités, d'un comité visant à défendre l'usage unique et exclusif de la langue française en matière juridique et au niveau européen.

M. Jacques Myard a proposé l'ouverture d'une Alliance française en face de la Banque centrale européenne, faisant allusion au discours prononcé *es qualité* et en anglais à Strasbourg par M. Jean-Claude Trichet, Président de la BCE, dans l'hémicycle du Conseil de l'Europe. Cet événement mérite une réaction vive et que des mesures soient prises immédiatement.

Soulignant combien il était lamentable qu'un Français s'exprime en anglais dans une instance européenne située sur le territoire français, **M. André Schneider** a tenu à préciser que la délégation française au Conseil de l'Europe avait, en conséquence, quitté l'hémicycle.

Le Président Édouard Balladur a répondu qu'il s'adresserait personnellement à M. Jean-Claude Trichet, tout en rappelant qu'il s'agissait d'une lutte de tous les jours. Il a ainsi cité l'exemple d'un télégramme diplomatique du ministère des Affaires étrangères datant de 2003, consacré à la position française sur une résolution de l'ONU portant sur l'Irak, et qui était entièrement rédigé en anglais et diffusé tel quel à tous les postes diplomatiques.

M. Jean-Claude Guibal a souhaité savoir si l'Alliance française entretenait des relations, d'une part, avec le ministère de l'Éducation nationale et les universités françaises, s'agissant notamment de l'accueil des étudiants

étrangers, et, d'autre part, avec les médias, et notamment TV5 ou, dans l'avenir, la future chaîne d'information internationale, concernant la diffusion par ces médias de la langue française.

Mme Martine Aurillac s'est intéressée à la situation de l'Alliance française en Amérique du Nord.

M. Didier Julia a souhaité savoir pour quelles raisons il n'y avait pas d'Alliance française au Proche-Orient.

M. Jacques Remiller s'est enquis de l'avenir des établissements culturels en Côte d'Ivoire.

M. Jacques Viot a apporté les éléments de réponse suivants :

- les cours de l'Alliance française s'adressent en priorité à des adultes et l'âge moyen des étudiants, aussi bien à Paris qu'à l'étranger, se situe entre dix-huit et trente ans. Depuis une décennie, les motivations ont beaucoup changé. Par le passé, les étudiants venaient à l'Alliance française pour parfaire leur culture générale, principalement leurs connaissances littéraires. Pour simplifier, aujourd'hui 10 % des étudiants restent attirés par ces objectifs de caractère général et traditionnel et ils sont de plus en plus nombreux à venir pour des raisons pratiques, touristiques ou professionnelles essentiellement ;

- à défaut d'information concernant l'initiative d'un comité pour la défense du français en matière juridique, il demeure que le français garde une position privilégiée dans le domaine juridique, notamment à la Cour de Justice des Communautés européennes. En revanche, son usage dans les autres organes de l'Union européenne est très préoccupant et il faut encourager des initiatives comme la création à Bruxelles du Centre européen de langue française destiné à la formation des personnels européens ;

- le ministère de l'Éducation nationale est invité à participer au conseil d'administration de l'Alliance française, au même titre que le ministère des Affaires étrangères. Les relations de travail sont étroites avec ce ministère qui prend en charge la rémunération du secrétaire général et de la directrice de l'école de Paris et qui accorde une subvention modique aux actions de formation de l'Alliance française. L'Alliance française de Paris est la seule habilitée, pour Paris, à faire passer le Diplôme d'études en langue française (DELFF), certification nationale, en lien étroit avec le Centre d'études pédagogiques de Sèvres, qui en assure l'organisation. Enfin, le lien avec Edufrance est assez naturel du fait de sa mission et l'Alliance française soutient de façon pratique son action à l'étranger en hébergeant ses bureaux. Les représentants des universités quant à eux sont invités aux colloques de l'Alliance française ;

- l'Alliance française veille à entretenir des relations étroites avec les médias, d'abord avec Radio France, dont l'ancien Président, M. Jean-Marie Cavada, siégeait au conseil d'administration. A cet égard, il n'y a pas d'obstacle juridique à ce qu'il en reste membre. Les relations sont également très concrètes avec TV5 et RFI, dont l'ancien Président, M. Jean-Paul Cluzel, avait pris la parole au cours d'un colloque organisé par l'Alliance française en janvier 2003. Par ailleurs, le statut d'acteur local des Alliances françaises à l'étranger leur permet de demander l'attribution de fréquences au profit de RFI.

- en Amérique du Nord, le réseau de l'Alliance française est important. Au Canada, l'Alliance française est présente dans le Canada anglophone, à Toronto, Winnipeg, Calgary et Vancouver. Ce réseau se porte bien, soutenu par la politique du gouvernement canadien visant à encourager le bilinguisme. Aux États-unis, le réseau est étoffé. En 2003, malgré des relations mouvementées avec ce pays, la demande de français a augmenté. Il faut cependant observer que le nombre d'étudiants aux États-unis est inférieur de moitié à celui du Mexique, avec respectivement 16 000 étudiants contre 32 000. A cet égard, un fait significatif doit être rapporté : la fédération des Alliances françaises avait choisi de commémorer le centenaire de sa création à Paris ;

- l'absence d'Alliance française au Proche-Orient est due à des raisons historiques antérieures au premier conflit mondial. La présence des différentes congrégations religieuses et de la Mission laïque y était très forte. Ses établissements sont complémentaires de ceux de l'Agence pour l'enseignement du français à l'étranger (AEFE) dans la mesure où, comme elle, ils scolarisent des enfants français et nationaux. Par ailleurs, une Alliance française n'est jamais créée sans l'accord du gouvernement français. On peut néanmoins signaler la présence de l'Alliance française à Abu Dhabi et à Port-Saïd, qui pourrait laisser espérer un développement de ce mouvement. Deux antennes de l'Alliance française existent également au Maroc. L'Alliance française est également absente de l'Allemagne, là aussi pour des raisons historiques. Avant 1914, elle y était présente en très grand nombre, puis, après la seconde guerre mondiale, le gouvernement français de l'époque avait décidé de créer les centres culturels et les instituts français. Le nombre de ces structures étant actuellement en déclin pour des raisons financières, la possibilité de créer des antennes de l'Alliance française dans ce pays a été évoquée ;

- tout comme au Pakistan, le ministère des Affaires étrangères a souhaité que l'Alliance française de Côte d'Ivoire suspende ses activités pour des raisons de sécurité. Dès que la situation le permettra, elle pourra les relancer. A cet égard, on peut faire observer que la question du rôle de l'Alliance française dans les pays francophones n'est pas dénuée d'intérêt.

Le Président Edouard Balladur a félicité M. Jacques Viot pour la façon dont l'Alliance française assurait le relais des actions de l'État, par ailleurs souvent insuffisantes. Si la diffusion du français est affaire de moyens et de réglementation, elle est aussi le résultat d'une volonté politique et des conditions économiques. C'est pourquoi, même si le mouvement du monde n'est pas favorable aux intérêts de la France, il ne faut pas renoncer.

DÉFENSE NATIONALE ET FORCES ARMÉES**Mercredi 23 juin 2004***Présidence de M. Guy Teissier, président*

La commission de la défense nationale et des forces armées a entendu M. Denis Ranque, président-directeur général de Thales.

M. Denis Ranque a indiqué que le groupe Thales avait engagé une réorganisation. En 2000, après l'acquisition de Racal au Royaume-Uni, l'entreprise a été organisée autour de trois pôles (défense, aéronautique et technologies de l'information) comprenant douze divisions. L'intégration des acquisitions, qui a permis de doubler la taille de Thales, est désormais réalisée et il convient d'entrer dans une phase de consolidation. Dans un souci de simplification, les pôles sont supprimés et le nombre de divisions est ramené de douze à six. Cela devrait permettre une meilleure lecture de la stratégie du groupe, notamment dans le domaine militaire, qui comporte désormais quatre divisions (aéronautique, navale, terre et interarmées, défense aérienne). Chacune de ces divisions a pour rôle d'assurer le premier contact avec le client. La création d'une division terrestre est une nouveauté, les activités terrestres étant auparavant réparties entre plusieurs pôles et divisions. Cette consolidation permet de souligner que Thales constitue le premier acteur de l'armement terrestre en Europe, avec un chiffre d'affaires de 2,2 milliards d'euros. Le développement des activités d'équipementier et de systémier a permis à l'entreprise de se situer bien en avant des fabricants de plates-formes, tels que Giat Industries et Krauss-Maffei. L'activité de Thales en matière d'armement terrestre porte sur les réseaux et c'est à ce titre qu'il joue un rôle *leader*, avec la participation de Giat Industries et de Sagem, dans le programme de la bulle opérationnelle aéroterrestre (BOA) annoncé par la ministre de la défense à Eurosatory. La nouvelle organisation répond également au souci de conserver les complémentarités en matière d'équipements, une spécialisation par produit étant maintenue. Ainsi, la division chargée de l'armement terrestre regroupera l'ensemble des activités de communication par radio, même si celles-ci correspondent également à des besoins dans les domaines naval et aérien. Deux autres divisions aux activités transversales sont créées. La division « sécurité » regroupe les activités en matière de sécurité civile, pour lesquelles Thales est l'un des tout premiers opérateurs européens, avec un milliard d'euros de chiffre

d'affaires ; les technologies mises en œuvre sont souvent très proches de celles utilisées en matière de défense et les clients sont pour l'essentiel des Etats ; en raison de la position qu'il occupe en matière de défense, Thales bénéficie de la crédibilité nécessaire et, après quatre années de modifications du portefeuille des activités civiles du groupe, l'activité sécurité va pouvoir se développer. La division « services » est une division duale permettant le rapprochement des activités de simulation et d'entraînement ; elle aura pour objectif de répondre aux besoins d'externalisation exprimés par les armées et s'appuiera sur l'expérience déjà acquise en la matière au Royaume-Uni. Ainsi, la récente réforme du groupe Thales tient en trois grands objectifs : efficacité, clarté de la stratégie, dualité et recherche des complémentarités.

Abordant la question du second porte-avions, M. Denis Ranque a rappelé que personne n'aurait envisagé, il y a cinq ans, que Thales puisse réaliser le tiers du programme des deux porte-avions britanniques et une part importante du programme du second porte-avions français. Cela tient en fait à l'évolution progressive du groupe Thomson-CSF, dont l'activité est passée en quelques années de la fourniture d'équipements à celle de systémier premier contractant.

Dans le même temps, les clients étatiques ont également pris conscience de deux phénomènes.

En premier lieu, la complexité des systèmes électroniques de combat modernes rend plus difficile leur intégration aux plates-formes qui les supportent. De ce fait, il est devenu quasiment impossible pour des services étatiques de réaliser une maîtrise d'œuvre intégrale des programmes actuels, à la différence de ce que faisait naguère la direction des constructions navales. Les systémiers fournissent désormais des prestations « clés en mains » aux clients étatiques.

En second lieu, les programmes d'armement actuels se caractérisent par une importance grandissante des systèmes électroniques de combat par rapport aux plates-formes. Se pose alors la question du meilleur maître d'œuvre. Par le passé, le réalisateur des plates-formes était tout désigné et, dans certains cas, cela reste toujours vrai. A titre d'illustration, le groupe Dassault demeure le maître d'œuvre incontesté des programmes d'avions de combat, même si, par exemple, pour le Rafale, Thales réalise une proportion supérieure de la valeur ajoutée du programme, de l'ordre de 35 %. Pour ce qui concerne la réalisation de plates-formes moins techniques et moins complexes, les systémiers se trouvent dans une meilleure position pour assumer la maîtrise d'œuvre, car ils sont mieux à même de maîtriser les risques. Or, les systèmes électroniques de combat représentent une part prépondérante tant sur le plan financier que sur celui des risques, ce qui explique que le groupe Thales figure, avec l'américain Northrop Grumman, parmi les deux derniers industriels en

lice au Royaume-Uni pour la fourniture d'un programme de drones représentant 800 millions d'euros.

Lorsque British Aerospace a racheté Marconi, en 1999, le marché de l'armement britannique a subi une profonde évolution puisque les deux premiers contractants ont fusionné en donnant naissance à BAe Systems, laissant à Thales loin derrière la place de second fournisseur du ministère de la défense britannique. Ce dernier, ayant voulu maintenir une certaine concurrence, a souhaité que Thales présente une offre sur le programme des deux porte-avions de la *Royal Navy*. Ces bâtiments peuvent en effet être envisagés comme de grands systèmes comprenant un poste de commandement, la gestion de l'ensemble des mouvements d'aéronefs et un centre d'attaque. Tout cela a débouché sur la proposition CVF, dont le dessin a convaincu les autorités britanniques. Néanmoins, celles-ci ont finalement souhaité associer l'ensemble des acteurs à travers une alliance comprenant le ministère de la défense, qui partagera le coût des risques, BAe Systems et Thales, pour un tiers de l'ensemble du programme.

Fort de ce résultat, Thales a formulé des propositions pour le programme de second porte-avions français, le caractère primordial des compétences des systémiers pouvant aussi bien être reconnu en France qu'au Royaume-Uni et la participation au programme britannique étant à même de faciliter des convergences pour réaliser des économies et de favoriser un rapprochement européen.

Le choix du mode de propulsion est désormais effectué. La solution retenue est conventionnelle et l'on peut raisonnablement penser que la perspective de coopération a été l'un des arguments qui ont milité en sa faveur, même s'il n'a pas été le seul. Depuis lors, Thales s'est rapproché de DCN afin de réunir le champion historique et son *challenger* dans une alliance innovante et bénéfique pour l'Etat client. Un accord a été conclu il y a quelques semaines sur la constitution d'une société commune chargée de gérer le programme. Thales et DCN y figureront à parité pour les décisions stratégiques et le *management*, même si 65 % du capital sera détenu par DCN et 35 % par Thales, afin de permettre à Thales de peser sur les choix concernant les systèmes de combat, où résident les plus forts risques. Cette société commune sera juridiquement constituée à la fin de l'année 2004. L'équipe commune est déjà au travail, avec pour objectif, d'ici le 15 septembre prochain, d'aboutir à la définition d'un dessin commun à Thales et DCN. L'essentiel du travail a déjà été effectué. Dans un second temps, ce profil technique sera confronté à celui de l'alliance BAe Systems et Thales UK.

Il est certain que ces deux programmes répondent à des besoins différents, principalement en raison des types d'aéronefs mis en œuvre, le Rafale pour la marine française et le F 35 à décollage vertical pour la *Royal*

Navy. Il existe néanmoins une volonté d'aboutir à un dessin le plus proche possible pour deux raisons : une baisse significative des coûts et un accroissement notable de l'interopérabilité des marines concernées.

Précédemment, la volonté de rendre à tout prix les besoins opérationnels et la configuration du navire identiques a conduit à l'échec du programme franco-britannique de frégates Horizon. La déclaration commune des ministres de la défense britannique et français, le 9 juin dernier, reflète une approche différente (*bottom up* et non plus *top down*), visant à rechercher le maximum de sous-ensembles communs tout en respectant les besoins nationaux. Les industriels se sont fixé la date limite du 15 septembre 2004 pour présenter leur propositions en la matière. Les gouvernements devraient prendre leurs décisions d'ici l'été 2005.

Par delà le rôle joué par les couples Thales UK – BAe Systems et Thales – DCN, il convient d'associer l'ensemble des compétences, dont celles des Chantiers de l'Atlantique pour la construction de grands bâtiments. Compte tenu de sa taille, le deuxième porte-avions français ne pourra de toute façon pas être construit à Brest, dont les installations étaient déjà juste suffisantes pour la construction du *Charles de Gaulle*. EADS et sa filiale MBDA seront également associés au projet pour ce qui concerne les systèmes Aster.

Le président Guy Teissier a demandé s'il est exact que les Britanniques se sont convertis à un système de lancement et de récupération d'avions utilisant catapultes et brins d'arrêt.

M. Denis Ranque a indiqué que les Britanniques avancent avec pragmatisme. Le choix de l'avion américain F 35 à décollage et atterrissage verticaux reste la solution privilégiée par nos partenaires, qui ont toutefois engagé un débat sur ce point. Par ailleurs, il faut aussi savoir que le développement effectif de cet appareil doit être confirmé. En tout état de cause, la grande taille des deux futurs porte-avions a été choisie précisément parce qu'elle permettra de s'adapter sans trop de difficultés aux évolutions. La décision définitive sur l'installation ou non de catapultes devrait intervenir entre l'automne 2004 et le printemps 2005.

M. Jérôme Rivière a noté que la « consanguinité » entre la délégation générale pour l'armement (DGA) et les industriels, décriée par certains, s'est manifestée récemment dans un sens peu habituel puisque M. François Lureau, nouveau délégué général pour l'armement, est un ancien cadre de Thales.

Il a ensuite demandé s'il ne serait pas judicieux de créer une société commune responsable du projet des trois porte-avions et de laisser aux industriels le soin de régler les problèmes techniques, dans lesquels les administrations ne doivent pas interférer. Le choix de turbines à gaz couplées à

des moteurs électriques pour la propulsion d'un porte-avions n'est pas « classique » pour les flottes militaires, même si ce type de propulsion équipe avec succès des paquebots, très différents de navires de guerre.

M. Denis Ranque a souligné que la nomination de M. François Lureau au poste de délégué général pour l'armement constitue, à sa connaissance, le premier transfert d'un responsable d'une industrie de défense vers l'administration et qu'il y a lieu de s'en réjouir. La grande rigueur intellectuelle et morale de l'intéressé garantit son indépendance.

La constitution d'une société commune regroupant Thales, BAe Systems et DCN pour la construction des trois porte-avions peut paraître séduisante. Néanmoins, une telle structure présenterait l'inconvénient de réduire la part des trois associés à environ un tiers, chaque champion national devenant minoritaire. Toutefois, dans l'hypothèse où les caractéristiques des trois porte-avions permettraient une coopération très avancée, cette solution pourrait être judicieuse. Au contraire, si les navires sont trop dissemblables, elle ne présentera pas un grand intérêt.

Thales s'est tenu en retrait du débat sur la propulsion. Les turbines à gaz couplées aux moteurs électriques semblent néanmoins bénéficier d'une expérience correcte et, si le *Queen Mary II* n'est pas un porte-avions, il reste un navire de très grande dimension. La propulsion d'un navire militaire de 50 000 à 60 000 tonnes par le même système modulaire, juxtaposant plusieurs modes de propulsion, semble présenter un risque très limité.

M. Jean-Michel Boucheron a précisé que ses critiques contre la « consanguinité » visent le pantouflage de certains militaires dans les sociétés d'armement.

Il a demandé si Thales souhaitait, ainsi que l'a évoqué la ministre de la défense, la constitution d'un « EADS naval » et, dans cette hypothèse, quelle serait la place dévolue aux industriels allemands.

Il a également demandé quelle appréciation Thales portait sur le projet américain d'avion F 35, conçu pour concurrencer l'*Eurofighter*, mais connaissant aujourd'hui de sérieuses difficultés techniques et posant des problèmes de financement aux Etats européens qui s'y sont associés.

M. Denis Ranque a souligné l'intérêt de la constitution non pas d'un EADS naval, mais d'un « Airbus naval », rassemblant les centres d'excellence européens autour de produits communs. L'état d'avancement de ce projet est cependant analogue à celui de la constitution d'EADS au milieu des années 90. Ce rapprochement ne faisait alors encore que l'objet de discussions, dans un contexte marqué par le choc de la chute du mur de Berlin, la disproportion des efforts de défense entre les Etats-Unis et l'Europe et

l'existence d'Airbus, dirigé par un GIE. Souhaitant un regroupement au sein d'un seul groupe sous leadership britannique, BAe se faisait l'apôtre du projet EADC. Des rapprochements au niveau national ont ensuite précédé la création d'EADS avec la constitution de DASA en Allemagne et de Matra Aérospatiale en France.

Il existe aujourd'hui trop d'acteurs navals en Europe et leur regroupement répond à une logique industrielle et commerciale évidente, reposant sur l'existence de véritables champions industriels en Europe. Fait suffisamment rare pour le souligner, l'allemand HDW est le leader mondial des sous-marins conventionnels, en détenant plus de 70% de parts de marché. La France réussit également à exporter nombre de ses frégates. Les Etats-Unis ont préféré faire de leurs avions de combat leur fer de lance militaro-diplomatique, soutenu par un très fort *lobby* dont les intérêts convergent avec ceux du pays; leurs forces navales, qui ne sont utilisées que dans le cadre d'interventions lointaines, sont surtout composées de très grands navires. L'industrie navale européenne peut s'appuyer sur de grandes marines, en premier lieu le Royaume-Uni et la France. Elle a ainsi pu profiter d'une moindre pression politique des Etats-Unis et de produits mieux adaptés au marché mondial pour s'imposer. Cette industrie bien positionnée est cependant menacée par son morcellement et par le changement de stratégie des États-Unis, qui s'aperçoivent que leurs grands navires ne sont plus adaptés aux engagements actuels. Leur programme de frégates *littoral combat ship* se rapproche des modèles européens. Par ailleurs, DCN joue un rôle majeur dans la dissuasion et tire sa force de l'exigence de disposer d'une capacité autonome de construction de sous-marins nucléaires. Il existe donc également un intérêt stratégique à la consolidation de l'industrie navale.

En Allemagne, un rapprochement équivalent à celui effectué lors de la création de DASA est intervenu entre HDW et Thyssen. En France, des difficultés, que l'on pourrait qualifier de psychologiques, retardent encore cette fusion. DCN dispose pourtant d'atouts et il convient de lui donner un statut la rapprochant encore du droit commun, sans que l'on dispose de beaucoup de temps pour y parvenir.

M. Yves Fromion a indiqué que la constitution d'un Airbus terrestre lui semblait être également urgente. Les perspectives de Giat Industries ne pourront s'éclaircir sans un adossement à d'autres groupes susceptibles de la conforter dans une logique industrielle. ALVIS était récemment sous le coup d'une tentative d'OPA par une entreprise américaine. Si les rapprochements ne s'effectuent pas rapidement aux niveaux national et européen, il existe un risque de voir disparaître l'indépendance européenne dans le domaine des plates-formes terrestres. L'annonce par la ministre de la défense du projet de BOA et le projet d'engin blindé à roues de combat

(EBRC) ne donnent-ils pas l'occasion d'amorcer une première démarche de regroupement national, notamment avec la division terrestre de Thales ?

M. Denis Ranque a répondu que si le raisonnement appliqué à DCN peut l'être à Giat Industries, la situation des deux entreprises est fondamentalement différente. Giat Industries connaît une situation industrielle difficile, alors que DCN a un plan de charges assuré et des compétences intactes. Il est nécessaire que le plan de restructuration de Giat Industries aille à son terme pour que l'entreprise redevienne attrayante. De plus, en l'absence de la dimension stratégique particulière liée à la force de dissuasion, il est sans doute possible de s'orienter directement vers un regroupement à l'échelon européen. La France ne pourra mener en position dominante à la fois la consolidation navale et terrestre. Un *leadership* dans le domaine naval semble plus important à cet égard. Enfin, si Thales ne se désintéresse pas de l'avenir de Giat Industries, ses relations avec cette entreprise sont moins développées qu'avec DCN. Les systèmes terrestres de combat et de communication peuvent s'adapter sans problème à n'importe quel véhicule, mais force est de constater que les liens avec les plates-formes aéronautiques et navales sont beaucoup plus étroits.

M. Jean-Yves Le Drian a souhaité connaître les perspectives de rapprochement avec les Chantiers de l'Atlantique, en tant que fabricant de plates-formes. Il a demandé quel est l'avenir d'Armaris et son utilité dans le rapprochement envisagé avec DCN. Il a enfin sollicité des précisions sur l'état d'avancement du programme des radars des frégates multimissions.

M. Denis Ranque a expliqué que Thales, tout en étant très favorable à une coopération technique avec les Chantiers de l'Atlantique dans le cadre d'alliances de circonstances sur des programmes précis, était opposé à toute coopération en capital avec cette entreprise. En effet, Thales n'envisage pas d'entrer dans le métier de la construction de navires de croisière, n'étant pas qualifié pour apprécier les risques dans le secteur. En outre, on est en droit de dire que l'évolution du marché de la construction navale civile, avec la domination de l'Asie pour les pétroliers, méthaniers, porte-conteneurs, laisse planer quelques doutes quant à l'avenir du marché des bateaux de croisière de luxe. Les actionnaires de Thales ont investi dans cette entreprise en raison de son activité électronique et de défense. L'alliance avec DCN n'est pas dénuée de risques. La mixité des chantiers navals européens, à la fois civils et militaires, ne résulte la plupart du temps pas d'un choix.

Armaris sera encore utilisée, car c'est le premier pas logique du rapprochement avec DCN. La création d'Armaris avait pour objet d'éviter les recouvrements d'activité, s'agissant notamment des actions commerciales à l'exportation, du rôle de premier contractant ou des systèmes de combat. Il

faudra cependant faire attention à la taille du prochain pas dans le processus de rapprochement avec DCN.

S'agissant des radars des frégates multimissions, on s'achemine, semble-t-il, vers l'adoption de la solution proposée par Thales, qui a déjà été retenu par Singapour, mais il convient de prendre garde à l'un des travers possibles de la coopération : cette dernière ne doit pas être utilisée en vue de renforcer les faiblesses des uns en s'appuyant sur les points forts des autres.

M. Jean Lemière a indiqué que les Chantiers de l'Atlantique souhaiteraient être associés aux programmes en amont. Il a souhaité connaître les possibilités d'associer cette entreprise à la construction des deux porte-avions britanniques et a demandé si le rapprochement envisagé avec DCN pourrait concerner la division navires et systèmes de cette société.

M. Denis Ranque a confirmé que les Chantiers de l'Atlantique allaient être associés à la construction du second porte-avions français, le projet qui a convaincu le Gouvernement étant d'ailleurs l'offre associant Thales et les Chantiers de l'Atlantique. A cet égard, le client britannique a d'ailleurs été séduit par les installations de Saint-Nazaire. Thales n'est responsable au Royaume-Uni que du tiers du programme et l'offre avait été faite strictement dans le cadre de Thales UK. Cependant, Thales soutiendra les Chantiers de l'Atlantique, afin qu'ils soient associés à ce programme. La division navires et systèmes peut effectivement être concernée par le rapprochement entre DCN et Thales.

* *
*

Mercredi 23 juin 2004

Présidence de M. Guy Teissier, président

La commission de la défense nationale et des forces armées a entendu M. Charles Edelstenne, président-directeur général de Dassault aviation.

M. Charles Edelstenne a présenté la situation du programme Rafale. Ce programme répond à un concept initial clair, celui d'un avion polyvalent, pour l'armée de l'air et l'aéronavale, capable d'intervenir sur des théâtres d'opérations divers, seul ou en coalition. Les caractéristiques du programme sont toujours d'actualité : une grande puissance de feu, l'interopérabilité, la polyvalence, la souplesse d'emploi, une forte capacité de survie et une capacité d'évolution aisée.

Le programme était doté d'un calendrier initial cohérent : développement lancé en 1988 et premier avion de série prévu en 1998. A cette époque, l'industrie avait accepté de financer 25 % du développement, afin d'avancer de 1998 à 1996 la date de livraison du premier avion de série et d'en faciliter l'exportation. Les contraintes budgétaires et les étalements imposés ont cependant érodé cette cohérence initiale. La constitution du premier escadron destiné à l'armée de l'air a été décalée de huit ans, de 1997 à 2005. Des obsolescences coûteuses, concernant les composants, sont apparues. Le programme a dû faire face à une concurrence renforcée, qui inclut maintenant l'appareil américain F35, ex-JSF (*Joint Strike Fighter*). De plus, ce programme a souffert d'une remise en cause récurrente de sa crédibilité, de sa stabilité et de sa cohérence. Aujourd'hui, dix Rafale Marine ont été livrés, de septembre 1999 à octobre 2002, ce qui représente un avion tous les quatre mois, suivi d'un arrêt de production de dix-huit mois. Le nombre d'heures de vol réalisé est très faible, 3 600 heures à la fin 2003, alors qu'il est d'usage de considérer que la maturation et la fiabilité d'un avion de combat sont acquises à 100 000 heures de vol. La livraison du premier escadron à l'armée de l'air a été repoussée de 1996 à 2005. Alors que le programme initial prévoyait 137 avions livrés à la fin 2000, il n'y en a eu que cinq. Aujourd'hui, treize avions ont été livrés.

Ce programme peut être cependant qualifié de raisonnable. Les coûts ont été maîtrisés. Pour le développement, l'industrialisation et les rechanges de 294 avions, il aura coûté sur trente ans à la Nation 26 milliards d'euros. Cela représente 11 % du titre V sur la programmation 2003-2008. L'industrie aura financé 25 % du développement, soit 12 milliards d'euros dépensés pour avancer l'exportation de 1998 à 1996. Malgré une hausse de 30 % du coût du développement du fait de l'étalement du programme, l'effort

fait par les industriels sur la production des appareils et les prix de série a permis de respecter l'enveloppe initiale. Le programme Rafale est le seul programme au monde à avoir respecté son budget initial.

Aujourd'hui, il faut constater une maturation correcte du porteur : 160 modifications en cours ont été décidées et quelques équipements identifiés ont posé un problème de fiabilité désormais résolu. Ce résultat a été obtenu malgré une mise en œuvre opérationnelle très rapide sans les périodes de validation nécessaires à la résolution des problèmes de maturation. Le premier client, la Marine, n'avait pas reçu d'avions neufs depuis plus de quarante ans. Les essais opérationnels ont été effectués dans des conditions très difficiles, sur un porte-avions parfois éloigné de 12 000 kilomètres du territoire national. Les équipes de la Marine et les industriels ont réussi à résoudre en un temps record les difficultés de jeunesse inhérentes à un tout nouveau programme. Le Rafale va être déclaré opérationnel par la Marine le 25 juin prochain. Il faut noter que le programme américain F22 rencontre sur certains de ses équipements les mêmes difficultés que le Rafale a déjà résolues.

Le bilan industriel et financier des treize premiers avions est positif. L'introduction de nouveaux processus dans la fabrication a accru les gains de productivité par rapport aux anticipations et les négociations de prix avec les fournisseurs devraient permettre de ne pas dépasser l'enveloppe prévue.

Le programme Rafale est ainsi un programme au coût maîtrisé, nettement inférieur à ceux des avions américains, F35 compris, un programme dont le coût de développement est trois fois inférieur à celui de l'Eurofighter et dont l'exportation reste toujours possible.

Avec 26 milliards d'euros de coût budgétaire total pour 294 appareils, le coût unitaire du Rafale est de 89 millions d'euros. Au cours de 1 dollar pour 1 euro, le coût unitaire du F35 (2 443 appareils pour 240 milliards de dollars) est de 98 millions d'euros, pour une série dix fois plus nombreuse. Ce coût, au contraire du Rafale qui est désormais en production, est susceptible d'augmenter. L'estimation du coût « *fly away* » hors développement et armements, des exemplaires du F35 destinés à l'*US Air force* est aujourd'hui de 58 millions de dollars par appareil pour une estimation initiale de 37 millions de dollars.

Une comparaison peut aussi être faite avec l'Eurofighter. Dans sa version multirôles, le coût de développement de l'Eurofighter est de 21,6 milliards d'euros, trois fois celui du Rafale. Le coût budgétaire pour l'Allemagne est de 26,2 milliards d'euros pour 180 appareils, soit 146 millions d'euros par appareil ; pour le Royaume-Uni, il est de 33,6 milliards d'euros pour 232 appareils, soit 145 millions d'euros par appareil.

Contrairement aux prévisions initiales, le programme Rafale revient ainsi moins cher au budget de la France que ne lui aurait coûté une participation à l'Eurofighter.

Enfin, le programme Rafale peut offrir d'importantes retombées à l'exportation. Outre l'intérêt politique et diplomatique pour la France, l'exportation des avions de combat et de l'armement associé a un poids économique important en termes d'emplois, de revenus fiscaux et de balance commerciale. Selon les statistiques de la délégation générale pour l'armement (DGA), les avions de combat représentent 49 % des commandes étrangères de matériels militaires à la France de 1992 à 2001 et 28,2 milliards d'euros. L'exportation induit d'autres conséquences positives : la diminution du prix des avions et du soutien par l'allongement des séries et le maintien en activité des chaînes de production et des équipes du programme, le financement par des clients à l'exportation de certains développements de fonctions et de matériels, adoptés ensuite par les armées françaises (on peut citer le pod *Damoclès* ou les nouveaux calculateurs EMTI), l'augmentation de la capacité d'autofinancement, du fait des marges supplémentaires réalisées, et le maintien des compétences en l'attente du lancement du prochain programme. L'exportation contribue enfin à la compétitivité des industriels en les confrontant à leurs concurrents étrangers.

M. Charles Edelstenne a conclu que la réussite du programme passait par trois éléments. La crédibilité, qui repose sur la notification du standard F3, est le socle technique du programme à l'exportation. La stabilité suppose la notification du prochain contrat, portant sur 59 avions et le traitement des obsolescences, avec un calendrier de livraison devant permettre des cadences minimales de 1,5 appareil par mois. Enfin, la cohérence implique, pour répondre à la concurrence apparue du fait de l'étalement du programme, le lancement de quelques fonctionnalités supplémentaires peu coûteuses, notamment l'antenne active, indispensable pour mettre en œuvre le missile air-air Meteor à partir de 2012.

Après avoir rappelé que la livraison des premiers avions Rafale pour les escadrons de l'armée de l'air aurait dû intervenir en mars dernier, mais qu'elle avait été retardée, le **président Guy Teissier** a demandé s'il était exact que cette livraison devrait débuter en septembre 2004.

M. Charles Edelstenne a répondu que tel était bien le calendrier prévu.

Se félicitant que l'entreprise ait réussi à surmonter les importants retards ayant affecté le programme Rafale, et rappelant les difficultés importantes rencontrées par le programme Eurofighter, **M. Bernard**

Deflesselles a demandé quel avantage concurrentiel Dassault Aviation pouvait tirer de cet état de fait.

M. Charles Edelstenne a répondu que, sur les marchés à l'exportation, trois données devaient être prises en compte : les performances des matériels et leur prix, qui doivent correspondre aux conditions du marché international, mais aussi l'environnement politique. L'avion Rafale est bien placé s'agissant des deux premiers critères. En revanche, le dernier peut parfois poser des difficultés. Ainsi, en Corée du Sud, la commission chargée d'évaluer les différentes offres avait placé le Rafale en tête, tandis que tous les signaux montraient la préférence de l'armée de l'air coréenne pour cet appareil ; toutefois, cela n'a pas suffi à l'emporter sur l'influence des Etats-Unis, dont 35 000 militaires sont stationnés dans ce pays. Les Pays-Bas ont procédé à une évaluation des différents appareils sur 700 critères : l'avion américain *Joint Strike Fighter* a obtenu le score de 697 points sur 850 et le Rafale 695 points, soit seulement deux de moins, mais cela a suffi pour que les Pays-Bas retiennent sans hésitation l'appareil américain, qu'ils n'avaient pu évaluer en vol à la différence du Rafale.

De façon générale, la France a longtemps constitué la seule alternative pour les Etats qui souhaitaient s'affranchir de la dépendance envers les équipements militaires fournis par les deux grandes puissances mondiales, les Etats-Unis et l'URSS, puis, à l'issue de la guerre froide, par les seuls Etats-Unis. L'apparition de l'avion Eurofighter aurait pu remettre en question cet avantage concurrentiel français, mais les résultats techniques des compétitions montrent que tel n'est pas le cas.

M. Jean-Michel Boucheron a souhaité savoir si les difficultés rencontrées dans la mise au point du radar du Rafale étaient résolues ou sur le point de l'être. Rappelant ensuite leur caractère prioritaire du point de vue de la recherche et du développement, il a demandé quel était l'état d'avancement des projets de drone UCAV (*unmanned combat aerial vehicle*) et MALE (moyenne altitude longue endurance).

M. Charles Edelstenne a répondu que la technologie du radar à antenne active était désormais maîtrisée par les industriels français. Subsiste la question du financement de son industrialisation. Les armées françaises considèrent désormais que cette technologie, qui accroît considérablement la portée du radar, constitue une avancée dont elles ont besoin. Parallèlement, Singapour, qui souhaite qu'un tel radar équipe ses appareils, est désireux de la garantie que constituera son installation sur les Rafale français. Cette question devrait être résolue à l'horizon 2012.

S'agissant des drones, la ministre de la défense a annoncé en juin 2003 le lancement du programme de démonstrateur UCAV. Ce programme est

ouvert à des coopérations européennes. La Suède et la Grèce ont signé pour une participation à ce programme ; la semaine dernière, M. Philippe Camus a annoncé l'entrée de l'Espagne, par l'intermédiaire d'EADS. La Suisse a aussi manifesté son intérêt. Ce programme a trois objectifs principaux : en premier lieu, il doit permettre d'assurer le maintien au meilleur niveau des compétences en matière d'aviation de combat en Europe, puisque de nouveaux programmes ne devraient pas apparaître dans ce domaine avant environ vingt-cinq ans, eu égard à la durée de vie des programmes actuels, Rafale, Eurofighter, *Joint Strike Fighter*, voire F22. Par ailleurs, le développement de ce démonstrateur fournira l'occasion de développer des technologies nouvelles pour les futurs programmes opérationnels d'avion de combat, avec ou sans pilote. Enfin, il permettra de constituer des équipes européennes dans la perspective de la conduite du futur programme d'avion de combat européen, car il n'y aura sans doute plus d'avion de combat développé à l'échelon national à l'avenir.

Le ministère de la défense a veillé à ce que la coopération internationale se fonde sur les compétences des industriels des différents pays et sur la volonté de ces derniers de participer financièrement à un tel programme ; cette approche tire les enseignements du programme Eurofighter, pour lequel la répartition des tâches s'est faite en fonction des technologies critiques que chaque pays cherchait à acquérir.

Enfin, le projet d'avion non piloté de reconnaissance EuroMALE, également d'initiative française, est lui aussi ouvert à des partenaires européens.

Un accord industriel a été conclu par Dassault Aviation et EADS sur ces deux programmes. Il organise un partage des tâches en fonction des compétences de chacun. Eu égard à ses compétences en matière d'avions de combat, Dassault Aviation conservera la maîtrise d'œuvre de l'UCAV. Pour mémoire, lorsque la France était encore partie prenante au programme Eurofighter, Dassault Aviation s'en était vu attribuer la maîtrise d'œuvre technique. EADS aura un rôle de partenaire, notamment pour la réalisation des stations au sol de liaisons de données et des structures en matériaux composites de l'aéronef. Pour ce qui concerne l'EuroMALE, dont la maîtrise d'œuvre échoit à EADS, Dassault Aviation assurera la sous-maîtrise d'œuvre du vecteur aérien et de son pilotage.

Après avoir observé que les investissements nécessaires à l'EuroMALE sont différents dans leur ampleur de ceux qui concernent l'UCAV, **M. Jérôme Rivière** a constaté que le projet sous maîtrise d'œuvre d'EADS avait fait l'objet, en dépit de son nom, d'une présentation à dominante nationale. Il a souhaité savoir si cette situation n'était pas susceptible de soulever des réticences, voire des rejets, de la part des éventuels partenaires européens. Par ailleurs, alors que 60 % des flottes aériennes des pays de

l'OTAN sont désormais d'origine soviétique et qu'il paraît difficile de confier purement et simplement à des entreprises russes le maintien en condition opérationnelle de ces appareils, il a demandé quelles possibilités de coopération étaient envisageables pour Dassault Aviation avec les industriels de l'ex-bloc soviétique pour accéder à ce marché potentiel.

M. Charles Edelstenne a répondu que les caractéristiques de la présentation de l'EuroMALE n'étaient pas surprenantes, dans la mesure où il s'agit d'une initiative française ouverte aux pays européens. Ces derniers ont eu des réactions très positives, en se félicitant notamment que la France prenne de nouveau la tête d'un grand programme aéronautique européen. Les succès antérieurs de programmes comme Ariane ou Airbus montrent que la forte implication française dans un projet aéronautique est loin de constituer un handicap.

Pour ce qui concerne les éventualités de rapprochement aéronautique franco-russe, la volonté industrielle et politique est forte, mais les moyens budgétaires manquent en Russie. Si les autorités russes ont réaffirmé leur soutien politique aux projets de coopération actuellement esquissés, les hypothèques budgétaires ne seront sans doute pas levées avant quelques années.

M. Alain Moyne-Bressand a souhaité connaître les perspectives de débouchés à l'exportation des drones. Il a également demandé si le projet d'avion supersonique de transport de voyageurs, un temps envisagé par Dassault Aviation, était toujours d'actualité et si une coopération avec EADS sur un tel programme était possible.

M. Charles Edelstenne a souligné que ces perspectives étaient différenciées. L'EuroMALE est un projet de démonstrateur opérationnel ; la commercialisation d'un appareil pourrait intervenir assez rapidement. Le marché pour ce type d'équipement est évalué, en Europe, à 3 milliards d'euros. En revanche, il est prématuré d'esquisser d'éventuels débouchés pour l'UCAV. Actuellement, seuls les industriels américains ont lancé le développement de ce type d'appareils, mais, alors que l'objectif initial consistait à fabriquer un appareil plus facile à exposer à l'ennemi, le pilote étant retiré du cycle de combat et le matériel étant moins cher, les résultats ont abouti à créer un avion non piloté plus cher que les avions pilotés. Le projet français ambitionne clairement de développer un UCAV pour un coût modéré. Enfin, les perspectives de commercialisation sont liées à la doctrine d'emploi future de cet appareil ; or, le concept d'emploi des états-majors pour ce type d'équipement n'est, à ce stade, pas complètement arrêté.

Le projet d'appareil supersonique civil se heurte à trois contraintes. En premier lieu, il est indispensable de maîtriser les

technologies permettant de supprimer le « bang » supersonique, de manière à permettre le survol par cet avion des terres habitées. Ensuite, il convient d'intéresser un motoriste au développement d'un moteur spécifique, qui devra être dérivé de celui des avions de combat, mais de plus longue endurance et capable de voler plusieurs heures d'affilée, l'investissement prévisible étant de plusieurs milliards d'euros. Enfin, il n'y a sans doute la place que pour un seul appareil ; il n'est donc pas envisageable de mener un tel programme en concurrence ; des discussions sont en cours à ce sujet entre Dassault Aviation et ses homologues américains et russes.

Constatant le retard de près de dix ans subi par le programme Rafale, **M. Jean Diébold** a demandé si l'avionique de l'appareil présenterait le même caractère de modernité que ses concurrents ou si une mise à niveau coûteuse serait nécessaire.

M. Charles Edelstenne a indiqué qu'une mise à niveau avait déjà été réalisée pour le calculateur de bord, récemment remplacé par un calculateur EMTI (ensemble modulaire de traitement de l'information), à la pointe de la technologie. Se posera également à terme la question de la remise à niveau du radar : lors du lancement du programme, la technologie des antennes actives n'était pas complètement maîtrisée, ce qui est maintenant le cas. Cependant, exception faite de certains composants atteints d'obsolescence qui sont en cours de changement, le Rafale présente le meilleur de la technologie actuelle.

M. Yves Fromion a demandé quels étaient les équipements du Rafale ou du drone MALE qui dépendaient de l'industrie américaine.

M. Charles Edelstenne a répondu que, pour des raisons de politique nationale, aucun équipement ne dépendait d'une industrie étrangère. En revanche, nombre de composants informatiques sont achetés aux Etats-Unis. La question n'est pas celle des savoir-faire, mais celle des coûts. Le problème se pose pour l'ensemble des équipements qui incorporent des outils informatiques.

* *

*

Mercredi 23 juin 2004

Présidence de M. Guy Teissier, président

La commission de la défense nationale et des forces armées a examiné le rapport d'information de **M. Jean Lemièr**e sur l'industrie navale en Europe.

M. Jean Lemière, rapporteur, a indiqué que le paysage naval militaire européen apparaissait largement ouvert à des recompositions de grande ampleur, comme l'a illustré la récente fusion des groupes allemands ThyssenKrupp et HDW, tandis que se profilent des programmes majeurs en coopération, tels que les frégates multimissions. L'évolution du secteur naval militaire peut difficilement être dissociée de celle du secteur civil : plusieurs acteurs militaires européens produisent également des navires marchands ; de plus, se pose aujourd'hui la question d'un possible rapprochement entre DCN et les Chantiers de l'Atlantique.

Au sein de l'Union européenne, l'industrie navale dans son ensemble représente un chiffre d'affaires de 34 milliards d'euros et emploie 350 000 personnes. Le secteur civil apparaît aujourd'hui fragilisé. Intervenant sur un marché très internationalisé, il affronte la vive concurrence des chantiers asiatiques, notamment de la Corée du Sud, du Japon et de la Chine. Ces trois pays représentent aujourd'hui 85 % du carnet de commandes mondial, tandis que la part de marché de l'Europe n'atteint plus que 5 %. Si la domination des groupes asiatiques s'explique pour partie par des coûts de main-d'œuvre peu élevés, elle repose aussi largement sur le recours à des pratiques commerciales déloyales, notamment le dumping, et sur l'appui des pouvoirs publics nationaux. Paradoxalement, ces chantiers asiatiques peuvent aussi bénéficier des compétences de sociétés d'ingénierie européennes, le groupe français Gaz Transport Technigaz ayant par exemple vendu à plusieurs d'entre eux des licences relatives aux cuves à membrane de méthaniers. Dans ce contexte difficile, les chantiers européens ont été peu à peu contraints de se concentrer sur des segments de production spécialisés à forte valeur ajoutée, comme les paquebots, pour lesquels les tentatives asiatiques sont restées vaines jusqu'à présent. Les groupes européens ont également dû réaliser des restructurations drastiques au cours des dernières décennies. En France, les effectifs navals civils sont passés de plus de 28 800 personnes en 1983 à environ 6 000 personnes en 2003. L'industrie nationale se résume aujourd'hui pour l'essentiel aux Chantiers de l'Atlantique, aux Constructions mécaniques de Normandie, à Piriou, OCEA et Socarenam. Les réductions de capacités de production et d'effectifs réalisées en France ont désormais atteint leurs limites, si l'on veut préserver le potentiel naval de la France et maintenir ses compétences.

Enfin, il convient de mentionner qu'au sein même de l'Europe, certains chantiers civils, également présents dans le domaine militaire, peuvent soutenir leurs activités de production de navires marchands par leurs commandes de bâtiments militaires, souvent plus rémunératrices, ce qui revient à introduire des distorsions de concurrence entre les différents groupes.

De fait, les marchés navals civil et militaire relèvent de modes de fonctionnement très différents. Si le secteur civil compte de très nombreux constructeurs, avec une clientèle pour l'essentiel privée, le paysage industriel militaire ne compte que peu d'acteurs disposant des compétences nécessaires à la réalisation de navires armés, notamment en matière de systèmes de combat, et l'activité des groupes repose largement sur les commandes nationales, comme pour tout secteur de défense. Dès lors, l'industrie navale militaire européenne bénéficie d'une position bien plus favorable que son homologue civile. Forte d'une expérience ancienne, elle occupe une place prépondérante sur les marchés à l'exportation et bénéficie de commandes satisfaisantes, grâce aux importants programmes de renouvellement des flottes engagés par le Royaume-Uni, la France et, dans une moindre mesure, par l'Espagne et l'Allemagne.

Le secteur naval européen est aujourd'hui dominé par trois grands pôles : le britannique BAe Systems, qui peut s'appuyer sur le niveau élevé et constant des crédits destinés à la *Royal Navy* ; les allemands HDW et ThyssenKrupp, en train de fusionner, qui ont assuré leur développement en se tournant vers les marchés à l'exportation, où ils remportent de nombreux succès, notamment grâce à leur organisation en *consortium* ; les français DCN et Thales, aux activités complémentaires, qui coopèrent ensemble sur de nombreux programmes, ont créé une filiale commune, Armaris, en 2002 et leur alliance a été complétée par la création, en juin 2004, d'une société commune destinée à conduire le programme du deuxième porte-avions.

Outre ces acteurs majeurs, l'Italie, avec Fincantieri, l'Espagne, avec Izar, les Pays-Bas, avec Royal Schelde, et la Suède, avec Kockums – lequel a été racheté par HDW en 1999 –, disposent de groupes de construction navale significatifs. Enfin, EADS, l'italien Finmeccanica et l'allemand STN Atlas produisent des systèmes de combat et d'armes navals.

Les constructeurs allemand, italien et espagnol sont également présents dans le domaine civil. Ils misent sur la possibilité de tirer parti des points communs existant entre la construction des navires marchands et militaires ainsi que sur le lissage de leur plan de charge à long terme, compte tenu du caractère très cyclique des marchés navals. Pour autant, l'industrie militaire est désormais caractérisée par l'importance croissante des systèmes de combat et d'armes : simples charges utiles il y a une trentaine d'années, ils sont devenus un élément essentiel d'un bâtiment militaire, en lui conférant une

grande part de sa valeur. C'est cette évolution qui fonde le positionnement uniquement militaire du groupe BAe Systems ; celui-ci, disposant à l'origine de compétences développées en matière d'électronique, a procédé à l'acquisition de trois chantiers navals en 1999. De même, DCN n'est présent que dans le secteur militaire ; toutefois, son rapprochement avec les Chantiers de l'Atlantique est aujourd'hui évoqué, ce qui suscite un large débat.

Les principaux concurrents de l'industrie européenne se trouvent aux Etats-Unis, avec les deux géants Northrop Grumman et General Dynamics. Ces derniers, ayant émergé à l'issue d'un vaste mouvement de concentration réalisé au cours des années 1990, relèvent du même schéma industriel que BAe Systems ; initialement présents, pour l'essentiel, dans l'électronique, ils ont ensuite acquis plusieurs chantiers à la fin des années 1990 et se partagent aujourd'hui les programmes navals considérables destinés à l'*US Navy*, les Etats-Unis représentant 35 % du marché mondial de la construction navale militaire, contre 30 % pour l'Europe.

La Russie dispose également d'une industrie importante, héritage de sa puissance militaire passée, mais il est difficile de connaître avec précision son potentiel, alors même que les grandes difficultés de la marine nationale affectent fortement ses activités. Enfin, des pays comme l'Inde, l'Australie, la Corée du Sud et Singapour comptent également des groupes navals militaires significatifs, mais les capacités de conception de ces derniers restent réduites.

Ces acteurs sont pour l'essentiel tournés vers leurs marchés intérieurs et ne sont guère présents à l'exportation. C'est également le cas pour les groupes américains : les bâtiments qu'ils produisent, du fait de leur taille et de leur prix, ne sont pas adaptés aux besoins des marines importatrices ; de façon plus décisive, ils n'ont guère besoin de compléter leur plan de charge, compte tenu du marché national plus que substantiel dont ils bénéficient. Cette quasi absence des groupes américains navals sur les marchés internationaux constitue une singularité, alors que dans les autres domaines de défense, tant aéronautique que terrestre, l'industrie américaine occupe une position prépondérante, par la vente de ses matériels, mais aussi par l'acquisition de groupes étrangers, européens notamment.

Dès lors, les groupes européens détiennent une position internationale très favorable. Sur le marché des sous-marins conventionnels, ils disposent d'un quasi monopole, avec HDW, qui détient environ 75 % du marché mondial, et DCN, allié à Izar, lesquels ont développé le sous-marin Scorpène et constituent un challenger crédible du groupe allemand. Sur le marché des bâtiments de surface, l'Europe occupe également une place prépondérante, bien que moins dominante : l'industrie allemande possède encore une fois une position de leader, avec la gamme de frégates et corvettes MEKO développée par ThyssenKrupp, tandis que DCN a remporté plusieurs

contrats avec les frégates dérivées des *La Fayette*. Enfin, sur le marché des navires de plus petit tonnage, les Constructions mécaniques de Normandie obtiennent de nombreux contrats de patrouilleurs et navires rapides, notamment auprès de pays du Moyen-Orient.

Pour autant, la bonne position de l'industrie européenne sur les marchés à l'exportation ne doit pas occulter ses points faibles, notamment sa dispersion en de trop nombreux pôles nationaux. Ce morcellement, qui s'accompagne de surcapacités, est d'autant plus marquant au regard de la forte concentration de l'industrie américaine : alors que celle-ci compte désormais seulement deux acteurs, Northrop Grumman et General Dynamics, avec chacun trois chantiers, l'Europe possède douze groupes et vingt-deux chantiers de construction de taille significative.

Cette situation constitue un handicap pour l'Europe. D'une part, chaque groupe développe et réalise ses propres produits, ce qui multiplie les dépenses de recherche et de production dans un cadre national ; les bâtiments produits sont *in fine* directement concurrents sur de nombreux marchés à l'exportation, ce qui lamine les marges de leurs constructeurs. D'autre part, cet éparpillement de l'industrie européenne a pour corollaire sa plus grande fragilité, ses acteurs étant alors vulnérables à des prises de participation ou des rachats par des groupes étrangers ; l'exemple du secteur terrestre européen, lui aussi fragmenté, illustre ce danger, puisque nombre d'entreprises, tels que le suédois Bofors Défense ou l'espagnol Santa Barbara, ont été rachetées par des acteurs américains.

Cette dispersion n'est que faiblement compensée par le développement de programmes en coopération. A la différence des autres secteurs d'armement, les programmes d'équipement naval sont restés longtemps nationaux ; ce n'est qu'au cours des années 1990 qu'ont été lancés plusieurs projets communs, comme le projet franco-italien de frégates Horizon, le développement du sous-marin Scorpène par DCN et Izar et la construction sous licence par Fincantieri de sous-marins développés par HDW. Ces programmes n'ont pas réellement permis de structurer véritablement l'industrie européenne. Néanmoins, le programme franco-italien de frégates multimiions, portant sur vingt-sept unités, devrait être lancé sous peu et permettre, du fait de son ampleur, de conforter durablement le partenariat entre les groupes français et italiens. Par ailleurs, les programmes concomitants de porte-avions français et britanniques pourraient donner lieu à une coopération et fournir l'occasion d'amorcer un ancrage européen de BAe Systems, lequel est largement orienté vers le marché américain.

Par ailleurs, la faible présence internationale américaine dans le domaine naval apparaît susceptible d'évoluer, les Etats-Unis manifestant des velléités de prendre pied dans l'industrie européenne. Plusieurs événements

récents illustrent ce constat. En premier lieu, le rachat de l'allemand HDW par le fonds d'investissement américain One Equity Partner, en 2002, laissait poindre une stratégie de conquête des technologies et des marchés de défense européens ; cette opération s'inscrivait sans doute dans l'engagement des Etats-Unis de vendre à Taiwan des sous-marins conventionnels, alors même que les groupes américains ne sont plus en mesure de construire de tels bâtiments, ayant abandonné leur production depuis plusieurs décennies. Cette stratégie a toutefois tourné court lorsque les autorités allemandes ont laissé entendre qu'elles s'opposeraient à la vente de sous-marins à Taiwan et, finalement, l'opération américaine s'est soldée par une consolidation de l'industrie allemande ; ThyssenKrupp a racheté en mai 2004 le groupe HDW au fonds One Equity Partner, ce dernier restant toutefois présent à hauteur de 25 % dans le nouveau groupe créé.

Ensuite, Izar a noué un partenariat très étroit avec l'américain Lockheed Martin en matière de bâtiments de surface ; cette alliance pourrait connaître un prolongement dans le domaine des sous-marins et mettre alors en péril celle existant entre DCN et Izar sur le programme Scorpène.

Enfin, les Etats-Unis pourraient exercer une influence croissante sur le secteur naval européen par l'intermédiaire de leur programme de navire de moyen tonnage baptisé *Littoral Combat Ship* (LCS), lancé en 2002 ; certains qualifient ce programme de « *JSF naval* », en ce qu'il pourrait rallier plusieurs entreprises et Etats européens. De fait, les *consortia* américains qui se sont mis sur les rangs pour construire ces bâtiments se sont associés, à des degrés divers, avec les groupes européens Izar, Fincantieri, Blohm and Voss et BAe Systems – DCN, quant à lui, n'étant allié à aucun groupe. Dès lors, on peut voir s'esquisser les contours d'un regroupement européen potentiel, excluant DCN, dont le programme LCS serait l'élément fédérateur. En outre, ce programme risque de capter une part non négligeable du marché à l'exportation des navires de surface, son tonnage et son prix s'avérant compatibles avec les demandes actuelles des marines mondiales.

A plus long terme, on ne peut négliger le risque que de nouveaux acteurs navals émergent sur la scène internationale. Si les groupes coréens, indiens ou chinois ne disposent pas encore de capacités développées en matière de systèmes de combat et d'armes, cette situation pourrait évoluer, d'autant plus que les modalités actuelles d'exportation de bâtiments militaires, combinant construction sur place et transferts de technologies, leur permettent d'acquérir peu à peu des compétences.

Somme toute, l'industrie navale européenne, tant civile que militaire, apparaît à la croisée des chemins. Le déclin du secteur civil ne peut être considéré comme une fatalité, tandis que le secteur militaire, qui dispose d'un potentiel considérable, doit être consolidé pour assurer son avenir.

Outre la promotion de règles de concurrence équitables à l'échelle internationale dans le secteur civil, il incombe aux pouvoirs publics français d'adopter une politique industrielle volontariste. Alors que, dans tous les pays européens disposant d'une industrie navale, les commandes des pouvoirs publics sont attribuées aux chantiers nationaux, la France a recouru à plusieurs reprises à des chantiers étrangers pour la construction de ses bâtiments publics : la réalisation des remorqueurs de haute mer a été confiée à un groupe norvégien, tandis que celle de la coque du navire MINREM (Moyen interarmées naval de recherche électromagnétique) a été attribuée à un chantier hollandais. Si les règles communautaires relatives aux appels d'offres doivent être respectées, il semble essentiel de mettre en place une meilleure concertation entre les pouvoirs publics français et les chantiers nationaux, en définissant une véritable stratégie interministérielle.

Dans ce cadre, la mise en œuvre de partenariats public-privé pour le financement de projets navals, tant militaires que civils, apparaît particulièrement opportune, en permettant de surmonter des difficultés budgétaires immédiates. Il apparaît souhaitable de recourir à une telle solution pour garantir le financement des frégates multimissions, comme l'envisage actuellement le ministère de la défense.

La question des relations entre les acteurs navals civils et militaires français, c'est-à-dire les Chantiers de l'Atlantique et DCN, s'avère complexe. Plusieurs arguments sont avancés pour prôner ou écarter leur rapprochement et il est difficile à ce jour d'adopter une position trop tranchée. Il semble souhaitable d'établir entre ces deux acteurs un partenariat équilibré, sans préjuger des formes qu'il pourrait prendre, notamment dans la perspective du programme de porte-avions. Il conviendrait d'inclure dans cette réflexion les Constructions mécaniques de Normandie, également présentes dans les secteurs civil et militaire. De façon générale, la logique de *consortium* qui prévaut en Allemagne, par la coopération des différents groupes et l'organisation d'un front uni à l'exportation, apparaît intéressante.

De plus, il est nécessaire de donner une dimension plus structurelle à l'alliance existant entre DCN et Thales : leur filiale commune Armaris, dont la création a indéniablement constitué une avancée, doit trouver un prolongement dans un rapprochement plus poussé des deux acteurs français, qui constituent, du fait de leurs compétences respectives, des partenaires naturels.

Une telle évolution pourrait alors permettre aux acteurs français de jouer un rôle moteur dans l'engagement d'une véritable consolidation en Europe ; des regroupements apparaissent indispensables pour assurer le développement de son secteur naval, aujourd'hui trop morcelé. Or, celui-ci apparaît aujourd'hui ouvert à de multiples évolutions : outre la fusion de

ThyssenKrupp et HDW, qui a permis de constituer un « champion national » en Allemagne, le gouvernement italien envisage de réorganiser Fincantieri et Izar devrait être privatisé dans les années à venir. Il est souhaitable de profiter de ces opportunités, en procédant tout d'abord à un rapprochement franco-allemand, puis en envisageant de l'étendre à Fincantieri et Izar, afin notamment de renforcer l'ancrage européen du groupe espagnol, aujourd'hui menacé par son partenariat avec Lockheed Martin.

Une telle évolution ne sera pas simple et ne pourra être engagée que de façon progressive, par exemple par la constitution d'une société commune rassemblant les compétences de conception, de développement et de commercialisation des groupes français et allemand, sur le modèle d'Airbus. Cette consolidation doit s'accompagner du développement des programmes en coopération : le lancement du projet franco-italien de frégates multimitations apparaît comme une priorité et il serait envisageable d'y adjoindre dans un second temps l'Allemagne, qui étudie un nouveau programme de frégates F 125 ; par ailleurs, toutes les voies de coopération doivent être explorées sur les programmes de porte-avions français et britanniques. Au-delà de ces deux projets, la future agence européenne de défense, dont les statuts viennent d'être adoptés, pourrait fournir un appui précieux pour encourager le lancement de nouveaux programmes communs.

Un débat a suivi l'exposé du rapporteur.

Évoquant les regroupements envisagés au sein de l'industrie navale européenne, **M. Jérôme Rivière** a demandé s'il y a une réelle nécessité à continuer de disposer de chantiers de construction de coques.

M. Jean Lemièrre, rapporteur, a reconnu que le coût de réalisation d'une coque représentait moins de 20 % de la valeur totale d'un navire. Toutefois, il convient d'éviter les pertes de compétences industrielles dans ce domaine, qui pourraient être définitives. La France a déjà payé un lourd tribut aux restructurations industrielles. S'agissant du recours à la sous-traitance, comme la réalisation en Pologne des coques des parties avant des deux bâtiments de projection et de commandement confiées à DCN, on peut s'interroger sur l'importance des économies réalisées. Les Chantiers de l'Atlantique étaient disposés à construire les deux bâtiments dans leur ensemble, pour un coût qui n'aurait pas été nécessairement supérieur.

Le président Guy Teissier a souhaité avoir des précisions sur l'industrie navale polonaise, qui, s'appuyant sur une longue tradition, s'avère importante.

M. Jean Lemièrre, rapporteur, a répondu que les chantiers polonais avaient subi une crise importante ces dernières années, mais qu'ils occupaient, en ce qui concerne les volumes de production, un des premiers

rangs en Europe. Ayant rejoint l'Union européenne le 1^{er} mai dernier, la Pologne doit désormais respecter la réglementation communautaire, notamment en matière d'aides publiques et d'appels d'offres. Cette activité demeure essentielle pour ce pays, compte tenu des problèmes industriels et agricoles qu'il rencontre actuellement.

M. Jean-Yves Le Drian s'est interrogé sur les avantages et les inconvénients de détenir en France des filières civiles et militaires distinctes. Cette question n'est pas tranchée à ce jour et continue de susciter des controverses. Compte tenu des enjeux stratégiques qu'elle recouvre, il faudra néanmoins y répondre rapidement, tant que les groupes disposent de plans de charge importants.

M. Jean Lemièrre, rapporteur, a indiqué avoir relevé dans son rapport les avantages et les inconvénients respectifs du rapprochement et de la séparation des chantiers civils et militaires. Il n'a pas cependant tranché en faveur d'une solution plutôt qu'une autre. En tout état de cause, HDW et Izar sont aujourd'hui fortement handicapés par leurs activités civiles, Fincantieri connaissant toutefois une situation plus favorable dans ce domaine.

Le président Guy Teissier a rappelé que la coque du second porte-avions pourrait être réalisée par les Chantiers de l'Atlantique. Il n'existe donc plus de barrières entre les secteurs civil et militaire, à l'exception du cas particulier des sous-marins nucléaires.

M. Jean Lemièrre, rapporteur, a souligné qu'il fallait distinguer les alliances capitalistiques des partenariats sur des programmes particuliers, qui ne posent en eux-mêmes aucun problème.

La commission a *décidé*, en application de l'article 145 du Règlement, le dépôt du rapport d'information en vue de sa publication.

FINANCES, ÉCONOMIE GÉNÉRALE ET PLAN**Mardi 22 juin 2004***Présidence de M. Pierre Méhaignerie, président*

La commission des finances, de l'économie générale et du Plan a procédé à l'examen du projet de présentation de la loi de finances en missions et programmes.

M. Michel Bouvard a rappelé que la maquette du budget de l'État a été présentée en conseil des ministres mercredi dernier. Cette nouvelle nomenclature constitue un enjeu de taille pour le Parlement, puisqu'elle déterminera les conditions dans lesquelles le budget sera présenté, voté et exécuté. De la pertinence de la nouvelle structuration des crédits dépendront la portée de l'autorisation de dépense et la capacité du Parlement à contrôler l'utilisation de cette autorisation.

Par rapport à la maquette présentée en février, la nouvelle version présente des avancées significatives : le gouvernement a tenu compte de plusieurs propositions de la mission. Par contre, il a adopté une position moins ambitieuse sur d'autres points, qui méritent d'être corrigés afin de respecter les principes posés par la loi organique. À cet égard, il faut poursuivre la discussion avec le gouvernement pour que, lors de l'examen du projet de loi de finances pour 2006, première entrée en vigueur effective de la nouvelle nomenclature, les choses aient évolué positivement.

S'agissant des missions, les propositions d'amélioration de la maquette s'étaient orientées autour de trois principes directeurs : mieux identifier les politiques publiques pour rendre le budget plus lisible, assurer la cohérence du budget pour renforcer le contrôle du Parlement et, enfin, garantir la responsabilisation des acteurs pour améliorer l'efficacité de la gestion publique.

Une meilleure identification des politiques publiques suppose notamment de supprimer les missions mono programme, dont l'existence est contraire à la lettre même de l'article 7 de la loi organique. Cette recommandation n'a été que trop partiellement suivie. La mission « Sécurité », qui comprenait un unique programme « Police », a été transformée en une mission interministérielle avec l'adjonction du programme « Gendarmerie »,

conformément aux recommandations de la Mission d'information. Toutefois, il est dommage que les actions des deux programmes ne soient pas totalement miroir les unes des autres.

Par ailleurs, si la mission du budget annexe « Monnaies et médailles » et la mission du compte d'affectation spéciale « Cinéma et audiovisuel » ont bien été divisées en deux programmes, certaines missions conservent leur caractère « mono programme » sans que cela soit justifié. Il s'agit surtout de la mission « Conseil économique et social », mais également des missions « Journaux officiels » et « Course et élevage ».

La mission « Sécurité civile » a bien été divisée en deux programmes, mais, contrairement à ce qui avait été proposé par la Mission d'information, elle n'a pas été intégrée à une mission interministérielle « Écologie et maîtrise des risques », ce qui est très regrettable.

Afin de mieux délimiter les politiques publiques, la Mission d'information avait également proposé la création de trois nouvelles missions. La première, relative à la stratégie économique et au pilotage des finances publiques, devait regrouper les fonctions stratégiques du ministère de l'Économie et des finances ainsi que la charge de la dette et les fonctions de pilotage et d'expertise des finances sociales. Cette proposition n'a été que partiellement acceptée, puisque, si une mission « Stratégie économique et pilotage des finances publiques » est effectivement créée, elle n'inclut pas les crédits destinés au pilotage des finances sociales, ni d'ailleurs les crédits d'état-major et des inspections de Bercy. Néanmoins, les choses pourraient évoluer dans l'avenir.

La proposition de création d'une mission interministérielle « Politique des territoires », regroupant notamment les moyens de la DATAR, les crédits que le ministère de l'équipement consacre à la stratégie et à l'aménagement et le programme des interventions territoriales de l'État, autrement dénommé PITE, a en revanche été acceptée.

Enfin, la dernière proposition de création de mission portait sur une mission interministérielle regroupant l'ensemble des actions de l'État en matière d'écologie et de maîtrise des risques : prévention des risques naturels, contrôle des risques industriels, sécurité civile, météorologie. Alors que la création de cette mission permettait de renforcer la coordination des différents ministères concernés et de rationaliser l'organisation des structures de l'État en recentrant les DRIRE sur leurs missions de contrôle, elle a été refusée. *Le statu quo* a été maintenu sous la pression des ministères de l'Écologie et de l'Intérieur. Il s'agit là d'une vraie déception, surtout au regard de l'effet d'affichage provoqué par le vote de la Charte de l'environnement et la

constitutionnalisation du principe de précaution. On doit regretter un tel manque de cohérence.

Une définition plus cohérente des missions supposait également d'élargir le périmètre de certaines d'entre elles. En particulier, la Mission d'information avait proposé d'inclure dans la mission relative à l'action extérieure de l'État le réseau à l'étranger du ministère de l'Économie et des finances, ce qui a été refusé. En revanche, le gouvernement a accepté de rattacher à la mission « Recherche et enseignement supérieur » les établissements de formation et de recherche agricoles et de rapprocher les crédits de la ville et du logement au sein d'une même mission.

S'agissant des programmes, **M. Didier Migaud**, a rappelé que la Mission d'information avait proposé une architecture permettant de mieux cibler et piloter l'action de l'État.

En prévoyant 141 programmes dans la maquette présentée en janvier dernier, le gouvernement avait poussé très loin le mouvement de globalisation des crédits, offrant ainsi aux ministères une liberté de gestion considérable. Aussi, plusieurs programmes méritaient d'être scindés. Il s'agissait en particulier du programme remboursements et dégrèvements du ministère de l'économie et des finances. Alors que ces remboursements et dégrèvements concourent à des finalités très différentes, ils étaient regroupés au sein d'un même programme. Aussi, la Mission d'information avait-elle proposé de créer, en fonction des politiques poursuivies, plusieurs programmes (prime pour l'emploi, crédits d'impôt recherche...), et de les rattacher aux missions identifiant la politique publique visée : travail, recherche ou enseignement supérieur. Cette proposition a été refusée. En effet, la mission « Remboursements et dégrèvements » présentée par le gouvernement comprend deux programmes, l'un consacré aux impôts d'État, l'autre aux impôts locaux, ce qui ne correspond absolument pas à la logique de la démarche proposée par la Mission.

De même, les propositions de la Mission d'information sur le budget de la défense n'ont pas été suivies. Il s'agissait en particulier de réduire d'énormes programmes en isolant le recrutement et la formation des personnels, ainsi que l'armement nucléaire. Il aurait également été opportun de réorganiser les actions et sous-actions du programme « Activités et soutien des forces » afin de renforcer la gestion « interarmées ». Malgré leur pertinence, aucune de ces propositions n'a été suivie, le ministère de la Défense s'y opposant avec force.

A également été refusée la proposition d'identifier un programme consacré à la réforme de l'État et aux relations avec les citoyens, distinct de la coordination du travail gouvernemental. Si le programme « Direction de

l'action du gouvernement » a bien été scindé en deux, cela a été fait dans une logique différente de celle préconisée par la Mission, puisqu'ont été distingués, d'une part, un programme qui regroupe sans grande cohérence la coordination du travail gouvernemental et les instances indépendantes comme le Médiateur et le CSA, et, d'autre part, un programme relatif à la fonction publique et à la réforme de l'État.

Si la proposition de création d'un programme « Vie de l'élève » au sein du programme « Enseignement scolaire public du second degré » a été acceptée, il n'en a pas été de même de la proposition de distinguer, pour les universités, les formations supérieures et la recherche dans deux programmes différents. Toutefois, il convient de souligner que l'ancienne action relative à la recherche universitaire est ventilée par grands domaines scientifiques en 7 actions, miroirs des actions du programme « Recherches scientifiques et technologiques pluridisciplinaires ».

Enfin, ont été acceptées les propositions de la Mission d'information de distinguer les aides à la pierre et les aides à la personne pour le logement, de découper en deux le programme « Agriculture, pêche et territoires ruraux » en fonction des deux piliers de la PAC, et d'identifier la prévention et le contrôle des risques industriels dans un programme spécifique, même si celui-ci n'est pas rattaché à une mission interministérielle « Écologie et maîtrise des risques ».

Un certain nombre de propositions de la Mission d'information ont été retenues. Pour autant, il reste quelques points durs sur lesquels il faudra que le Parlement revienne : les remboursements et dégrèvements, les programmes du ministère de la Défense, la mission « écologie et maîtrise des risques ».

Il serait souhaitable que la Mission d'information reçoive de la Commission des Finances mandat pour poursuivre ses travaux afin de convaincre le gouvernement de la nécessité d'arbitrages plus ambitieux et plus respectueux de la loi organique, d'ici le projet de loi de finances pour 2006.

M. Michel Bouvard a exprimé sa satisfaction au regard du chemin parcouru depuis les projets de maquette qui figuraient dans les réponses aux questionnaires budgétaires relatifs au projet de loi de finances pour 2004. L'évolution a été rapide et impressionnante. Pour autant, des points durs subsistent, qui ne s'expliquent aucunement par des raisons techniques, la Mission d'information ayant étudié avec soin la faisabilité de ses propositions, mais par des raisons politiques déplacées et injustifiées : le précédent ministre de l'Intérieur ne voyait pas d'objection à la participation de la Protection civile à une mission interministérielle et la constitution d'un programme spécifique au nucléaire ne soulevait aucune difficulté technique. S'agissant du ministère

de la Défense, on risque de se heurter à de véritables boîtes noires sur lesquelles le Parlement n'aura aucune prise. Il est donc nécessaire de rappeler que si le Parlement ne peut, par son droit d'amendement, créer de nouvelles missions, il peut en revanche très facilement supprimer un programme, une mission, ou bien les scinder. Une telle solution doit être très sérieusement envisagée. Enfin, il serait utile de faire apparaître une action « lutte contre la fraude fiscale » au sein du programme « gestion fiscale et financière de l'État et du secteur public local », pour souligner l'attachement du gouvernement et du Parlement à cet objectif.

À défaut d'améliorations de la maquette sur ces points, il sera nécessaire de procéder, en 2005, par voie d'amendements de la Commission.

Le Président Pierre Méhaignerie a observé que, compte tenu de la convergence politique rare intervenue entre les membres de la mission d'information, du travail important réalisé et de la totale autonomie du Parlement par rapport aux pressions de certains corporatismes, il serait souhaitable que les principaux membres de la mission cosignent une lettre argumentée au Premier ministre, qu'il transmettra.

Il a interrogé les membres de la mission sur la position qui doit être celle de la Commission face à la demande, pressante et injustifiée, du Conseil économique et social qui veut faire l'objet d'une mission mono programme.

M. Jean-Louis Dumont, rappelant son attachement à cette institution, a proposé de placer le Conseil économique et social au sein des pouvoirs publics.

M. Charles de Courson a estimé qu'il ne fallait pas accorder une importance exagérée au Conseil économique et social, qui représente, certes, des intérêts légitimes sociaux économiques et autres, mais ne peut être placé à l'égal du Parlement qui, lui, représente la Nation. Il faut, purement et simplement, informer le gouvernement que si le programme correspondant était maintenu sous forme de programme unique d'une mission, la Commission des Finances adopterait un amendement de suppression. La définition de la mission Défense est très insatisfaisante et infondée, car comme chacun le sait, elle a résulté de luttes bureaucratiques. La loi de programmation militaire définissait huit missions dont on pouvait s'inspirer pour élaborer la nomenclature, tout en gardant la possibilité de les faire évoluer avec le temps. La Commission devrait informer le gouvernement que s'il n'est pas tenu compte des observations complémentaires, elle se réservera le droit d'amender l'actuelle nomenclature, comme elle en aura le droit, voire pour supprimer certaines missions. Il serait préférable que le gouvernement tienne compte, en amont, des observations de la Commission, plutôt que d'ajouter à des suppressions de crédits.

M. Jean-Pierre Brard a approuvé les propos du Président ainsi que ceux de ses collègues. Il a estimé qu'il faut reconnaître les avancées obtenues, ce qui autorise à souligner les défauts résiduels de la maquette gouvernementale : il s'est dit favorable à l'organisation d'une conférence de presse sous la présidence du Président de la Commission, pour faire connaître ces avancées et ces défauts. Parmi ces derniers, il a relevé la nomenclature du ministère de la Défense et le traitement de la lutte contre la fraude, car l'actuelle maquette reflète une grande irrésolution pour combattre la fraude. Il a estimé que les deux ministères ne devaient pas être mis sur le même plan, les échanges s'étant dans l'ensemble fort bien déroulés avec le Ministère des Finances, ce qui n'a pas été le cas avec le Ministère de la Défense.

M. Charles de Courson a suggéré que le Président de la Commission signe également la lettre des quatre membres de la mission.

Le Président Pierre Méhaignerie a jugé préférable de s'en abstenir et d'en assurer la transmission, afin de donner plus de poids à cette initiative réunissant les représentants de tous les groupes politiques.

M. Didier Migaud a approuvé cette initiative du Président de la Commission, indiquant que la lettre devrait être transmise au Premier ministre, puis faire l'objet d'une diffusion. Il a précisé que le Parlement disposait, certes, de la capacité d'amender la maquette mais qu'il ne pourra le faire que lors de l'examen du projet de loi de finances pour 2006. Jusque-là le Parlement ne pourra que transmettre des observations, d'où l'intérêt de convaincre le gouvernement de la pertinence des observations de la Mission d'information, pour que la première présentation budgétaire appliquant la loi organique ne traduise pas un affrontement.

En ce qui concerne l'action relative à la fraude fiscale, M. Nicolas Sarkozy n'a cependant pas été insensible à l'argument selon lequel il convient de donner toute son importance à ce sujet. Sur les autres thèmes que sont le budget de la défense et les deux missions « remboursements et dégrèvements » et « écologie et maîtrise des risques », la Commission doit en effet continuer à défendre nettement sa position. Enfin, il n'y a effectivement pas de raison d'ériger le Conseil économique et social en pouvoir public : le Conseil d'État ou le Conseil supérieur de la magistrature sont eux aussi mentionnés dans la Constitution et ne font pas l'objet de missions. Même si les défauts relatifs à la défense et à l'écologie sont autrement lourds de conséquences, c'est ici une question de principe.

M. Jean-Louis Dumont a accepté cette observation indiquant qu'il ne changeait cependant pas d'opinion, sur le fond. Il a interrogé les rapporteurs sur les modalités d'une lecture économique et financière en termes de développement, d'efficacité et de résultats portant sur les financements

européens, tels que les financements au titre de la politique régionale, de la politique agricole, ou de l'appui aux actions transfrontalières : l'affichage des politiques sera moins clair, ce qui risque d'entraîner une moindre valorisation de celles-ci.

M. Michel Bouvard a précisé qu'il conviendrait de trouver des moyens d'identifier ces financements en utilisant des indicateurs spécifiques pour les ministères ayant à gérer ces fonds. Par ailleurs, il a mentionné à l'intention de ses collègues le récent rapport sur la préparation de la mise en œuvre de la loi organique, qui dresse un bon état des lieux, ainsi que la parution du guide de la démarche de performance qui sera adressé aux ministères et constituera un socle pour la construction des indicateurs de performance.

En conclusion, **le Président Pierre Méhaignerie** a approuvé la démarche des quatre membres de la mission appuyée par l'ensemble de la Commission, consistant dans l'immédiat à adresser une lettre au Premier ministre recensant les différentes critiques formulées sur la maquette du gouvernement, et à en organiser ensuite une diffusion. Il a noté que l'ensemble de la Commission est favorable à cette démarche ainsi qu'à la publication, à terme, d'un rapport, cette publication étant cependant reportée après l'envoi de cette lettre signée par les membres de la mission.

* *
*

Mardi 22 juin 2004

– Audition de M. Nicolas Sarkozy, ministre d’État, ministre de l’économie, des finances et de l’industrie, et de M. Dominique Bussereau, secrétaire d’État au budget et à la réforme budgétaire, préalable au débat d’orientation budgétaire

– Conclusions de la MEC sur la Journée d’appel de préparation à la défense

– Examen du rapport sur le projet de loi pour le soutien à la consommation et à l’investissement

Le compte rendu de cette réunion sera publié ultérieurement

* *
*

Mercredi 23 juin 2004

*Présidence de M. Pierre Méhaignerie, président,
puis de Michel Bouvard, vice-président,
puis de M. Pierre Méhaignerie, président*

La commission des Finances a procédé à l'audition de M. François Logerot, Premier Président de la Cour des comptes, sur le rapport préliminaire sur l'exécution des lois de finances pour 2003.

Le Président Pierre Méhaignerie, après avoir relevé que M. François Logerot était auditionné pour la dernière fois par la commission des Finances en sa qualité de Premier Président de la Cour des comptes, a tenu à lui rendre un triple hommage. D'abord, au haut fonctionnaire, issu d'un milieu d'enseignants, dont la carrière témoigne d'une volonté permanente de service de l'État. Deuxièmement, en raison de son activité à la Cour des comptes, comme président de chambre depuis 1997, puis comme Premier Président, où il a succédé à M. Pierre Joxe, succession difficile et totalement assumée. Enfin, il faut rappeler son implication personnelle dans l'application de la loi organique relative aux lois de finances.

Depuis cette loi organique, les relations entre la Cour et la commission des Finances ont été appelées à se renouveler, à la fois s'agissant de la mission d'évaluation et de contrôle (MEC), des enquêtes demandées en application de l'article 58, de la loi de règlement ou du débat d'orientation budgétaire. Ces missions, comme celle, à venir, de certification des comptes, se sont ajoutées à la mission traditionnelle « d'assistance » au Parlement, incarnée notamment par le rapport public. La Cour témoigne ainsi, à la fois de son implication dans la nécessaire dynamique budgétaire et de sa volonté d'indépendance. Cette double implication – de la Cour et de son Premier Président – sont des gages de succès de la réforme budgétaire : elle méritait, à ce titre, d'être saluée.

Toutefois un point peut être amélioré : la capacité de contrôle du Parlement et, corollairement, les besoins de la Cour des comptes. Si ces deux institutions doivent donner l'exemple de la discipline budgétaire, dans les corps d'inspection des ministères, environ la moitié des postes sont très sous-employés. Cela constitue des moyens importants non utilisés, qui pourraient être mis à la disposition de la Cour des comptes et du Parlement, sans créations de postes supplémentaires.

M. Didier Migaud a souhaité, au nom du groupe socialiste, s'associer à l'hommage rendu au Premier Président de la Cour des comptes, à la fois en tant qu'homme et en tant que magistrat. Il s'est félicité qu'à la suite

de la présidence de M. Pierre Joxe, la coopération entre la Cour, l'Assemblée nationale et le Sénat ait été renforcée. Il s'agit là d'une avancée essentielle, à laquelle le Premier Président et les autres magistrats de la Cour ont contribué. Cette coopération doit se poursuivre, dans l'intérêt du pays.

M. Charles de Courson s'est également joint, au nom du groupe UDF, à cet hommage et a indiqué qu'un vrai dialogue s'était instauré entre le Parlement et la Cour des comptes. La part du travail de la Cour consacrée au Parlement, qui était de l'ordre de 5 à 10 % il y a quelques années, s'élève à environ 25 à 30 % aujourd'hui. Les suites données aux travaux de la Cour pourraient être mieux mises en œuvre si le Parlement les prenait davantage en compte, que ce soit dans sa fonction de contrôle du Gouvernement ou dans sa fonction législative, au travers des amendements.

M. Marc Laffineur s'est également associé, au nom du groupe UMP, à l'hommage rendu au Premier Président. Celui-ci a contribué à améliorer la coopération avec le Parlement et cherché à toujours répondre aux demandes exprimées par la commission.

M. François Logerot, Premier Président de la Cour des comptes, après avoir remercié le Président Pierre Méhaignerie et les intervenants, a indiqué qu'il avait eu à cœur de poursuivre ce qui avait été fait avant lui et de faire en sorte que la contribution de la Cour soit plus étoffée, plus pertinente et plus actualisée. À cet égard le mérite revient largement à ses collègues, en particulier ceux de la première chambre. Ce sera d'autant plus le cas lorsque la loi organique sera entièrement entrée en vigueur, que ce soit pour l'examen des programmes budgétaires ou pour la certification des comptes.

S'agissant du rapport préliminaire de la Cour, instauré par la loi organique relative aux lois de finances (LOLF), il a rappelé que c'était la deuxième année qu'il était amené à le présenter. Il a indiqué que la Cour réalisait déjà un rapport préliminaire par le passé – et ce depuis 1996 – mais que ce document, rédigé à la demande de l'Assemblée nationale, était fondé sur une base prétorienne et ne disposait pas de fondement législatif. Il s'agissait, à l'époque, de fournir aux assemblées des éléments d'information propres à éclairer le débat budgétaire, alors même que le rapport conjoint au dépôt du projet de loi de règlement était réalisé beaucoup plus tard. Le rapport était, de fait, préliminaire au rapport sur l'exécution des lois de finances, souvent qualifié de rapport « définitif ». Or, les dispositions de la loi organique relative aux lois de finances ont modifié en profondeur l'agencement des travaux de la Cour vis-à-vis des assemblées. Selon l'article 58, trois rapports distincts sont fournis au Parlement : le rapport préliminaire prévu à l'article 58-3, avant le débat d'orientation budgétaire, le rapport sur les résultats et la gestion budgétaire, conjoint au dépôt de la loi de règlement, et le compte rendu des vérifications sur les comptes et la certification.

Le rapport préliminaire traite notamment de l'analyse financière de la situation de l'État. Il constitue une contribution de la Cour au débat d'orientation budgétaire, qui se tient au Parlement à la fin du printemps, et n'est plus une introduction au rapport sur la loi de règlement, aujourd'hui publié à quelques semaines d'intervalle.

Sur le fond, il inclut une mise en perspective des résultats budgétaires, à la fois dans le temps et dans l'espace. Le ministère des Finances a estimé que ce rapport dépassait le cadre prévu par la loi : la Cour a considéré qu'il fallait qu'il se situe dans une perspective pluriannuelle sans, bien sûr, aborder les questions de choix en termes de politique budgétaire. Il replace, en effet, les résultats de l'exécution de l'exercice antérieur dans le cadre d'une rétrospective de moyen terme et développe des considérations portant sur la loi de finances votée et sur le début de l'exécution en cours.

Le rapport s'essaie à une analyse des résultats au regard des engagements européens de la France. Il ouvre également un début d'interrogation sur les relations de l'État avec ses principaux partenaires que sont les collectivités territoriales et, cette année, les organismes divers d'administration centrale (ODAC). Il annonce, par ailleurs, le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Les résultats de l'exécution pour 2003 sont très préoccupants, au regard notamment du poids relatif des charges de la dette. La proportion de la dette par rapport au PIB a été multipliée par trois au cours des vingt-cinq dernières années. En outre, le déficit de l'État, qui s'élève à 56,9 milliards d'euros, résulte, pour moitié, des dépenses d'investissement et, pour moitié, des dépenses de fonctionnement. Pour un dixième de ses dépenses courantes, l'État a recours à l'emprunt.

Les comparaisons européennes permettent d'éclairer ces résultats. Pour les réaliser, la Cour ne s'en est pas tenue aux seuls indicateurs traditionnels de référence au sein de l'Union européenne – que sont le déficit public et la dette publique –, mais à d'autres indicateurs, tels que le solde primaire, les charges d'intérêts, le solde structurel, le volume des dépenses publiques ou l'écart de rendement observé pour les emprunts les plus comparables, afin de fournir le maximum de moyens d'évaluation et de comparaison. Il résulte de ces comparaisons plusieurs constats. En premier lieu, l'évolution budgétaire de la France se révèle moins favorable que celle de la plupart des autres États de l'Union européenne. Si l'Allemagne rencontre, il est vrai, elle aussi, des difficultés budgétaires, elle a été confrontée à des circonstances particulières, telles que les charges de la réunification et une plus grande dépendance de l'économie par rapport à l'évolution du marché mondial des biens d'équipement, notamment.

La tendance est, depuis deux ans, à une aggravation de cette divergence d'évolution. Nos partenaires ont davantage assaini, notamment pendant leurs années de plus forte croissance (et certains, comme le Royaume-Uni, ont su se reconstituer des marges de manœuvre) et ils ont de surcroît pour la plupart d'entre eux, mieux su que la France et l'Allemagne faire face, sur le plan budgétaire, au retournement de conjoncture.

Deux conséquences principales en résultent. Il se développe une contradiction élevée entre les objectifs affichés et l'évolution relative de la situation budgétaire française. Cette évolution ne peut pas être sans conséquence, par exemple dans le domaine fiscal : le désir de pouvoir ramener, là où ils sont plus élevés, le niveau des impôts français au niveau de la moyenne européenne, peut ainsi ne pas être facilité. De même, le poids de l'endettement public, dans notre pays, concerne, pour l'essentiel, l'État et non les collectivités locales. L'accroissement de la dette publique fait donc augmenter d'autant plus rapidement les contraintes qui pèsent, par le biais des charges d'intérêts, sur le budget. La situation n'est pas la même chez nos partenaires. En Allemagne, par exemple, une part importante du déficit public tient aux Länder. En France, c'est sur le budget de l'État que se concentrent les rigidités qui expliquent le déficit.

Enfin, quelques points, classiques, mais plus préoccupants à l'aube de la mise en œuvre complète de loi organique du 1^{er} août 2001, nécessitent un examen détaillé : le problème des emplois, les dépenses de personnel, les interventions, la gestion des autorisations budgétaires et la régulation.

Les autorisations d'emplois votées par le Parlement limitaient à 2,18 millions de postes les effectifs au 31 décembre 2003, militaires et budgets annexes inclus, en léger retrait sur l'exercice précédent, ce qui marque une certaine rupture par rapport aux accroissements des années passées. Cette réduction des emplois recouvre, en fait, deux évolutions : un accroissement du nombre de titulaires, au-delà des mesures de régularisation de l'emploi précaire, et des transferts d'emplois vers certains établissements publics, qui rendent plus difficile l'appréciation des évolutions.

La hausse des emplois de titulaires (environ 4.300), dont les principaux bénéficiaires sont l'enseignement scolaire, la justice et l'intérieur, entraîne une charge à long terme pour les finances publiques, qui n'est pas compensée par la réduction des emplois de contractuels. Dans le même temps, le transfert de certains personnels titulaires de l'État vers des établissements publics ne réduit pas les charges de l'État dans la mesure où ces établissements publics sont financés par subventions. En outre, l'enseignement scolaire a recruté 20.000 assistants d'éducation, qui n'étaient pas inscrits dans la loi de finances initiale.

Au total, compte tenu des transferts d'environ 1.300 agents pour la plupart titulaires, inscrits au budget de la culture, vers des établissements publics, l'État a accru le nombre des titulaires civils de près de 5.600, et le nombre des contractuels civils de plus de 13.000.

La maîtrise des dépenses de personnel est aussi encore insuffisante. La stabilité en euros constants des dépenses de rémunérations, de pensions et de charges sociales à 111,6 milliards d'euros n'est en effet qu'apparente, car le développement des expériences de globalisation des crédits s'est traduit par des transferts de crédits vers les chapitres consacrés aux moyens des services. Si l'on tient compte des dépenses de personnel globalisées, le taux de croissance réel des dépenses s'établit à 2,1 %.

En outre, la baisse de 2,1 % des charges sociales en 2003 traduit le recul du versement de l'État au titre de la compensation vieillesse des ressources et des charges des régimes de sécurité sociale. Hors compensation vieillesse, les charges sociales imputées à la partie 3 du titre III ont augmenté de 2,8 % en 2003. Les dépenses pour pension sont toujours en croissance rapide : elles ont poursuivi leur croissance sur un rythme de 4,7 %, légèrement supérieur à celui des exercices précédents. Les recettes correspondantes, cotisations salariales et contributions de certains employeurs, n'ont augmenté que de 1 % et ne couvraient plus que 28,2 % des dépenses en 2003. En conclusion, s'agissant d'un « poste » qui représente plus de 40 % du budget de l'État, il est vital d'en mesurer complètement les contours.

Les dépenses d'intervention, moyen privilégié d'exécution des politiques publiques, se sont élevées à 77,2 milliards d'euros en 2003. Bien qu'en baisse de 2 % par rapport à 2002, elles représentent 27 % des dépenses imputées au budget général. Elles sont marquées par la prédominance de dispositifs lourds qui s'inscrivent dans une logique pluriannuelle et laissent peu de place à la mise en œuvre de nouvelles interventions.

De plus, le seul titre IV ne donne qu'une vue partielle des interventions de l'État. Les concours financiers aux collectivités locales, notamment, se situent largement en dehors du périmètre des dépenses de ce titre, d'autant que les transferts de compétences annoncés rendent encore plus imprécise la mesure des interventions de l'État. Ce constat vaut aussi pour les subventions que l'État verse aux établissements et entreprises publics qui, pour certaines, sont éclatées entre plusieurs fascicules budgétaires, voire même retracées également sur un compte d'affectation spéciale. Une amélioration est souhaitable sur ce point dans le cadre de la mise en œuvre de la loi organique.

Plusieurs points retiennent l'attention s'agissant de la gestion des autorisations budgétaires. Tout d'abord, le budget de l'État reste difficile à appréhender dans sa relation avec l'assurance-maladie : des transferts très

significatifs, dans les deux sens, ont été opérés au cours de la période récente. Le coût du remplacement des agents absents dans les hôpitaux et le financement des stages extra-hospitaliers des étudiants en médecine ont été pris en charge par l'État. En sens inverse, de nombreuses dépenses ont été mises ou seront mises à la charge de l'assurance maladie : consultations de dépistage anonyme et gratuit, centres de planification et d'éducation familiale, cures de désintoxication avec hébergement, réalisées dans les établissements de santé, prévention de l'alcoolisme, ou plan BIOTOX.

La loi de finances donne également une vision partielle de certains enjeux budgétaires. Comme les années précédents, la Cour relève que certaines dépenses de l'État ne figurent pas au nombre de celles soumises au vote du Parlement, en dépit de leur caractère prévisible. Tel est le cas des moyens destinés à la couverture des calamités agricoles, qui continuent de ne faire l'objet d'aucune dotation en loi de finances initiale alors même que la dépense (250 millions d'euros) s'avère d'un niveau relativement constant.

Le principe de sincérité budgétaire induit que le niveau des crédits soit établi de telle manière que l'ensemble des dettes ou engagements de l'État au titre de l'exercice concerné puisse être couvert et les dotations inscrites soient définies de manière proportionnée aux besoins. Or les crédits ouverts en 2003 sur certains chapitres s'avèrent très excédentaires par rapport aux besoins. C'est le cas des dotations en faveur des rapatriés. A l'inverse, le souci de limiter, en affichage, le déséquilibre du budget initial a conduit, en dépit des prévisions de dépenses disponibles au moment de la préparation du projet de loi de finances et de la discussion budgétaire, à minorer artificiellement un certain nombre de dotations. On peut citer l'insuffisance, de 530 millions d'euros sur quatre ans, des crédits d'intégration et de lutte contre l'exclusion, dont 175 millions d'euros au titre du seul exercice 2003, ou la non inscription des rémunérations au titre des opérations militaires extérieures, qui représentent 365 millions d'euros.

Enfin, la régulation budgétaire, qui limite la portée de l'autorisation parlementaire, a fortement marqué l'année 2003. Certes, les crédits inscrits en loi de finances constituent des plafonds et il est de la responsabilité du Gouvernement d'adapter le rythme de ses dépenses pour tenir compte de la situation de l'économie, de l'évolution des équilibres budgétaires et des engagements internationaux de la France. Toutefois, la situation qui justifie ces mesures doit être suffisamment imprévisible pour que les dotations de crédits n'aient pas été établies, de manière réaliste, dès la loi de finances initiale. Ce n'est pas toujours le cas, et les conditions dans lesquelles sont mises en œuvre les mesures de régulation, auxquelles il est recouru comme de simples outils de gestion, sont contestables au regard de l'autorisation budgétaire. La fixation d'objectifs de reports, dès le début de la gestion, le gel

des crédits reportés, parfois au-delà du terme de l'exercice, le report et l'annulation pure et simple de dotations ouvertes en collectif sont difficilement compatibles avec les exigences de juste évaluation de la dépense et d'annualité du budget.

Au-delà des questions de principe, la régulation appliquée perturbe fortement l'activité de certains services. Plusieurs centres régionaux opérationnels de surveillance et de sauvetage (CROSS) ont dû, pour assurer leurs interventions d'urgence, recourir aux stocks de carburant du ministère de la défense. Le gel des crédits de la prime d'aménagement du territoire (71 % des crédits ouverts et 98 % des crédits disponibles) s'est traduit par le blocage complet du dispositif et aucune des décisions prises par le comité interministériel d'aide à la localisation des activités n'a pu être financée en 2003. La pratique de la régulation, du fait notamment de l'incertitude à laquelle elle conduit les services administratifs, les amène à adopter un mode de gestion dégradé, voire irrégulier : allongement des délais de règlement, entorses aux procédures de passation des marchés publics ou encore priorité donnée aux actions nouvelles, hors de toute programmation cohérente, le cas échéant au détriment de dépenses obligatoires. Il en résulte une forte augmentation des reports de charges relatifs à des opérations exécutées en attente de mandatement et, par conséquent, des impayés de l'État à l'égard de ses créanciers, notamment des organismes de sécurité sociale ou des établissements publics portuaires.

Les modalités de la mise en œuvre de la régulation budgétaire mériteraient donc d'être réexaminées, avec peut-être la création de tranches conditionnelles en fonction de l'environnement budgétaire, dans la perspective de l'application de la loi organique, qui prévoit la fixation d'objectifs dont les gestionnaires de programmes seront responsables.

Après avoir, à son tour, remercié M. François Logerot, **M. Gilles Carrez, Rapporteur général**, a rappelé l'importance de la mission d'assistance de la Cour des comptes au Parlement, en application de l'article 58 de la loi organique. Cette mission pourrait également s'appliquer afin de fournir les études d'impact sur les projets de loi.

Le rapport préliminaire fait le constat d'une situation difficile des finances publiques, avec notamment une augmentation rapide de l'endettement public, de 40 % en 20 ans. En conséquence, les marges de manœuvre budgétaires diminuent autant que le poids des intérêts de la dette augmente. Cela est dû au fait que, depuis 13 ans, les dépenses de l'État sont supérieures aux recettes de l'ordre de 10 à 20 %, y compris en période de forte croissance économique comme en 2000-2001. Cette situation préoccupante est issue d'une accoutumance à la dépense publique, conformément au constat de la Cour. Il

est donc nécessaire d'édicter des règles de bonne gestion budgétaire en la matière.

S'agissant des recettes perçues en 2003, il faut rappeler que les prévisions initiales ont été faites en 2002, dans un contexte de croissance économique qui a abouti à reprendre les évolutions prévisibles pour cette année. Ces prévisions correspondaient aux hypothèses, tant de la Commission des comptes de la Nation, que des experts économiques. Une erreur a certes été faite, mais elle a été rectifiée par la suite. Pour 2004, une prévision solide et robuste de 1,7 % a ainsi été retenue.

S'agissant de l'exécution des lois de finances, il aurait sans doute fallu aller beaucoup plus loin que les 12 milliards d'euros d'économie prévus, sans pour autant prendre le risque de mener une politique récessive, afin de maintenir une consommation solide. Le gouvernement ne pouvait donc plus compenser la baisse des recettes par une diminution des dépenses.

Dans ce cadre très contraint, les dépenses budgétaires ont été exécutées à l'euro près en 2003, ce qui s'est très rarement produit. Cette exécution a, certes, été réalisée à partir d'un budget rebasé par le collectif de 2002, qui a ouvert 5 milliards d'euros, mais il s'agissait de la conséquence de la sous-estimation de nombreuses dépenses, notamment sociales, par le précédent gouvernement, comme en ce qui concerne l'aide médicale d'État, par exemple. 1,25 milliards d'euros de dépenses supplémentaires ont été dus à des compensations aux entreprises. La « ligne bleue » budgétaire est la stabilisation des dépenses. Elle a été d'autant plus difficile à atteindre en 2003 qu'outre l'augmentation des dotations aux collectivités locales traitées en prélèvement sur recettes, il a fallu budgétiser le FOREC à hauteur de 16 milliards d'euros. De même, un effort formidable de réduction des reports a été effectué, les portant de 14 % en 2002 à 8 % en 2003, et 3 % en 2004. Il s'agit d'un point cardinal de la maîtrise des dépenses, qui en garantit le caractère durable.

Si l'analyse de la Cour des comptes est globale et tient compte de tous les facteurs explicatifs, notamment en ce qui concerne la nature de la dette et du déficit. Il est important de souligner que sur les 57 milliards d'euros de déficit, 27 milliards d'euros correspondent aux intérêts de la dette et à des dépenses de personnel. Le critère communautaire des 3 % de déficit public ne se résume pas à une contrainte qui serait imposée par les technocrates bruxellois : il s'agit d'un vrai problème, qui met en cause notre responsabilité face aux générations futures. Néanmoins, la novation profonde que constitue l'objectif de meilleure maîtrise de la dépense aurait pu être davantage mise en évidence dans le rapport de la Cour des comptes.

M. François Logerot, Premier président de la Cour des comptes, a indiqué que la Cour des comptes ne conteste nullement le fait que

les économistes, avec différentes variantes, se soient entendus sur une prévision de croissance, finalement erronée. La Cour des comptes ne met pas en cause, en la matière, les choix, mais constate ce caractère erroné. La question centrale est celle des moyens qui ont été mis en œuvre pour réagir à une croissance économique moins forte que prévue. Certes, les dépenses ont été tenues dans la limite de l'autorisation initiale de la loi de finances. Mais l'ampleur des annulations de crédits ne peut que susciter une inquiétude face à la menace que les services de l'État ne soient plus en mesure de fonctionner normalement. Au-delà, la détermination des secteurs devant être ajustés à l'évolution des données budgétaires demeure un choix d'ordre politique. La rigidité que constitue l'ampleur des dépenses de personnel est un frein à la dynamique budgétaire qu'on ne doit pas sous-estimer. Les charges de la dette en constituent un autre, et il faut souligner que l'État a bénéficié de taux d'intérêt particulièrement favorables pour la gestion de son endettement, ce qui suscite des craintes d'autant plus fortes que les perspectives de relèvement du niveau des taux d'intérêt se font de plus en plus probables.

À ce titre, la mise en œuvre de la loi organique relative aux lois de finances est assurément l'occasion d'une réorganisation profonde, et l'on doit se féliciter de ce qu'une grande partie des propositions des députés sur la maquette budgétaire ont été prises en compte. L'inquiétude est cependant très forte, au vu du découplage qui a été opéré par le Gouvernement entre la mise en œuvre de la loi organique et les stratégies ministérielles de réforme. L'instruction du Premier ministre sur ces stratégies a été signée le 2 juin, pour une réponse des ministres au 30 juin prochain. Même si ce délai est tenu, l'avancement des discussions budgétaires pose la question de la possibilité effective de réorienter les stratégies qui auront alors été choisies. Cela pose à nouveau la question d'une remise en cause de certaines fonctions de l'État dans le but d'accroître les économies, notamment en matière de personnel.

En ce qui concerne les recettes fiscales, un problème réside dans la mauvaise appréhension de leur élasticité en fonction de la conjoncture économique. À l'évidence, les moins values de recettes fiscales ont été accentuées par les réductions d'impôts. A quoi correspond exactement le chiffre de 1,25 milliard d'euros évoqué par le Rapporteur général ?

M. Gilles Carrez, Rapporteur général, a indiqué qu'il s'agissait des baisses de charges sociales sur les entreprises, qui ont *in fine* été compensées par des dépenses supplémentaires inscrites au budget de l'État et intégrées à la « norme zéro » du fait de la budgétisation du FOREC.

M. Charles de Courson a relevé l'utilité de la première partie du rapport de la Cour des comptes pour dynamiser l'idée – fausse – selon laquelle la norme communautaire des 3 % serait excessive. Le rapport permet de montrer que le niveau maximal de déficit public se situe en réalité à 2 % du

PIB. Aucun gouvernement sérieux ne devrait pouvoir dire le contraire. L'État devrait s'imposer à lui-même ce qu'il impose – à juste raison – aux collectivités locales en matière d'excédent budgétaire minimal permettant de rembourser la dette. N'est-il pas temps d'imposer à l'État une norme budgétaire de fonctionnement qui soit soutenable ? Cette réflexion doit nécessairement prendre en compte le positionnement des choix budgétaires dans les cycles économiques. Quand bien même une norme maximale de 2 % serait imposée, cela signifierait qu'en haut de cycle un excédent budgétaire demeurerait nécessaire afin de parvenir à un taux de déficit public sur l'ensemble du cycle économique, qui soit véritablement soutenable. La Cour des comptes avait, par le passé, commencé à diffuser le concept « d'endettement public élargi », incluant le calcul de la provision que devrait prévoir l'État eu égard aux charges de retraite. Cela permettrait de comprendre que l'accroissement des engagements budgétaires non financés devra bien être payé un jour. La Cour des comptes doit populariser, auprès des citoyens, ces concepts simples qui nous rappellent que l'État vit à crédit et qu'il est irresponsable de multiplier les engagements financiers lorsque ces derniers ne sont pas soutenables.

La deuxième partie du rapport de la Cour des comptes est utile pour mettre en évidence l'ensemble des « farces et attrapes » budgétaires qui permettent de dissimuler la dégradation des finances publiques. Les prélèvements sur recettes en sont un exemple frappant, certains ministres ayant même pu prétendre par le passé que les dépenses étaient stables, alors même qu'ils avaient recours à cette technique budgétaire dissimulatrice. Avec un tel raisonnement, pourquoi d'ailleurs ne pas transformer l'ensemble des dépenses de l'État en prélèvements sur recettes ? Par ailleurs, on peut regretter l'existence de ces structures hybrides que sont les organismes divers d'administration centrale (ODAC). Leur périmètre, qui a souvent varié, aboutit à dissimuler une partie de la dette de l'État. Réseau ferré de France (RFF), Charbonnages de France ou encore l'Établissement public de financement et de restructuration (EPFR) sont symptomatiques à cet égard. La Cour des comptes devrait appuyer la requalification comptable, au sens d'Eurostat, de ces structures qui portent une dette publique, de la même manière, par exemple, que les dotations en capital versées par l'État à RFF ont été considérées, l'an dernier, comme des subventions pesant sur le déficit public, au sens des critères communautaires. Enfin, se pose le problème de la gestion du périmètre de la dépense étatique par rapport aux autres structures que sont les organismes de sécurité sociale et les tiers. Pourquoi ne pas mettre en place un « comité de défense contre les farces et attrapes » ? Il est essentiel que les députés traduisent dans leurs amendements les dérives qu'ils constatent. Le ton dont la Cour des comptes fait désormais usage dans ses rapports s'améliore, en s'éloignant d'une traditionnelle onctuosité : il constitue un encouragement au changement.

M. François Logerot, Premier Président de la Cour des comptes, a souligné les efforts faits par la Cour depuis plusieurs années pour présenter un bilan de la situation de l'ensemble des personnes publiques, et pas seulement de l'État, les débudgétisations au profit d'organismes extérieurs à l'État s'étant multipliées. En 1998, la Cour avait demandé au ministère des Finances de réintégrer RFF et l'EPFR dans le périmètre de la dette au sens communautaire du terme. Elle s'était heurtée à un refus lié au souci de respecter les critères du passage à l'euro.

La Cour des comptes n'a jamais été favorable à la pratique des prélèvements sur recettes, qui est absente de l'ordonnance organique de 1959, mais le Conseil constitutionnel l'ayant cautionnée, elle n'a pu faire porter ses critiques que sur l'exécution. Les prélèvements sur recettes, dont le montant n'a cessé de croître, échappent à tout contrôle de l'État mais la Cour des comptes les étudie chaque année.

Une évaluation de la charge des retraites publiques dans le calcul du niveau d'endettement figure désormais, au titre du hors-bilan de l'État, dans le compte général de l'administration des finances. Le montant de cette évaluation n'ayant été transmis à la Cour que très récemment, celle-ci n'a pas encore pu l'expertiser.

Déterminer le niveau soutenable du déficit est très délicat ; il faut garder à l'esprit le fait que, au mieux, 30 milliards d'euros, soit 50 % du déficit, peuvent être considérés comme finançant des investissements.

M. François Delafosse, président de la Première Chambre, a indiqué que l'expertise du montant de la provision pour charges de retraites allait être menée rapidement et que l'évaluation de la dette des ODAC faisait partie des travaux prioritaires de la Cour. Le niveau des engagements hors comptes de l'État atteint en effet 23 milliards d'euros.

M. Jean-Pierre Gorges a déploré qu'une partie de la dette serve à financer des frais de fonctionnement. Il a demandé depuis quand ce procédé était constaté et quelle part de la dette il représentait. Dans la mesure où les charges de fonctionnement représentent 60 % du budget de l'État et connaissent une augmentation systématique, une modification de la structure du budget apparaît indispensable.

M. Denis Merville a fait remarquer qu'un mois de fonctionnement de l'État était chaque année financé par l'emprunt. Une telle situation ne saurait perdurer. Année après année, de nouveaux organismes sont créés autour des ministères : la Cour pourrait-elle faire le point sur les missions qu'ils remplissent, leurs effectifs et leur coût de fonctionnement ? Par ailleurs, l'État n'a pas tiré toutes les conséquences de la décentralisation ; il continue d'intervenir dans d'innombrables domaines, parfois à des niveaux dérisoires.

La signature des contrats de pays et des contrats de plan donne lieu à des effets d'annonce disproportionnés : les moyens financiers disponibles ne suivent pas. Les aberrations sont fréquentes. Par exemple, dans son département, le Fonds national d'aménagement et de développement du territoire (FNADT) finance à hauteur de 80 % une étude sur le désenclavement routier, également cofinancée, à hauteur de 10 % chacune, par la région et l'intercommunalité. Les routes concernées sont pourtant des routes départementales ! Les sous-préfets félicitent régulièrement les élus pour leur capacité à réunir plusieurs financements pour un même projet, alors que ces cofinancements entraînent d'énormes pertes de temps. La multiplication des structures locales génère des dépenses supplémentaires, ce que la Cour des comptes devrait évaluer précisément.

M. Jean-Yves Chamard a témoigné du fait que, en tant que rapporteur spécial de l'enseignement scolaire, il ne lui était pas possible d'expliquer qu'une diminution des effectifs d'une classe n'entraînait pas forcément une amélioration des résultats des élèves, sans susciter des protestations de toutes parts. Ce constat est pourtant réel, mais seule la Cour des comptes peut le formuler sereinement. Elle est aussi la seule à pouvoir affirmer, à juste titre, que les professeurs qui ne remplissent pas leur quota d'heures suffiraient à remplacer l'ensemble des absences de leurs collègues. Il serait très utile que la Cour propose systématiquement, à la suite de ses diagnostics, des solutions parmi lesquelles les élus pourraient choisir. Pour cela, il faudrait qu'elle puisse renforcer ses effectifs grâce au retour en son sein des magistrats en poste dans d'autres structures.

Après avoir rappelé les bonnes relations entre la Cour et la mission d'information sur la mise en œuvre de la loi organique, **M. Michel Bouvard** a souligné que la maîtrise des dépenses de personnels serait l'enjeu central de la mise en œuvre de la LOLF. L'augmentation de 600 du nombre des titulaires et la progression de 13.000 du nombre des contractuels illustrent les difficultés liées à la définition et au respect des plafonds d'autorisations d'emplois. Le rapport de la Cour des comptes montre que les transferts de personnels vers les établissements publics se poursuivent. Sur ce point, la LOLF risque d'être inopérante. Le rapport du Gouvernement sur la mise en œuvre de la loi organique précise qu'un outil de comptage des emplois est opérationnel depuis le mois de mars 2004, mais que les gestionnaires ne seront formés qu'à la fin du mois de juin !

Les modifications de périmètre des administrations de l'État sont analysées par le rapport de la Cour des comptes. La mission d'information sur la loi organique a souligné que la DRIRE va être dotée de deux actions dont l'une sera consacrée à l'animation économique. Cette fonction va donc rester dans le périmètre administratif de l'État alors même qu'elle doit être transférée

aux régions. En ce qui concerne la régulation budgétaire, il faut envisager que des crédits soient mis en réserve dès le vote de la loi de finances. Ces crédits ne seraient utilisables que si le niveau des recettes atteint les prévisions. La mise en place d'outils de gestion informatique a permis de réaliser des gains de productivité de 25 % dans les ministères. Il faudrait pouvoir évaluer le retour sur investissement de ces outils afin de déterminer le montant des économies de fonctionnement qu'ils induisent.

Le Président Pierre Méhaignerie a souligné qu'il était difficile de convaincre les Français de la nécessité de la maîtrise de la dépense publique. Les dépenses de l'assurance maladie et de l'assurance vieillesse étant en progression, celles de l'État doivent connaître une croissance nulle en volume. La Cour rappelle que les dépenses de rémunérations ont progressé de 2,1 % alors que les charges de pensions ont augmenté de 4,7 %. Compte tenu de l'augmentation de ces dernières quel doit être le niveau de la masse salariale pour que les dépenses de l'État n'augmentent pas ?

M. François Logerot, Premier Président de la Cour des comptes, a estimé que cet effort devrait être très important si les effectifs de l'État demeuraient constants. La réponse à la question du Président Méhaignerie suppose un examen détaillé de la gestion du personnel de chaque ministère. S'agissant du ministère de l'Éducation nationale, la réduction du nombre d'élèves par classe n'améliore effectivement pas la qualité pédagogique de l'enseignement. De même, dans certains lycées le nombre des élèves n'atteint pas la masse critique. La commission des Finances a demandé à la Cour des comptes d'enquêter sur la situation des enseignants qui n'enseignent pas. Ces informations seront transmises à l'automne prochain.

Le Président Pierre Méhaignerie a souligné le manque de polyvalence dans les fonctions d'enseignants, alors que les horaires statutaires ne sont pas toujours effectivement assurés.

M. Jean-Yves Chamard a rappelé qu'en dehors des États-Unis, la France était le pays qui dépensait le plus pour l'enseignement secondaire. Si le coût de cet enseignement était ramené au niveau de la moyenne européenne, cela aurait un impact très fort sur les déficits.

M. Charles de Courson a souligné que les collèges qui n'accueillent que 130 élèves devraient être fermés car ils ne proposent pas une offre pédagogique suffisamment diversifiée, dans l'intérêt des enfants et du service public. C'est ce qui se fait dans la Marne, sans nuire à la qualité de l'enseignement.

M. François Logerot, Premier Président de la Cour des comptes, a souligné que la Cour avait formulé plus de recommandations que par le passé. Elle propose des éclairages sur l'exécution de certains budgets.

Pour ceux qui ne font pas l'objet, cette année, d'une analyse détaillée, la Cour des comptes actualisera ses analyses passées.

S'agissant de l'augmentation du nombre des divers organismes ou commissions institués par l'État, il faut relever comme symptomatique le fait que le conseil des ministres vient d'approuver un décret créant une nouvelle délégation chargée du développement durable et prévoyant probablement des moyens supplémentaires.

En matière d'intercommunalité, les structures ont tendance à s'empiler. Un rapport de la Cour des comptes examinera ce sujet en 2005. En ce qui concerne le paiement de dépenses de fonctionnement par l'emprunt, il faut souligner que l'année 2003 n'est pas celle où la situation a été la plus difficile. Entre 1993 et 1995, la couverture des dépenses de fonctionnement par l'emprunt était plus importante. La situation s'est améliorée entre 1995 et 2001, pour se dégrader de nouveau depuis cette date.

S'agissant des plafonds d'emplois, les efforts de clarification doivent être poursuivis en vue de la mise en œuvre de la loi organique. À l'heure actuelle, la direction de la fonction publique admet qu'elle ne connaît pas les effectifs réels des agents employés par l'État. Il est à craindre que l'opacité ne diminue pas avec la mise en place de la loi organique.

M. François Delafosse, Président de la première Chambre, a rappelé qu'une recommandation avait été faite par la Cour des comptes pour que, lors du débat budgétaire, les établissements publics figurent non pas dans le vert budgétaire, comme c'est le cas actuellement, mais dans les documents soumis à l'approbation du Parlement.

M. François Logerot, Premier Président de la Cour des comptes, a souligné la difficulté de concilier la souplesse permise par la loi organique et la maîtrise de la masse salariale. Par exemple, si un gestionnaire embauche davantage de contractuels de catégorie A et moins de contractuels de catégorie C, tout en respectant le plafond d'emplois, comme cela sera possible avec la loi organique, le dynamisme des dépenses de personnel conduira, l'année suivante, à ce que la masse salariale soit insuffisante. Il faudrait mettre en place des mécanismes de contrôle des dépenses de personnel et préciser les marges de manœuvre dont disposeront les gestionnaires. S'agissant de la régulation budgétaire, rien n'interdit au Parlement de conditionner son autorisation et de fixer en plus de l'objectif du programme un second objectif, en cas de conjoncture défavorable. Ce mécanisme serait plus satisfaisant qu'une régulation « à l'aveugle ». Actuellement, aucun mécanisme de ce type n'est prévu. Depuis le vote de la loi organique, de nombreux colloques ont souligné l'importance de la souplesse de gestion et de la responsabilisation des gestionnaires. Or, les responsables d'administration centrale voient aujourd'hui

leurs crédits gelés souvent en début d'année, ce qui contraste avec la liberté de gestion prévue par la loi organique.

M. François Delafosse, Président de la première Chambre, a rappelé que le logiciel ACCOR devait permettre de présenter une comptabilité d'exercice. Cependant reste en suspens la question de savoir si cette présentation sera possible en 2007. De même, on ne sait pas quel logiciel va remplacer ACCOR 2. Les programmes ACCOR 1 et ACCOR 1 bis doivent permettre des gains de productivité. Ceux-ci ont été constatés, notamment au ministère des Finances. Cependant, il n'est pas possible, pour l'instant, de savoir si ces gains se traduisent par des baisses d'effectifs. Il serait souhaitable que les documents budgétaires contiennent des informations sur les effectifs employés par l'État et par les établissements publics.

M. Jean-Raphaël Alventosa, Conseiller maître, a fait remarquer l'insuffisance de l'information sur la question, essentielle, du niveau des emplois publics notamment dans les établissements publics. Les bases de départ étant mal connues, comment appréhender les évolutions ? C'est un problème essentiel pour l'application de la LOLF.

M. Michel Bouvard a jugé nécessaire que les questionnaires budgétaires contiennent des questions précises sur le nombre d'emplois dans les établissements publics et leur évolution.

* *
*

Jeudi 24 juin 2004

Examen, en application de l'article 88, des amendements au projet de loi pour le soutien à la consommation et à l'investissement

Le compte rendu de cette réunion sera publié ultérieurement

Informations relatives à la commission

Dans sa séance du mardi 22 juin 2004, la commission a nommé :

– *M. Gilles Carrez*, rapporteur sur le projet de loi pour le soutien à la consommation et à l'investissement (n° 1676)

– *M. François Liberti*, rapporteur spécial sur les crédits de la mer pour le projet de loi de finances pour 2005

**COMMISSION SPÉCIALE
CHARGÉE D'EXAMINER LE PROJET DE LOI
RELATIF À L'ASSURANCE MALADIE**

Mardi 22 juin 2004

Présidence de M. Yves Bur, président

La commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à l'assurance maladie a examiné, sur le rapport de **M. Jean-Michel Dubernard**, le projet de loi relatif à l'assurance maladie – n° 1675.

Le président Yves Bur a souligné l'importance d'un texte qui fera date. Il en va de la sauvegarde de l'assurance maladie qui se situe au cœur de la solidarité nationale. Les parlementaires ont une lourde responsabilité dans ce débat car chacun a à cœur de sauver le système, de le pérenniser et de permettre à tous d'y accéder. S'il existe des divergences entre les points de vue des parlementaires, le sujet mérite un vrai débat sur le fond et des échanges d'arguments.

La commission est saisie de 1 353 amendements, dont 1 000 émanant du groupe communiste sous forme de deux séries d'amendements identiques présentées l'une par Mme Jacqueline Fraysse et l'autre par M. Maxime Gremetz. Afin de réduire le tirage des amendements, et en accord avec le groupe communiste, seul un exemplaire des amendements communistes figure dans la liasse distribuée : ceux au nom de Mme Jacqueline Fraysse pour le titre I^{er} du projet et ceux au nom de M. Maxime Gremetz pour les titres II et III. Cependant, les deux auteurs pourront bien sûr s'exprimer sur tous leurs amendements.

Enfin, le président Yves Bur a souhaité que le débat se concentre sur l'examen des amendements au fond.

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur, a confirmé qu'il s'agit bien de sauver l'assurance maladie. L'attachement à son caractère solidaire issu de la vision commune du général de Gaulle et de Pierre Laroque et au lien social qu'elle représente est unanime ; de fait, la responsabilité du Parlement est lourde. Elle ne part pas de rien. Des travaux importants ont été menés ces deux dernières années, notamment dans le cadre du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie et de la mission d'information de l'Assemblée nationale

relative à la problématique de l'assurance maladie créée à l'initiative de son président. Le Haut conseil a dressé un constat unanime sur la situation financière de la branche, le risque qu'elle représente pour le pays et son caractère insoutenable au regard des critères de convergence et de nos engagements européens.

Plus important encore, le système de santé est en crise et connaît une baisse de sa qualité. L'accès est de moins en moins égal à des soins d'une qualité de plus en plus inégale. Par ailleurs, les professions de santé connaissent un profond malaise et les usagers perdent confiance dans le système. On a là autant de symptômes d'une crise profonde.

La mission d'information a estimé qu'à cette crise profonde doit répondre un plan d'ensemble, structurant, visant non seulement à prendre les mesures financières nécessaires mais aussi à promouvoir la qualité des soins, à changer les comportements et à réformer le pilotage de l'assurance maladie, avec comme souci constant la préservation du caractère solidaire du système.

Le présent texte reprend ces objectifs. On a parfois entendu dire qu'il épargnerait les professionnels de santé. C'est faux ! Il concerne tous les acteurs : usagers, professionnels, caisses, médecine de ville, hôpital, sans omettre les parlementaires. Il s'articule autour de quatre axes : l'augmentation de la qualité des soins, la responsabilité du patient, une organisation rénovée et simplifiée et un financement à la hauteur des besoins.

En ce qui concerne d'abord l'augmentation de la qualité des soins, l'effort doit porter en priorité sur la coordination. Il s'agit de répondre ainsi au constat du cloisonnement de l'offre de soins. A ce titre, le dossier médical personnel devrait être généralisé en 2007 mais une première version sera bientôt disponible par le truchement de la carte Vitale, étape vers un dossier plus abouti. Ce dossier évitera des gaspillages et améliorera la prise en charge des patients dans le respect des libertés publiques ; une réflexion se poursuit sur la possible consultation par le médecin des éléments du protocole de soins des patients en affection de longue durée (ALD) par la carte Vitale. Sa confidentialité devra être assurée, par exemple par un système de double carte. Dès l'âge de seize ans, le patient devra désigner un médecin traitant ; cela contribuera à revaloriser le métier de généraliste. Il convient d'encourager la formation de réseaux, de filières et de rompre l'isolement des professionnels de santé, notamment en milieu rural. Les professionnels de santé sont concernés par de multiples dispositions : la relance de l'évaluation des pratiques professionnelles, le développement des bonnes pratiques par la voie contractuelle ; le respect des référentiels de soins élaborés par la Haute autorité de santé, la conclusion d'une charte de bonne pratique des visiteurs médicaux et enfin la mise en place d'un dispositif conventionnel d'aide à l'installation des médecins libéraux. Leurs obligations sont renforcées.

Le deuxième fil directeur du texte est la responsabilité du patient. Plusieurs mesures visent à promouvoir un juste recours aux soins par le biais d'un dispositif souple et gradué de sanctions financières applicables aux professionnels, aux établissements de santé et aux assurés. Il est important de rappeler l'acceptation par les syndicats de médecins de sanctions individuelles. Par ailleurs, un contrôle plus efficace du recours aux indemnités journalières sera institué. La responsabilisation du patient est médicalisée, ce qui se traduit par :

- la majoration de la participation en cas de consultation directe d'un spécialiste sans passage par le médecin traitant ;

- la possibilité pour le médecin d'augmenter son tarif en cas de consultation directe. Le principe de la liberté de choix du médecin est préservé. La convention devra préciser un certain nombre de points particulièrement complexes qui ne peuvent être traités par la loi ;

- la majoration de la participation de l'assuré s'il refuse au professionnel de santé l'accès au dossier médical personnel ;

- l'encadrement renforcé de la prise en charge des malades atteints d'une affection de longue durée.

Il ne s'agit pas de mesures coercitives : tout est fait pour soigner mieux en dépensant moins.

Au niveau central, la rénovation de l'organisation du système de santé – troisième axe majeur du projet – passe d'abord par la création d'une Haute autorité de santé qui renforcera la qualité de l'évaluation de l'utilité médicale de l'ensemble des actes et des prestations. Elle servira également à l'information des assurés et des professionnels de santé en matière de bon usage des soins. Un amendement précisera qu'elle remet un rapport annuel d'activité au Parlement. Elle s'appuiera dans l'exercice de ses missions sur l'Institut national des données de santé. Un deuxième élément de réforme passe par l'association de l'assurance maladie au pilotage du système de santé par le biais du comité du médicament et du comité de l'hospitalisation. A cette fin est créée une union nationale des caisses d'assurance maladie qui renforcera la coordination entre les régimes de base – tout en confiant une place prépondérante à la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) – et sera notamment chargée de la politique conventionnelle. Il est par ailleurs procédé à une réforme profonde de la CNAM reposant sur une séparation nette entre le conseil chargé de définir la politique de la caisse et le directeur général chargé de la gestion. Les partenaires sociaux, prépondérants dans le conseil, joueront un rôle majeur dans l'élaboration de la politique d'assurance maladie. Le paritarisme sera ainsi conforté. Le directeur général, doté de larges pouvoirs en matière de gestion, disposera d'une véritable autorité sur le réseau. En outre, le

cadre conventionnel est rénové afin de responsabiliser davantage les acteurs. Un droit d'opposition majoritaire est aménagé et le ministre voit sa marge de manœuvre réduite s'agissant de sa capacité à ne pas approuver une convention.

Au niveau local, les articles 36 et 37 du projet prévoient de renforcer les missions des unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) et de les coordonner avec les agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Des liens étroits avec la conférence régionale de santé seront établis. Peut-on aller plus loin en mettant en place une structure unique regroupant soins et santé publique du type agence régionale de santé ? Une analyse objective de la situation des ARH, de la confusion entre caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) et URCAM, du fonctionnement des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS), donne à penser que la création immédiate des agences régionales de santé (ARS) créerait plus de problème qu'elle n'en résoudrait. Afin de rationaliser l'échelon local, unanimement reconnu comme le plus pertinent pour la maîtrise médicalisée, un amendement créera une « mission régionale de santé » exerçant les missions conjointes des ARH et des URCAM. Cette mission traitera notamment de la répartition territoriale des professionnels libéraux, de la permanence des soins et de la coordination entre la ville et l'hôpital.

Dernier volet du projet, un financement à la hauteur des besoins est mis en œuvre. Si ce projet de loi n'est pas un simple plan de redressement des comptes il est cependant nécessaire d'adopter des mesures financières. Il est impossible d'ignorer l'accumulation et la dégradation constante des déficits. Ces mesures financières s'articuleront autour de quatre axes :

- des économies liées à une dépense de soins plus efficiente résultant de la maîtrise médicalisée, des économies sur les produits de santé et celles réalisables à l'hôpital ;

- des économies résultant d'un meilleur contrôle et d'une gestion plus efficace, par exemple des indemnités journalières, renforçant les recours contre les tiers et la lutte contre le travail illégal, et permettant des économies sur les frais financiers par la reprise de dette par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) ;

- la participation de l'utilisateur sera renforcée, dans le cadre d'une solidarité maintenue, par le forfait d'un euro prévu pour toutes les consultations et actes de soins réalisés par un médecin ainsi que par le forfait hospitalier ;

- la charge des recettes supplémentaires, d'un niveau raisonnable, sera partagée entre les entreprises (contributions pharmaceutiques et contribution sociale de solidarité des sociétés), l'État (par le transfert des droits du tabac) et les Français (modification de l'assiette et des taux de contribution

sociale généralisée – CSG –). Au total, ces mesures permettront un rééquilibrage des comptes à hauteur de 15 milliards d'euros en 2007.

En conclusion, le rapporteur a souligné que le projet, sans doute perfectible, sert l'amélioration de la qualité, rééquilibre la gestion du système et lui conserve sa dimension solidaire.

Un débat a suivi l'exposé du rapporteur.

M. Jean-Marie Le Guen s'est déclaré prêt à amender le texte. Le rendre acceptable semble difficile : le projet est en effet injuste, insuffisant et dangereux.

Il est d'abord injuste. Le 1^{er} janvier 2005, l'augmentation de la CSG va frapper salariés et retraités alors que les revenus du capital comme les entreprises seront épargnés. La dette sociale est reportée sans limite sur les générations futures pour un montant de 35 milliards d'euros. La reprise de dette sera insuffisante : à l'horizon 2007, le déficit sera bien supérieur à 13 milliards d'euros. La mesure est irresponsable et traduit un comportement de fuite.

Le projet est insuffisant. Il ne permet même pas, au prix des sacrifices évoqués, de franchir un cap difficile. Exempt de réformes de structures, il ne permet pas un départ sur de nouvelles bases. Rien n'est prévu concernant l'offre de soins, la médecine de ville, la coordination entre la ville et l'hôpital et enfin l'industrie du médicament.

Il aurait été souhaitable de ne pas se limiter à l'assurance maladie et de prendre en compte le système de santé dans son ensemble. On aurait pu, ainsi, agir sur les comportements et les rendre vertueux. Or les mesures de maîtrise médicalisée sont toutes tournées contre le patient. On ne touche pas à l'offre de soins.

Le texte est enfin dangereux. L'un de ses dangers majeurs consiste dans le changement d'approche de la problématique de l'assurance maladie, approche qui faisait l'objet d'un consensus depuis vingt ans. Cette rupture risque de conduire à un décrochage entre les dépenses d'assurance maladie et les dépenses de santé.

M. Claude Evin a souligné que le gouvernement dispose d'une véritable opportunité de préparer une vraie réforme de notre système de santé. Or le projet présenté ne règle même pas le problème de financement de l'assurance maladie. Ce point est reconnu par tous les économistes de la santé, quelle que soit leur sensibilité politique, ce qui est véritablement inquiétant. En réalité, le gouvernement ne s'est jamais engagé dans ce qui aurait été une véritable réforme, c'est-à-dire une réorganisation de l'offre de soins. Il s'est engagé dans une impasse en se contentant d'une démarche d'acheteur de soins, en posant le problème en termes de prix et de tarifs, sans s'interroger sur

l'organisation du système. Il faut cependant reconnaître que les partenaires sociaux se sont fourvoyés de la même façon. Les résultats sont prévisibles. C'est d'abord une offre de soin inadéquate, notamment sur le plan géographique, porteuse de difficultés d'accès aux soins. C'est aussi la disparition de toute politique de soutien à la recherche et au médicament.

Le projet de loi n'apporte aucune démarche nouvelle et ne propose aucune évolution du système susceptible d'instaurer une relation plus proche entre la ville et l'hôpital. Il se limite à un patchwork de mesures qui auraient très bien pu figurer dans un projet de loi de financement de la sécurité sociale ou un texte portant diverses dispositions d'ordre social. Le rapporteur lui-même a reconnu que le texte aurait pu aller plus loin dans le décloisonnement du système de santé. C'est bien faire l'aveu des insuffisances du projet, qui n'apporte aucune réponse valable à la seule question qui vaille : qui pilote le système ? Si le projet de loi ne permet pas une redéfinition de la répartition des responsabilités entre l'État et les caisses, il ne pourra pas être présenté comme une grande réforme du système de santé, ni même du financement de l'assurance maladie.

M. Maxime Gremetz a tout d'abord rappelé le contexte dans lequel le gouvernement présente son projet de réforme. Le déficit de l'assurance maladie s'élève à 12,9 milliards d'euros pour 2004 après des années d'équilibre ; le déficit général est de 14 milliards d'euros – avec, pour la première fois depuis plusieurs années, une situation déficitaire pour toutes les branches – et le déficit cumulé d'environ 49 milliards d'euros. Ce dernier devrait atteindre 66 milliards d'euros d'ici quinze ans. Les dépenses d'assurance maladie ont augmenté cette année de 6,6 %, soit un milliard d'euros de plus que l'objectif prévu. L'assurance maladie rembourse les trois quarts de ces dépenses, 12,3 % sont remboursées par les régimes complémentaires et 11 % restent à la charge des ménages. Les postes les plus dépensiers sont le remboursement des soins en établissements (52 % des dépenses de l'assurance maladie) et celui des médicaments (14,4 milliards d'euros). En 2003, les arrêts maladie ont représenté 5,4 milliards d'euros, soit 5,6 % des dépenses de l'assurance maladie. Face à toutes ces dépenses, quelles sont les sources de financement ? Le régime d'assurance maladie est financé à 89 % par les cotisations patronales et la CSG, à hauteur de 110,3 milliards d'euros. Plus précisément, 58,1 milliards d'euros proviennent des cotisations sociales, 33,5 milliards d'euros de la CSG, 4,2 milliards d'euros de la CSG sur les produits du patrimoine et des placements et 2,2 milliards d'euros de l'impôt (taxes alcools et tabacs principalement).

La question qui se pose aujourd'hui est de savoir comment préserver le système de sécurité sociale mis en place en 1946, sur un projet élaboré par le Conseil national de la résistance, par le général de Gaulle et le

ministre communiste Ambroise Croizat. Pour le dire autrement, doit-on se rendre à la fatalité d'une privatisation de la sécurité sociale ? Le Parlement devra prendre le temps nécessaire au débat car il s'agit d'une question lourde. Le groupe communiste a de nombreuses propositions de modernisation à présenter et s'il n'est pas nécessaire d'alourdir outre mesure les débats en commission, la séance publique devra lui permettre de les exprimer.

A l'instar de ce qui avait été fait pour la réforme des retraites, le gouvernement a créé un Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie chargé d'établir un diagnostic – comme le Conseil d'orientation des retraites (COR) pour les retraites – de la situation de l'assurance maladie. Il a abouti à un diagnostic partagé. A sa suite, le président de l'Assemblée nationale, M. Jean-Louis Debré, a constitué une mission d'information sur la problématique de l'assurance maladie qui a fait de très nombreuses auditions et produit un bon rapport porteur d'un constat lucide. Il a en conséquence placé la barre très haut pour la réforme. Le projet de gouvernement est très en retrait par rapport à ces états des lieux et n'apporte aucune réponse aux besoins nouveaux nés de l'allongement de la durée de la vie, de l'apparition de nouvelles maladies ou des avancées de la recherche. Toutefois, il pose les jalons d'une nouvelle organisation de la gouvernance de l'assurance maladie qu'il est intéressant d'analyser.

Deux orientations majeures sont affichées pour la réforme : atteindre l'équilibre financier par la responsabilisation des acteurs (assurés, professionnels, pouvoirs publics) et ne réaliser ni privatisation ni étatisation – mais on sait maintenant qu'il faut se méfier du « ni-ni ».

Les objectifs d'équilibre et de responsabilisation ont comme dénominateur commun la réalisation de 15 milliards d'euros d'économies, soit 10 milliards d'euros au titre de la réorganisation de l'offre de soins dite responsabilisation et 5 milliards d'euros au titre de recettes nouvelles. Ces nouvelles recettes se composent du taux du forfait d'un euro par acte et consultation (400 millions d'euros), de la hausse de 6,2 à 6,6 % de la CSG des retraités (560 millions d'euros), de l'extension de l'assiette de la CSG des salariés (un milliard d'euros), de la hausse de la CSG de 0,7 point sur les revenus du patrimoine et sur les revenus de placement (630 millions d'euros), de la hausse de la CSG sur les produits des jeux (100 millions d'euros), du relèvement de 0,3 point de la C3S (700 millions d'euros) et du transfert de recettes fiscales (un milliard d'euros), soit un total de 4,39 milliards d'euros. Quant aux économies sur l'offre de soins, elles concernent la maîtrise médicalisée (pour 3,5 milliards d'euros), le contrôle des arrêts de travail (800 millions d'euros), la politique du médicament (2 milliards d'euros), l'augmentation de la taxe sur les dépenses de publicité des laboratoires

pharmaceutiques (1,5 milliard d'euros) et le prolongement de la CADES (1 milliard d'euros), pour un total de 8,8 milliards d'euros.

Concernant le principe « ni privatisation, ni étatisation », le projet de loi met en fait en place un nouveau schéma de gouvernance de la sécurité sociale. Il prévoit la création d'une Haute autorité de santé ayant plusieurs missions comme la vérification du service médical rendu (SMR), la réflexion sur les niveaux de remboursement et le périmètre de prise en charge par l'assurance maladie, avec un regard particulier sur les ALD, l'élaboration des référentiels de bon usage de soins ou de bonne pratique et l'information des professionnels comme du grand public. La Haute autorité devrait être dirigée par un collège composé de douze membres pour un mandat de six ans renouvelable une fois. C'est l'une des grandes nouveautés dans le système. On veut faire passer la Haute autorité de santé pour une autorité morale au-dessus de tous soupçons et désintéressée dans la gestion mais les nominations ne sont pas sans incidences de ce point de vue, pas plus que les décisions qui seront prises en matière de service médical rendu (SMR), de panier remboursable, de taux de remboursement. Jusqu'à aujourd'hui, ces missions étaient remplies par différentes institutions qui ne sont pas compromises dans le déficit de l'assurance maladie. Le texte prévoit également la création d'une union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) réunissant la CNAMTS, la CANAM et la MSA, qui participera à la réflexion sur les mêmes sujets que la Haute autorité de santé. Elle devrait suivre les avis rendus par cette dernière. Les orientations seront communiquées aux trois caisses en vue de leur application jusqu'au niveau local. Il est également créé une union nationale des organismes de protection sociale complémentaire qui émettra des avis sur les orientations de l'UNCAM, et donc sur le périmètre de soins et les niveaux de prise en charge.

Enfin, le projet prévoit un changement de fonctionnement à la CNAM puisque le conseil d'administration est relégué au second plan au profit d'un nouveau conseil composé en nombre égal – sans plus de précisions – de représentants des salariés et des employeurs ainsi que de représentants de la mutualité et des autres acteurs de l'assurance maladie. Cela concerne-t-il les assurances, les usagers, les personnalités qualifiées ? Il y a fort à parier qu'il y aura un peu de tout. Ce conseil sera dirigé par un « super directeur », nommé par le ministre, doté d'une capacité de décision et d'organisation dans de nombreux domaines. C'est bien là que l'on peut parler d'étatisation. En d'autres termes, le conseil bavardera, donnera des orientations et le directeur agira et décidera. Les salariés ne seront plus aux commandes. Le texte ne prévoit effectivement ni privatisation immédiate ni étatisation complète. Cependant les pierres sont posées une à une vers la privatisation et, dans le même temps, vers une forme d'étatisation. La nouvelle organisation fait officiellement entrer les assurances complémentaires dans le circuit de gestion.

Elles seront présentes dans le conseil de la CNAM et participeront à la définition du périmètre de l'assurance maladie. Le Président de la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA) s'est d'ailleurs publiquement félicité du projet qui ouvre le champ de la santé aux assureurs, ce que s'est empressé de démentir – mais un peu tard –, le ministre Xavier Bertrand ! Aujourd'hui, le périmètre d'intervention des caisses complémentaires est encore limité mais il est déjà plus important qu'hier. Demain, les vagues de déremboursement vont encore accroître le rôle des complémentaires santé.

Le dispositif de crédit d'impôt prévu pour aider ceux qui ne pourraient augmenter leur budget d'assurance complémentaire santé confirme bien la logique d'étatisation et de privatisation. La mesure est cependant porteuse d'inégalités car tout le monde ne paye pas l'impôt. De plus, on évoque un montant d'environ 150 euros par an alors qu'aujourd'hui, une couverture moyenne par une assurance complémentaire coûte entre 50 et 100 euros par mois. Enfin, si le gouvernement a la volonté de favoriser l'accès aux complémentaires, c'est bien le signe que les complémentaires vont prendre plus d'importance dans le remboursement et donc par conséquent que le champ du remboursement par l'assurance maladie va se réduire ! Pour les autres, il restera la couverture maladie universelle (CMU).

L'État devient maître des nominations au sein de la CNAMTS. En effet, le « super directeur » est nommé par le ministre et le mode de désignation des membres du conseil (représentants des salariés, des employeurs, des mutuelles, assurances...) n'est pas précisé. Une chose est sûre : ils ne seront pas élus.

En conclusion, la réforme peut se résumer en deux points : des mesures éculées et la préparation d'un avenir plus régressif encore pour l'après 2007. On ne peut que constater un profond décalage entre ce qu'il conviendrait de faire et ce qui est fait. Les mesures proposées ne répondent pas à l'ampleur des problèmes posés tout en préparant le terrain pour qu'une prochaine réforme puisse aboutir à la privatisation, encore impossible aujourd'hui.

Les propositions du groupe communiste sont bien connues. De nombreux amendements seront déposés pour les reprendre et améliorer le texte : 1 000 amendements ont été déposés en commission et 10 000 seront présentés en séance car le débat, qui existe actuellement dans tout le pays, tant sur le financement que la gouvernance de la sécurité sociale, doit trouver un écho à l'Assemblée nationale.

M. Jean-Luc Prél a souligné le caractère nécessaire et urgent d'une réforme attendue par tous. La discussion des articles et amendements sera l'occasion de préciser l'ensemble des questions abordées par le projet. D'ores et déjà, il convient néanmoins de replacer ce texte dans le contexte de la

discussion de nombreux autres : le projet de loi relatif à la politique de santé publique, le projet concernant les territoires ruraux, celui portant sur la décentralisation ou encore l'élaboration des ordonnances relatives, notamment, à la question de l'hôpital.

Il existe un accord de principe sur le fait d'accorder à tous un accès à des soins de qualité. Encore est-il nécessaire de parvenir à l'élaboration de propositions consensuelles acceptables par tous, ce qui est moins évident. De nombreux rapports, parmi lesquels celui du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, ont dressé le constat d'une crise de l'ensemble des secteurs médicaux, pour de nombreuses raisons : absence d'un pilote clairement identifié pour la gouvernance ; problème de la mise en œuvre du paritarisme ; séparation entre médecine de ville et hôpital ; développement insuffisant de la prévention ; mise en cause de la qualité de l'évaluation et de l'efficacité des soins ; problèmes dans la coordination des soins ; questions de démographie médicale, pour ne citer que les principaux d'entre eux. Le déficit cumulé de l'assurance maladie – 32 milliards d'euros – représente, à lui seul, un défi majeur. Compte tenu de ce déficit, la proposition d'un transfert de ces sommes à la CADES paraît logique. Est moins logique, en revanche, le prolongement de la durée de vie de celle-ci.

Une fois que les compteurs seront « remis à zéro », il restera le problème de la gouvernance, qui recoupe la question du développement d'une maîtrise médicalisée des dépenses de santé. De ce point de vue, la création d'une caisse autonome pour la couverture du risque accidents du travail et maladies professionnelles, de même que l'instauration à la CNAM d'un directeur général doté de pouvoirs importants, est une bonne chose. Il convient de rendre les acteurs du système de santé responsables, tant en amont, au plan de la décision, qu'en aval, au plan de la gestion. La régionalisation va dans ce sens, avec l'établissement d'un interlocuteur unique pour toutes les questions, qu'elles touchent l'hôpital, le secteur ambulatoire, ou encore la formation. À cet égard, la position du ministre de la santé et de la protection sociale peut sembler trop timorée. Pourquoi en effet parler d'une deuxième étape pour l'avenir, sans procéder dès aujourd'hui à une véritable régionalisation, par la création des agences régionales de santé ?

Un certain nombre de points mentionnés par le projet sont toutefois très positifs. Il en va ainsi des mesures concernant les médecins traitants, même s'il conviendra de régler les questions en suspens relatives à l'accès au spécialiste, au remboursement ou encore à la liberté des honoraires. De même, le dossier médical personnel est une bonne chose mais il faudra veiller à ce que des économies effectives puissent être réalisées par ce biais. La création d'une Haute autorité de santé est souhaitable, mais elle devra revêtir un caractère réellement scientifique : la procédure de nomination telle qu'elle

est prévue aujourd'hui, très officielle, doit encore être revue. Enfin, la création d'un Institut des données de santé doit être saluée – une proposition de loi du groupe UDF avait d'ailleurs été déposée avec ce même objectif – même si, là encore, des questions restent en suspens, relatives par exemple au codage des actes.

M. Jean-Luc Prél a indiqué que les commissaires du groupe UDF avaient déposé environ soixante-dix amendements. Il serait bienvenu que la commission puisse en accepter au moins quelques-uns.

Mme Martine Billard a souligné combien le projet présenté est décevant. Il s'agit bien d'un « énième replâtrage ». Il est dommage que cette réforme sans souffle soit de ce fait probablement condamnée à devoir être recommencée. Pourtant, des propositions ont été avancées par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, ainsi que la mission d'information relative à la problématique de l'assurance maladie, mais celles-ci ne sont qu'insuffisamment reprises par le projet de loi.

La réflexion est morcelée entre le plan « Hôpital 2007 », le projet relatif à la politique de santé publique, le plan « santé-environnement » annoncé récemment par le ministre de la santé et de la protection sociale et enfin la présente réforme. En réalité, aucune réponse n'est apportée à la nécessité, pourtant mise en évidence, d'une réforme globale du système de santé. Ce n'est pas un processus d'éducation en matière de santé qui est mis en œuvre, mais une tentative de culpabilisation, ainsi que l'a illustré la polémique relative au nombre de fraudes liées à l'utilisation des cartes Vitale, alors que les conclusions du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales étaient beaucoup plus nuancées.

Sans cohérence, la réforme se présente comme unijambiste. On peut certes présenter l'augmentation des dépenses de médecine de ville comme liées au nomadisme médical et proposer comme solution la mise en place du système de médecin traitant ou du dossier médical personnel. Mais ces solutions sont trop rapides et devront être revues. Par exemple, qu'en sera-t-il de la contribution forfaitaire prévue pour les actes médicaux en matière d'ALD ? De manière générale, les efforts portent sur les assurés, mais non sur le corps médical, ce qui est révélateur d'un manque de courage. L'enjeu de la réforme ne doit pourtant pas être la diminution de la prise en charge des dépenses d'assurance maladie en accroissant le montant des assurances complémentaires souscrites par les malades.

Enfin, le projet ne donne pas l'impression de ressembler à une construction achevée : c'est en particulier le cas de la Haute autorité de santé, dont l'articulation avec les institutions existantes mérite d'être davantage précisée, au besoin par décret, à défaut de quoi des difficultés de

fonctionnement se feront jour. Au-delà, la notion de gouvernance pourrait n'être qu'un écran de fumée, destiné à permettre à des représentants de l'État de prendre les décisions de déremboursement qui, hier, incombaient directement au gouvernement.

Mme Paulette Guinchard-Kunstler a insisté sur l'insuffisante prise en considération du secteur médico-social et en particulier de la situation des personnes âgées et des handicapés. Dans ce projet comme dans beaucoup d'autres, le silence se fait sur cette question. C'est pourquoi il est important que les amendements qui seront présentés permettent d'aborder ces thèmes, dans la mesure où les dépenses sanitaires concernant les personnes âgées et les personnes handicapées doivent en effet rester dans le champ de l'assurance maladie.

M. Jacques Domergue a tout d'abord salué le maintien, voire la sanctuarisation du système d'assurance maladie « à la française », auquel tiennent beaucoup nos concitoyens ainsi qu'en témoignent de nombreuses enquêtes d'opinion. Les travaux du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie ont permis de proposer des pistes de réforme, s'agissant notamment de la responsabilisation des acteurs ou la réorganisation des soins. De ce point de vue, les utilisateurs comme les producteurs de soins savent qu'il reste beaucoup à faire pour rationaliser – et non pas rationner – les dépenses : autrement dit, faire mieux au même prix ou à moindre prix, ce qui permettra, entre autres, de financer l'innovation. Il est également nécessaire de promouvoir le décloisonnement de la médecine de ville et de l'hôpital afin de permettre une meilleure optimisation des moyens et de renforcer les liens entre l'assurance maladie et les organismes d'assurance complémentaire.

Ces réformes nécessitent la mise en œuvre de contraintes nouvelles pour les professionnels, par l'établissement de référentiels au service de l'évaluation, donc de la qualité des soins. Les patients devront aussi participer à la maîtrise des dépenses de soins, car chacun sait que si la santé n'a pas de prix, elle a un coût. L'assurance maladie n'est ni étatisée, ni privatisée, mais dotée à la fois d'une composante libérale et d'une composante étatique, dans le cadre d'un paritarisme rénové. Un tel système devra disposer d'un pilote : celui qui sera désigné comme tel aura la charge de mener à bien cette réforme. Enfin, il faut souligner que le report de la dette sur les générations futures intervient à un moment de relance de la croissance et alors que le pouvoir d'achat des ménages et la compétitivité des entreprises doivent être préservés.

En réponse aux intervenants, **le rapporteur** a formulé les observations suivantes :

– Il est dommage de constater que chacun campe sur ses positions, alors même que des pistes pour un accord sont apparues. En Allemagne, par exemple, un certain consensus a pu voir le jour sur des questions voisines, mais il est vrai qu'il s'agit aussi d'une autre culture de gouvernement.

– Dire que la réforme est injuste, inefficace et dangereuse appelle la réponse exactement inverse selon laquelle la réforme est juste, efficace et bénéfique. S'agissant par exemple du transfert de la dette sur les générations futures, la dette de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) ne s'éteindrait qu'en 2024, en l'absence de tout changement : il est donc important d'anticiper ce moment.

– Les réformes structurelles sont certes nombreuses, mais il est important de les prendre toutes en compte, car elles vont toutes dans le sens d'une amélioration de la qualité des soins et de la prévention. Ce projet de loi apporte en quelque sorte la touche finale à ce dispositif.

– Il est en revanche excessif d'affirmer qu'avec ce projet on passerait de la maîtrise des dépenses de santé à celles de l'assurance maladie. Précisément, le projet propose une réforme de l'organisation du système de soins qui aura également des conséquences indirectes sur l'assurance maladie.

– La question du cloisonnement est importante mais le projet y apporte des réponses, en particulier par le renforcement du rôle du médecin traitant ou la mise en œuvre du dossier médical personnel, qui s'inscrit dans la continuité du carnet de santé prévu par l'ordonnance de 1996 et sur lequel s'était sans doute déjà engagée une réflexion alors que M. Claude Evin était ministre de la santé. Il s'agit bien là d'éléments permettant une coordination plus importante des soins.

– Concernant le renforcement des liens entre les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), cet objectif transcende tous les clivages, en apportant une plus grande cohérence à l'organisation régionale du système de soins. Pour autant, la tâche n'est pas aisée. Les ARH sont dans une logique de moyens exorbitante du droit commun du fait de leur lien avec la puissance publique. Quant aux URCAM, elles se trouvent davantage dans une démarche de partenariat. En outre, ces deux entités – de tailles au demeurant relativement réduites – doivent prendre en compte les moyens humains des caisses régionales d'assurance maladie ou encore des directions départementales ou régionales des affaires sanitaires et sociales, soit des moyens étatiques. Or aujourd'hui sans les moyens de l'État, les ARH n'existeraient pas. Avant une réunion effective de ces deux structures, au sein par exemple d'une mission

régionale de santé, on peut également envisager d'engager des expérimentations, par exemple en Alsace. Car à vouloir aller trop vite, on court le risque de marginaliser la fonction de santé publique.

– L'amélioration de la coordination des soins, qui est au cœur du projet de loi, passe également par le renforcement des réseaux ou encore les protocoles de soins.

– Concernant l'intervention de M. Maxime Gremetz, il faut lui donner acte de ce qu'Ambroise Croizat a bien été ministre en charge des questions sociales en 1945. Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie peut effectivement, à certains égards, s'apparenter au Conseil d'orientation des retraites. Il est important de prendre en considération les progrès de la médecine et l'accroissement de la durée de vie, ou encore de la réalité des chiffres énoncés qui, du reste, figurent dans le projet. En revanche, l'analyse relative à la privatisation du système est plus que contestable car les mutuelles ont en réalité précédé l'assurance maladie et il n'est pas justifié de leur attribuer un but exclusivement lucratif. Le présent texte n'opère en rien une privatisation ou une étatisation de l'assurance maladie : si l'hospitalisation est en partie une affaire d'État, l'assurance maladie relève d'abord de la compétence des partenaires sociaux.

– S'agissant du manque de cohérence que pourrait impliquer la multiplication des textes en discussion, il convient de garder présent à l'esprit qu'ils correspondent tous à un problème bien déterminé, constituant les différents morceaux d'un même puzzle. Par exemple, les conférences de santé, figurant dans le texte relatif à la politique de santé publique, intéressent de très près l'ensemble des personnels de santé. En même temps, il est essentiel de distinguer les différentes questions : la santé publique n'est pas l'assurance maladie et les opérations de dépistage ou de prévention ne peuvent être associées à celles dont le but est curatif.

– Quant au médecin traitant, dont les modalités de mise en œuvre sont précisées par décret, il faut souligner l'importance de l'implication des professionnels de santé dans la réforme : sans eux, cette réforme n'a ni sens, ni avenir. Ils en sont conscients. En tout état de cause, on peut justement évoquer la notion de modernisation, car la réforme porte sur un système ancien, qui s'est amélioré par couches successives, au fil des années, mais qu'il importe aujourd'hui de réviser, comme on procéderait à la révision des cales ou du moteur d'un paquebot.

– Il faut rendre hommage à la détermination de M. Jean-Luc Prével qui a proposé à de nombreuses reprises la création d'un « INSEE de la santé », qui diffère cependant de l'Institut des données de santé prévu par le projet de loi.

– S’agissant de la prolongation de la durée de vie de la CADES, à laquelle les partenaires sociaux sont très opposés tout en ne proposant guère d’alternatives, il serait envisageable de limiter cette prolongation à 2020, ce qui correspondra au moment où le fonds de réserve pour les retraites devrait atteindre son point le plus élevé en matière de charges de financement.

– Le dossier médical personnel présente de nombreux avantages en termes de qualité accrue des soins. L’ampleur de ces avantages devrait excéder le volume des gains attendus en termes d’économies réalisées, même s’il y aura sans doute quelques « bonnes surprises » en la matière.

– Mme Paulette Guinchard-Kunstler a raison de souligner l’importance de la prise en compte du secteur médico-social, mais il faut également se rappeler que des projets de loi récents concernant l’autonomie et le handicap ont permis d’aborder ces questions.

– Enfin, la coordination entre la ville et l’hôpital doit en effet être renforcée et il s’agit là de l’un des objectifs essentiels poursuivis par ce texte.

M. Alain Vidalies a pris acte des propos du rapporteur. En effet, dans sa présentation de l’impact financier de la réforme, le ministre de la santé insiste sur les économies que permettra le dossier médical partagé, qu’il a d’abord chiffrées à 7 milliards d’euros, puis à 3,8 milliards. Or, le rapporteur vient de souligner ce qu’apportera le dossier médical partagé en matière de coordination et de qualité des soins mais a exprimé des doutes sur les économies qu’il entraînerait à court terme. Dans ces conditions, on voit bien que l’équilibre financier présenté comprend une impasse de 3,8 milliards d’euros et on peut dès lors se demander si le débat doit être poursuivi sur une réforme dont le financement est à ce point incertain.

Le rapporteur a considéré qu’il s’agit là d’une prise de position politique. Il convient de distinguer les effets de la réforme à court, à moyen et à long termes. A cet effet, à moyen et à long termes, la coordination des soins et la mise en œuvre du plan Hôpital 2007 conduiront tout à la fois à des économies financières et à une amélioration de la qualité du système de santé. Il faut toutefois émettre une réserve sur les possibilités d’économies à long terme, en prenant en compte l’effet de l’allongement de la durée de la vie et le coût des progrès médicaux. Certains progrès techniques induisent pourtant une réduction des dépenses au bénéfice du patient, par exemple le dispositif qui permet de casser les calculs rénaux sans intervention chirurgicale.

M. Jean-Marie Le Guen a souligné que le plan Hôpital 2007 entraîne en fait des dépenses supplémentaires. Par ailleurs, cette réponse du rapporteur ne contredit pas les propos de M. Alain Vidalies : si tout le monde convient que la mise en place du dossier médical partagé conduira à plus

d'efficience à moyen terme, il reste tout à fait injustifié d'en attendre 3,8 milliards d'euros d'économies à court terme.

La commission est ensuite passée à l'examen des articles du projet de loi.

Avant l'article 1^{er}

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Marie Le Guen instituant un crédit d'impôt au titre de l'aide à la mutualisation au profit des personnes non couvertes par un régime complémentaire d'employeur (dont les cotisations sont déductibles de l'impôt) et dont les ressources sont comprises entre le plafond de ressources pour le bénéficiaire de la CMU et 1,4 fois le montant du SMIC.

M. Gérard Bapt a espéré que cet amendement recueillerait un large consensus. En effet, si la mise en place de la CMU a ouvert aux personnes les plus modestes un droit simple et concret à la couverture maladie, le dispositif souffre cependant d'un effet de seuil qui a déjà conduit le gouvernement précédent à mettre en place un système de lissage pour les personnes se trouvant moins de 10 % au-dessus du plafond de ressources. L'amendement vise à compléter ce système pour l'ensemble de ceux dont les revenus sont modestes et qui ne sont pas couverts par un contrat d'entreprise ; l'aide serait dégressive pour s'annuler pour un revenu de 1,4 fois le SMIC. Il semble qu'à la demande de la Fédération nationale de la mutualité française, le gouvernement, après avoir indiqué dans un premier temps qu'il était ouvert aussi bien à un système de crédit d'impôt qu'à un système d'aide directe, se soit rallié à la première option. Cet amendement devrait donc être adopté.

Le rapporteur s'est déclaré favorable à l'esprit de l'amendement, convenant qu'il est parfaitement injuste que 1,5 million de Français ne puissent accéder à une assurance complémentaire faute de moyens. Toutefois, il faut songer à l'état des finances publiques ; le coût de cette mesure n'a pas été chiffré par ses auteurs. En partant des estimations du rapport de M. Pierre Chadelat, lequel évaluait à 1,8 milliard d'euros le coût d'une mesure comparable si l'on fixait le plafond de ressources pour en bénéficier à 1 000 euros et à 2,4 milliards pour un plafond fixé à 1 200 euros, on peut estimer que le coût fiscal de l'amendement atteindrait 3,5 milliards d'euros. L'incidence d'une telle mesure fiscale sur le budget de l'Etat ne peut pas être négligée. En conséquence, la commission est invitée à rejeter cet amendement, sachant qu'un autre amendement de même implication mais plus précis sera soumis à son examen dans la suite du texte.

M. Richard Mallié a approuvé le principe d'une aide à l'accès à l'assurance complémentaire, mais regretté les contradictions du dispositif

proposé, lequel renvoie aux lois de financement de la sécurité sociale la fixation des modalités du crédit d'impôt.

M. Jean-Marie Le Guen a souligné que le groupe socialiste fait là une proposition constructive qui répond aux projets du ministre ; un amendement ne doit pas être rejeté simplement parce qu'il est proposé par l'opposition. Par ailleurs, le comportement du gouvernement n'est pas correct : compte tenu des moyens dont il dispose, il est scandaleux que ce dernier ne dépose pas ses amendements en temps et en heure pour que la commission puisse en prendre connaissance avant le début de l'examen des articles.

M. Maxime Gremetz s'est prononcé contre l'amendement. La réforme de la sécurité sociale doit être une réforme progressiste et non régressive, c'est-à-dire qu'elle doit permettre pour tous la couverture des nouveaux risques en fonction des besoins. Ce n'est pas dans cet esprit qu'a été conçue la CMU, qui est un pis-aller, la sécurité sociale des pauvres, et dont, en plus, 2 millions de personnes ont été écartées du fait de la fixation du plafond de ressources juste en dessous des montants de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et du minimum vieillesse. Bien au contraire, l'objectif est de faire bénéficier tout le monde du même régime de protection maladie et de mettre fin à la diminution constante de la part des dépenses de maladie qui sont prises en charge par la sécurité sociale. La France est un pays riche qui a les moyens de faire un véritable choix pour la santé, surtout si l'on considère le niveau des profits ; cela est d'autant plus vrai que la France n'est pas le pays qui dépense le plus pour la santé, comme l'établissent des statistiques d'Eurostat et contrairement aux affirmations répétées de certains.

Relevant que la CMU entraîne des effets de seuil et des paniers de soins différents pour la personne sans CMU et la personne soumise au droit commun, **M. Jean-Luc Prétel** a rappelé la solution qu'il avait défendue lors de la mise en place de ce dispositif : l'idée d'une aide personnalisée à la santé, inversement proportionnelle aux revenus, à l'aide de laquelle chacun pourrait financer une complémentaire de son choix. Ce serait un meilleur système qu'un crédit d'impôt, qui entraînera des effets d'aubaine.

Sur ce point, **M. Gérard Bapt** a répondu que le crédit d'impôt qu'il envisage devra s'accompagner de négociations avec les mutuelles et les assurances complémentaires, afin d'éviter les effets d'aubaine à leur profit. Par ailleurs, le présent amendement doit être relié à un autre que défend également le groupe socialiste et qui vise à porter le plafond de ressources de la CMU au niveau de l'AAH.

Après avoir convenu qu'il s'agit d'une question très importante, **le rapporteur** a rappelé qu'il prépare à cet égard un amendement qui sera placé après l'article 32 ou en fin de texte ; il est en effet curieux d'inscrire une telle

mesure avant l'article 1^{er} du projet de loi. Le texte qui sera finalement adopté devra proposer une réponse à l'injustice due à l'effet de seuil de la CMU. Cette question ne peut être renvoyée à la future loi de financement de la sécurité sociale, même si le coût de la mesure implique un examen attentif.

Par ailleurs, l'hostilité exprimée par M. Maxime Gremetz à l'égard des mutuelles, dont l'existence a précédé celle de la sécurité sociale, est surprenante. Il ne s'agit pas d'aller vers un système à deux vitesses, mais il est incontestable que la CMU a représenté un progrès. Au demeurant, elle avait été anticipée, sous une forme légèrement différente, dans un projet de loi préparé par M. Xavier Emmanuelli et dont les élections de 1997 ont empêché l'examen.

M. Jean-Marie Le Guen a relevé que c'est le Président de la République qui, en dissolvant l'Assemblée nationale, a empêché l'examen de ce texte.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Marie Le Guen précisant que la santé est une priorité nationale et que le droit à la santé est garanti à chacun, **M. Jean-Marie Le Guen** ayant souligné que la réforme doit envisager l'ensemble du système de santé et pas seulement l'assurance maladie.

Le rapporteur ayant estimé cet amendement satisfait par le texte, la commission l'a *rejeté*.

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz affirmant que la Nation assure à chacun les conditions nécessaires à son développement et garantit à tous la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs, ainsi que des moyens convenables d'existence à ceux qui sont dans l'incapacité de travailler.

Le rapporteur n'ayant pas jugé opportun d'insérer dans le projet de loi des dispositions du préambule de la Constitution de 1946, la commission a *rejeté* l'amendement.

Sur l'avis défavorable **du rapporteur**, la commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Marie Le Guen précisant que le système de santé en France contribue à la réalisation du droit fondamental à la protection de la santé au niveau européen et international.

Article 1^{er} (article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale) : *Principes fondateurs de l'assurance maladie*

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz précisant que la Nation fait le

choix social et politique d'assurer à la population le plus haut niveau de santé et de s'en donner les moyens financiers.

M. Maxime Gremetz a fait observer que si le principe de la solidarité nationale en matière d'accès aux soins est bien garanti par la Constitution, il n'en va pas de même des moyens financiers assurant la mise en œuvre de ce principe.

Suivant l'avis défavorable **du rapporteur**, la commission a *rejeté* les amendements.

Elle a *rejeté* pour la même raison deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz précisant que la Nation assure à tous les citoyens, au moyen de la sécurité sociale, des moyens d'existence dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail.

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz précisant que l'assurance maladie concourt à la réalisation des objectifs de santé publique et à la réduction des inégalités, notamment par la promotion de la santé et par le développement du libre et égal accès aux soins et au diagnostic sur l'ensemble du territoire.

M. Maxime Gremetz a souligné qu'il s'agit d'affirmer l'attachement à la préservation du système de sécurité sociale universel, solidaire et égalitaire.

Le rapporteur s'étant déclaré défavorable, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz garantissant un haut niveau de santé de la population et une sécurité sociale indépendante des situations d'âge, de santé et de ressources.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz précisant qu'une protection de haut niveau doit être garantie en matière de santé.

Elle a *rejeté* un amendement de Mme Martine Billard précisant que la Nation garantit une protection de la santé indépendante des situations de revenus, **le rapporteur** ayant observé que le premier alinéa de l'article prévoit que les assurés sociaux contribuent au financement de l'assurance maladie selon leurs ressources et que ce financement est solidaire.

La commission a *rejeté* deux amendements, l'un de Mme Martine Billard précisant que l'assurance maladie garantit une protection indépendante

des situations d'âge, de santé mais aussi de nationalité, l'autre de Mme Claude Greff précisant que la couverture maladie est indépendante des ressources des personnes.

M. Maxime Gremetz a indiqué que la précision concernant la nationalité est devenue nécessaire en raison de la décision honteuse du gouvernement de remettre en cause l'aide médicale de l'Etat (AME) pour les étrangers en situation irrégulière.

Le rapporteur s'étant déclaré défavorable à l'amendement de Mme Martine Billard au motif que la protection de la santé n'est pas liée à la nationalité de la personne, la commission a *rejeté* le premier amendement.

Madame Claude Greff a *retiré* son amendement.

La commission a ensuite examiné neuf amendements ayant pour objet de déterminer quelle autorité garantit l'accès aux soins :

– deux de MM. Claude Evin et Jean-Luc Prél confiant cette mission à l'État ;

– deux de Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz prévoyant que l'assurance maladie garantit un libre et égal accès aux soins, quel que soit leur lieu de résidence ;

– deux de Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz prévoyant que l'assurance maladie garantit un égal accès effectif aux soins, sans discrimination ;

– deux de Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz garantissant un accès effectif aux soins de tous les assurés sociaux, par une prise en charge à 100 % ;

– un de M. Philippe Vitel confiant la mission de garantie d'accès aux soins à l'État.

M. Claude Evin a estimé que ces amendements posent un problème de fond qui est celui de la responsabilité respective de l'État et de l'assurance maladie. En introduisant la responsabilité de l'assurance maladie, le projet de loi consacre une démission de l'État face à ses pouvoirs régaliens. La sécurité sociale doit concourir à la bonne répartition de l'offre de soins et à l'égalité des droits à la santé mais il ne relève pas de sa responsabilité de la garantir.

M. Jean-Luc Prél a ajouté que l'égal accès à la santé doit relever de la responsabilité de l'État qui garantit cet accès aux soins en y associant tous les acteurs concernés, y compris les collectivités territoriales.

M. Maxime Gremetz a approuvé les propos tenus par MM. Evin et Prétel, estimant que ces amendements relèvent du même esprit que ceux qu'il a défendus précédemment.

M. François Guillaume s'est déclaré opposé à cette argumentation car les régimes d'assurance maladie exercent la responsabilité déléguée d'une politique arrêtée par l'État. Pour cette raison, le texte du projet de loi est préférable.

M. Philippe Vitel a fait observer que le rapporteur évoque dans son rapport des « outils entre les mains de l'État » pour garantir l'égal accès aux soins : c'est donc bien que cette responsabilité ne relève pas de l'assurance maladie. Il faut dissocier ce qui relève de l'accès aux soins, garanti par l'État, des mesures incitatives en matière de répartition de l'offre de soins, du ressort de l'assurance maladie.

M. Pierre-Louis Fagniez a également considéré que la garantie et l'organisation de l'offre de soins ne peuvent pas relever de l'assurance maladie.

Le rapporteur a fait observer que la rédaction du projet de loi selon laquelle les régimes d'assurance maladie favorisent un accès effectif de tous les assurés sociaux aux soins ne mérite pas ces critiques et n'exclut pas la responsabilité première de l'État.

La commission a *adopté* l'amendement de M. Claude Evin. En conséquence, les huit autres amendements sont *devenus sans objet*, ainsi que les quatorze amendements suivants, soit six amendements de Mme Jacqueline Fraysse, six amendements de M. Maxime Gremetz, un amendement de M. Jean-Luc Prétel et un amendement rédactionnel du rapporteur.

La commission a *adopté* l'article 1^{er} ainsi modifié.

Après l'article 1^{er}

La commission a *rejeté* neuf amendements de M. Jean-Marie Le Guen :

- le premier créant une Agence nationale de la santé au travail ;
- le deuxième instituant un Observatoire de la iatrogénie et des infections nosocomiales ;
- le troisième prévoyant la mise en place de conférences nationales sur la politique de gestion des risques liés à des pathologies lourdes ;
- le quatrième prévoyant la mise en place d'une négociation sur les conditions d'application de la tarification à l'activité de l'hôpital ;
- le cinquième prévoyant la mise en place d'États généraux de la lutte contre l'alcoolisme ;

– le sixième imposant au gouvernement de transmettre au Parlement un rapport sur les conditions de création de services de promotion de la santé ;

– le septième demandant au gouvernement de transmettre au Parlement un rapport sur les conditions de création d'un Institut national de recherche sur le vieillissement ;

– le huitième modifiant les conditions d'application de la tarification à l'activité pour l'hôpital ;

– le neuvième introduisant dans le projet de loi des dispositions relatives à la médecine scolaire.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Martine Billard insérant un titre consacré à la politique de prévention des risques sanitaires.

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz précisant que la sécurité sociale garantit à tous les travailleurs et à tous les inactifs la prise en charge intégrale des charges de maladie.

Après que **M. Maxime Gremetz** a indiqué qu'il s'agit de revenir à l'esprit des propositions du Conseil national de la résistance, la commission a *rejeté* les amendements sur l'avis défavorable du **rapporteur**.

Elle a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz prévoyant la création d'une commission chargée d'analyser les causes de la sous-déclaration des accidents du travail.

M. Maxime Gremetz a précisé qu'il faut mettre un terme aux tricheries massives existant en matière de non déclaration d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Le rapporteur s'est déclaré défavorable aux amendements au motif que le dispositif de reversement forfaitaire existant permet d'éviter les abus.

La commission a *rejeté* les amendements.

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz précisant que toute personne doit pouvoir bénéficier d'une visite médicale annuelle gratuite.

Le président Yves Bur ayant fait valoir que cet amendement aggravant les charges publiques sera inévitablement déclaré irrecevable conformément à l'article 40 de la Constitution, **M. Maxime Gremetz** a

protesté au motif que l'amendement conduit à aggraver les charges de l'assurance maladie et non celles de l'État.

La commission a *rejeté* les amendements.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz ouvrant le capital décès aux veuves de victimes de l'amiante ayant bénéficié de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA).

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz abrogeant les dispositions du code de la sécurité sociale limitant au tarif de responsabilité des caisses d'assurance maladie la prise en charge des prestations en nature suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant l'article L. 432-3 du code de la sécurité sociale relatif au dépassement de tarif pour la prise en charge des traitements liés à un accident du travail ou à une maladie professionnelle.

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz abrogeant l'article L. 432-5 du code de la sécurité sociale relatif au tarif de responsabilité pour la prise en charge de l'appareillage.

M. Maxime Gremetz a fait remarquer qu'on ne pouvait opposer à cet amendement l'irrecevabilité financière de l'article 40 car cet amendement traite des dépenses de l'assurance maladie qui sont financées par des cotisations et non par des impôts.

M. Alain Vidalies est intervenu pour souligner que ces amendements posent le problème de la sous-déclaration des accidents du travail qu'a dénoncé en son temps le rapport de M. Masse. La réparation intégrale des accidents du travail est loin d'être assurée, de nombreux frais restant à la charge des accidentés. Le traitement sévère des amendements relatifs aux accidents du travail et aux maladies professionnelles découle certainement du mode de financement spécifique à cette branche.

M. Jean-Marie Le Guen a jugé paradoxal que le projet de loi se focalise sur les fraudes aux indemnités journalières alors que les masses financières en jeu sont trois fois moins importantes que celles représentées par la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.

La commission a *rejeté* les deux amendements.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz prévoyant que la rente versée suite à un accident du travail est égale à 70 % du salaire annuel de la personne accidentée.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant la référence à un seuil de gravité pour permettre la reconnaissance d'une pathologie d'origine professionnelle.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz simplifiant la mise en œuvre des plans régionaux de santé publique afin de permettre un décloisonnement des décisions entre financeurs et gestionnaires.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz rendant obligatoire une visite médicale annuelle jusqu'à la fin de la scolarité obligatoire.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz créant un dispositif permettant d'évaluer le degré d'exposition aux risques que comporte chaque poste de travail.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz accordant le bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité pour les travailleurs de l'amiante, lié à l'inscription de l'entreprise sur une liste, aux salariés des entreprises sous-traitantes et aux intérimaires de cette entreprise ayant été exposés au risque d'amiante.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz étendant le bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante aux salariés travaillant dans des établissements jusque-là exclus de ce dispositif en raison des délais de mise à jour de cette liste, en donnant à celle-ci un caractère indicatif.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz transposant le régime de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante aux agents de la fonction publique nationale, territoriale et hospitalière.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse garantissant que le montant de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est au moins égal à 85 % du salaire de référence.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz imposant aux fabricants de produits alimentaires d'indiquer, par étiquetage, la composition en graisses saturées et en sodium des marchandises vendues, **le rapporteur** ayant fait observer que ces dispositions étaient discutées dans le cadre du projet de loi relatif à la politique de santé publique.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz créant une prestation de perte d'autonomie relevant de l'assurance maladie.

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz donnant aux conseils d'administration des hôpitaux un véritable pouvoir décisionnaire. Après que **le rapporteur** a rappelé l'intérêt des ARH, **M. Maxime Gremetz** a estimé que le problème était que les agences régionales de l'hospitalisation ne rendent compte à personne.

La commission a *rejeté* les amendements.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz accordant des pouvoirs accrus au conseil d'administration des hôpitaux.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz prévoyant une modification du régime de tutelle sur les délibérations des conseils d'administration des hôpitaux afin de réduire le pouvoir des directeurs des ARH.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz prévoyant la transmission par le gouvernement au Parlement d'un rapport sur l'opportunité de créer, à l'échelon national, un service public de maintien à domicile des personnes âgées.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz créant une commission de suivi et de vigilance des risques industriels au plan local réunissant des élus locaux, des salariés, des représentants des entreprises et des administrations chargées du contrôle des installations classées, **le rapporteur** ayant rappelé qu'il existe déjà une réglementation en la matière et des services chargés de la faire respecter.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz instituant un plan pluriannuel de soutien à la recherche en matière de santé et de prévention.

M. Jean-Marie Le Guen a présenté un amendement relatif à la coordination des soins, instituant des réseaux de santé permettant un accès à des soins de qualité et précisant que les réseaux de santé font l'objet de dispositions spécifiques dans l'accord-cadre interprofessionnel.

Le rapporteur a invité M. Le Guen à retirer son amendement afin qu'il précise sa rédaction. Il est nécessaire de rationaliser l'organisation du système de santé grâce aux réseaux et aux filières.

M. Jean-Marie Le Guen a *retiré* son amendement pour en présenter une nouvelle version lors de la réunion de la commission tenue en application de l'article 88.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Marie Le Guen prévoyant la réunion d'une conférence nationale sur la profession médicale chargée de mettre en place un plan global de formation et de revalorisation des emplois, **le rapporteur** ayant observé que les sujets évoqués par l'amendement sont déjà traités dans différents projets de loi.

* *
*

Mardi 22 juin 2004

Présidence de M. Yves Bur, président

La commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à l'assurance maladie a poursuivi, sur le rapport de **M. Jean-Michel Dubernard**, l'examen du projet de loi (n° 1675).

Article 2 (articles L. 161-31, L. 161-45 à L. 161-47, L. 162-1-1 à L. 162-1-6 du code de la sécurité sociale) : *Dossier médical personnel*

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz de suppression de l'article 2.

Article L. 161-45 du code de la sécurité sociale

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz de suppression du paragraphe I de l'article 2, relatif à la création du dossier médical personnel.

La commission a examiné deux amendements de M. Philippe Vitel et de M. Jean-Luc Prél précisant la nature de l'obligation d'indépendance des hébergeurs du dossier médical personnel. **M. Philippe Vitel** a souligné qu'il importe notamment de prévoir la responsabilité pénale des hébergeurs et des opérateurs en cas de rupture de confidentialité de manière à assurer à la fois la sécurisation et, partant, la crédibilité du système.

Le rapporteur a précisé que l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, introduit par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, prévoit d'ores et déjà une telle obligation. Par ailleurs, un amendement à venir en discussion établit la compétence du Conseil national de l'ordre des médecins pour donner un avis sur les questions d'ordre déontologique qui pourraient se poser. Enfin, la disposition prévue par l'amendement de M. Philippe Vitel tendant à prévoir l'application de l'article L. 161-46 du code de la sécurité sociale à certains professionnels relève plutôt du pouvoir réglementaire.

MM. Philippe Vitel et Jean-Luc Prél ont chacun *retiré* leur amendement, accédant à la suggestion du rapporteur de cosigner son amendement à venir sur cette question.

La commission a ensuite examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz de suppression du premier alinéa de l'article L. 161-45 du code de la sécurité sociale.

M. Maxime Gremetz a souligné que l'amendement prévoit – comme les deux premiers amendements précédemment défendus à l'article 2 – la suppression du dispositif de création du dossier médical personnel. La coordination des soins est nécessaire ainsi que leur qualité comme leur continuité. Une meilleure circulation de l'information est sans doute par ailleurs requise. Mais la question des délais de mise en œuvre de ce dispositif est encore en suspens, ainsi que celle de son coût. De plus, il est à craindre que la création du dossier médical personnel ne conduise à un contrôle des soins plutôt qu'à une rationalisation du système. Les assureurs privés ou employeurs pourraient enfin convaincre les patients de leur ouvrir ces dossiers.

Le rapporteur a rappelé que la philosophie du dossier médical personnel correspond à une logique de coordination et d'amélioration de la qualité des soins. Ce dossier permettra, très concrètement, d'éviter par exemple certaines associations médicamenteuses très nocives et même mortelles pour 8 000 personnes par an en France. L'institution de ces dossiers n'est pas un outil de maîtrise des dépenses d'assurance maladie. Quant aux inquiétudes – légitimes – relatives à l'utilisation du dossier lors d'entretiens d'embauche ou par des compagnies d'assurance, des amendements à venir en discussion permettront de les apaiser.

Sur ce dernier point, **M. Richard Mallié** a estimé que, de toute façon, il ne s'agit là que d'un effet pervers d'un système principalement dédié aux questions de santé.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a également *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz faisant de la prise en charge par l'assurance maladie des bénéficiaires du dossier médical personnel l'un des objectifs de celui-ci, après que le rapporteur a précisé que le dossier médical personnel correspond avant tout à un service médical rendu au patient.

La commission a ensuite examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz faisant du niveau de santé des bénéficiaires du dossier médical personnel l'un des objectifs de la mise en œuvre de celui-ci.

Après que **M. Maxime Gremetz** a rectifié les deux amendements suivant la proposition du rapporteur, pour prévoir l'objectif d'un « *gage d'un bon niveau de santé* », la commission les a *adoptés* à l'unanimité.

La commission a *rejeté* quatre séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz liant à l'objectif de continuité des soins attribué au dossier médical personnel respectivement les objectifs de garantie d'un droit à la santé, d'un accès effectif

aux soins, d'un accès aux soins indépendant du lieu de résidence et d'une bonne répartition territoriale de l'offre de soins, après que le rapporteur a émis un avis défavorable en s'interrogeant, notamment, sur le rapport de certains de ces objectifs avec la continuité des soins.

La commission a *adopté* un amendement de précision rédactionnelle du rapporteur.

Puis la commission a examiné un amendement de Mme Martine Billard précisant que le dossier médical personnel a pour objectif de s'intégrer dans une logique de mise en réseau des outils de santé publique.

Le rapporteur a objecté qu'il ne convient pas de placer les données personnelles de santé, remontant parfois loin dans l'histoire du patient, dans un réseau dédié à la santé publique, tout en rappelant qu'il en va naturellement différemment des données d'information générale à vocation statistique. **Mme Martine Billard** a souligné qu'il s'agit de prévoir un objectif et une logique, sans donner accès à l'ensemble des informations du dossier.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le dernier alinéa de l'article L. 161-45 du code de la sécurité sociale relatif à l'hébergeur du dossier médical personnel.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel précisant que l'Institut des données de santé, tel que défini à l'article 35 du projet, assurera notamment la maîtrise d'ouvrage et la sécurisation des données du dossier médical personnel. **M. Jean-Luc Préel** a précisé qu'un tel système a l'avantage d'être commun à tous les acteurs, qui se retrouvent d'une certaine manière égaux face à l'Institut. Ainsi serait évité tout risque d'appropriation des données par l'un des acteurs.

Le rapporteur a considéré que le rôle de l'Institut des données de santé est de recueillir des données générales et complètes, à caractère statistique, non de gérer des données médicales personnelles. Par définition, les données dont aura à connaître l'Institut seront anonymes.

En réponse à **M. Gérard Bapt** qui s'est inquiété de la sécurisation de l'hébergement du dossier médical personnel, à la suite de l'appel d'offre lancé au niveau gouvernemental, **le rapporteur** a précisé que l'Institut, par exemple, transmettra de manière parfaitement anonyme des informations aux mutuelles demandeuses d'informations générales et de données statistiques de santé afin de les aider dans la définition de leur politique de prévoyance.

Mme Martine Billard s'est toutefois interrogée sur l'accès des sociétés d'assurance privées aux données contenues dans le dossier médical personnel, sociétés qui par ailleurs seront parties prenantes de l'Institut des données de santé.

M. Claude Evin a rappelé la nécessité de la protection des données à caractère personnel par un organisme suffisamment indépendant, en se référant aux garanties offertes par l'article L. 1111-8 du code de la santé publique.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a ensuite *adopté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz apportant une précision rédactionnelle.

La commission a examiné un amendement de M. Gérard Dubrac prévoyant que le dossier médical appartient au patient et qu'il est dépersonnalisé au décès de celui-ci.

Le rapporteur a émis un avis défavorable en précisant que le code de la santé publique permet aux héritiers d'accéder au dossier médical du défunt afin qu'ils puissent faire valoir leurs droits.

M. Claude Evin a lui aussi souligné l'importance de la conservation de données personnelles qui peuvent s'avérer utiles plusieurs années après le décès d'un patient.

La commission a *rejeté* cet amendement.

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz tendant à sécuriser l'accès au dossier médical personnel et interdisant son accès aux mutuelles et compagnies d'assurance.

Le rapporteur a invité les auteurs de ces amendements à les retirer pour cosigner son amendement qui a un objectif comparable.

Après leur refus, la commission a *rejeté* l'amendement.

Article L. 161-46 du code de la sécurité sociale

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant cet article relatif aux modalités de fonctionnement du dossier médical personnel.

La commission a ensuite *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Préel prévoyant que, pour raison légitime, le patient peut ne pas donner au professionnel de santé l'autorisation d'accéder à son dossier médical personnel (DMP) et de le compléter à chaque consultation ou hospitalisation.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le premier alinéa de l'article L. 161-46 du code de la sécurité sociale relatif aux modalités d'alimentation du dossier médical personnel.

La commission a examiné un amendement de M. Claude Evin prévoyant que l'inscription d'informations relatives à la santé d'une personne sur son dossier médical personnel doit se faire en observant les règles relatives au respect de la vie privée et au secret des informations telles que les rappellent les articles L. 1110-4 et L. 1111-2 du code de la santé publique.

M. Claude Evin a expliqué qu'on ne peut pas contraindre un patient à faire figurer sur son dossier des informations qu'il souhaite garder secrètes, même si cette faculté laissée au patient risque de nuire à la qualité des soins qui lui seront apportés, faute de connaître l'intégralité de son passé médical.

M. Jean-Marie Le Guen a conforté la position de M. Claude Evin en soulignant qu'il s'agit là du respect d'une liberté publique qui a été consacrée dans la loi de mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Le rapporteur s'est dit favorable à cet amendement dont il conviendrait sans doute de perfectionner la rédaction lors de la réunion que la commission tiendra au titre de l'article 88.

Puis la commission a *adopté* cet amendement.

La commission a *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur précisant que les règles relatives au dossier médical personnel s'appliquent aussi aux médecins exerçant à titre libéral.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur substituant aux termes « éléments résumés », les mots « principaux éléments » afin d'éviter la confusion entre les éléments à porter sur le dossier médical personnel et les résumés de séjour établis par programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) hospitaliers.

M. Claude Evin a estimé qu'il conviendrait de préciser, lors de la réunion que la commission tiendra au titre de l'article 88, qui serait responsable, dans les établissements, de la mise à jour du dossier médical personnel.

Le rapporteur a confirmé l'existence d'une difficulté et proposé d'étudier la possibilité de rajouter l'expression « professionnels habilités » pour la mise à jour du dossier médical personnel.

La commission a ensuite examiné trois amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse, M. Maxime Gremetz et M. Claude Evin supprimant le dernier alinéa de cet article qui prévoit une modulation du remboursement si le patient refuse l'accès à son dossier médical personnel.

M. Claude Evin a en effet expliqué que l'exercice par le patient du droit au respect de la vie privée et à l'information concernant sa santé ne peut être sanctionné par une réduction du remboursement des soins de santé. La loi du 4 mars 2002 précitée a établi que la transmission de données personnelles entre professionnels de santé ne peut s'effectuer si la personne s'y oppose. Il n'est donc pas acceptable que la dérogation au secret médical devienne la règle avec une présentation du dossier médical rendue obligatoire sous peine de remboursement partiel des soins. Une telle mesure rompt le principe d'égalité d'accès aux soins car seuls les patients n'ayant pas de difficultés financières auront le choix de garder secrètes certaines informations médicales.

Le rapporteur a indiqué que les garanties prévues pour l'accès au dossier médical personnel lui paraissent suffisantes pour préserver la vie privée du patient. De plus, il ne sera pas dans l'intérêt du patient d'occulter certaines informations dont l'absence dans le dossier médical risque de compromettre un futur diagnostic.

M. Hervé Mariton a fait remarquer qu'on peut distinguer l'accès au dossier et sa mise à jour, le patient pouvant refuser l'inscription de certains éléments ou en demander la suppression mais ne pouvant s'opposer à la consultation du dossier par le médecin.

Mme Martine Billard a souligné que ce débat révèle une carence dans le projet de loi qui ne donne pas de définition assez précise du dossier médical. De plus, certains professionnels n'étant pas informatisés, l'échange d'informations ne sera pas possible. Il est indispensable de prévoir des accès différenciés à ce dossier, des clés informatiques devant permettre différents niveaux de confidentialité.

M. Jacques Domergue a souligné que les acteurs du système de soins doivent faire un choix soit en privilégiant le respect de la vie privée, soit en optant pour un outil performant pour le diagnostic médical. Il est indispensable que tous les médecins puissent avoir accès au dossier médical pour réaliser un diagnostic fiable.

Tout en reconnaissant que le dossier médical personnel est un outil médicalement nécessaire, **M. Jean-Marie Le Guen** a souhaité le respect de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades. Il a pris pour exemple le cas du médecin du travail qui ne devrait pas avoir accès au dossier médical pour éviter une sélection des salariés sur des critères médicaux. Il faudrait prévoir

différents niveaux d'accès informatiques à ce dossier mais il paraît difficile d'indiquer cette notion de codage dans le cadre du projet de loi.

Le président Yves Bur a alors considéré que pour la clarté des débats il serait préférable de laisser de côté le cas des médecins du travail qui ne possèdent pas de carte de professionnel de santé. Il s'agit là d'un problème délicat de conciliation de principes apparemment contradictoires.

M. Richard Mallié a insisté sur l'importance de la responsabilité des professionnels de santé qui devront porter un diagnostic à partir de données qui risquent d'être incomplètes.

M. Jean-Luc Prével a estimé qu'il faudrait préciser de nombreux points sur la gestion de ce dossier et notamment sur les modalités de sa mise à jour. Il convient de réfléchir pour trouver des solutions rendant compatibles les règles du dossier médical partagé et celles affirmées par la loi sur le droit des malades. Quelle pourra être la valeur du dossier médical s'il risque d'être incomplet ? Le patient doit être informé de ce que le médecin inscrit dans son dossier sans pouvoir s'opposer à la mise à jour de celui-ci.

M. Hervé Mariton a fait observer que, dans ce débat, la question de l'accès au DMP doit être distinguée de celle de son contenu. En effet, si le patient peut légitimement s'opposer à l'inscription de certaines informations sur son dossier ou en demander le retrait, cela ne signifie pas pour autant qu'il puisse interdire la consultation de son dossier par le médecin, ce qui serait en pratique difficile à mettre en œuvre.

M. Jean-Marie Le Guen a réfuté l'argument consistant à affirmer que l'on ne pourra pas soigner efficacement le patient si toutes les informations le concernant ne figurent pas dans le dossier. L'intégralité de la connaissance des informations médicales d'une personne est un mythe : il n'existe pas de transparence absolue du patient face au médecin. Il en résulte que le dossier sera nécessairement incomplet et que l'on ne peut pas imposer au patient d'en autoriser l'accès sous prétexte d'efficacité.

M. Claude Evin a tenu à rappeler que l'amendement présenté vise uniquement à supprimer la disposition modulant la prise en charge des soins selon que le patient a ou non donné son consentement à l'accès de son dossier au médecin.

Mme Martine Billard a exprimé le souhait que des profils différenciés d'accès soient prévus, les besoins d'informations n'étant pas les mêmes selon que le patient s'adresse, par exemple, à un dentiste ou à un médecin spécialiste.

M. Gérard Bapt, approuvé par le **président Yves Bur**, a jugé important que des précisions soient apportées par le gouvernement sur ces questions.

M. Jacques Domergue a estimé que l'objectif étant de disposer d'un maximum d'informations dans les dossiers, il convient de réfléchir aux moyens d'éviter que le dossier ne soit tronqué.

Le rapporteur s'est tout d'abord réjoui de ce que ce débat intéressant ait permis d'évoquer l'ensemble des problèmes liés à la mise en place du dossier médical personnel. En tout état de cause, le principe du secret médical ne sera pas mis en cause et il importe d'établir une distinction entre les conditions d'accès au DMP et le contenu de celui-ci, qui doit avoir une visée exclusivement médicale. Le projet de loi prévoit qu'un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, fixe les conditions d'accès aux « différentes catégories d'informations », ce qui permettra d'apporter des réponses à plusieurs des interrogations soulevées.

Il s'est par conséquent déclaré défavorable aux trois amendements.

La commission a ensuite *rejeté* les amendements.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission a également *rejeté* deux amendements identiques de M. Maxime Gremetz et de Mme Jacqueline Fraysse supprimant le dispositif relatif à la création du dossier médical personnel.

La commission a examiné un amendement de Mme Martine Billard instaurant des règles de gestion informatique des dossiers en fonction de leur usage.

Mme Martine Billard a précisé qu'il s'agit d'encadrer et de restreindre, au cas par cas, les conditions d'accès au dossier médical personnel.

Le rapporteur s'est déclaré défavorable à l'amendement au motif que l'évolution extrêmement rapide des technologies de l'informatique ne permet pas à la loi de prendre en compte toutes les situations. Ces précisions relèvent donc davantage du domaine réglementaire.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Martine Billard visant à interdire aux employeurs et aux entreprises d'assurance l'accès au dossier médical personnel.

Mme Martine Billard a précisé qu'il s'agit de garantir le secret médical et notamment de protéger les salariés contre l'exploitation de certaines

informations médicales. C'est pourquoi le médecin du travail ne doit pas avoir accès au dossier d'autant qu'il n'est pas prescripteur.

Le rapporteur a fait observer que son amendement suivant semble plus complet et pourrait être cosigné par Mme Martine Billard.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement du rapporteur, cosigné par MM. Philippe Vitel, Jean-Pierre Door et Richard Maillé, tendant à interdire l'accès au dossier médical dans le cadre de la conclusion d'un contrat d'assurance complémentaire santé et d'un examen d'embauche par le médecin du travail.

Le rapporteur a considéré que cet amendement répond aux inquiétudes qui ont été exprimées, en évitant que le dossier ne soit détourné de son objectif.

M. Pierre-Louis Fagniez s'est déclaré favorable à l'amendement, qu'il a également souhaité cosigner.

M. Jean-Pierre Door a contesté les critiques émises à l'encontre des médecins du travail, qui ne sont pas les subordonnés de l'employeur et qui détectent de nombreuses pathologies, en rappelant qu'au moment de l'examen du projet de loi relatif à la politique de santé publique de nombreuses voix se sont élevées pour en augmenter le nombre.

Mme Martine Billard a répondu que tel avait en effet été le cas, mais qu'il faut néanmoins veiller à ce que le médecin du travail soit réellement indépendant de l'employeur.

M. Hervé Mariton a regretté que l'amendement ne fasse pas référence à d'autres « médecines d'aptitude », telles que l'examen des conditions d'aptitude au permis de conduire.

M. Jean-Marie Le Guen a estimé que cet argument tend à confirmer le caractère médico-légal du DMP.

La commission a *adopté* l'amendement.

La commission a examiné deux amendements identiques de M. Jean-Luc Prével et du rapporteur associant le Conseil national de l'ordre des médecins à la mise en œuvre du DMP.

M. Jean-Luc Prével a précisé que l'ordre des médecins doit pouvoir être consulté sur toutes les décisions à venir.

Le président s'est interrogé sur les raisons pour lesquelles seule la consultation de cet ordre national était prévue.

La commission a *adopté* les deux amendements.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le dispositif relatif à la création du dossier médical personnel.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prél limitant l'application de cet article aux professionnels qui disposeront d'un équipement informatique approprié et auront reçu une formation adaptée.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant les dispositions prévues par le paragraphe III de cet article concernant la création du dossier médical personnel.

Sur la suggestion du rapporteur, **Mme Claude Greff** a *retiré* un amendement visant à optimiser les modes de délivrance de la carte Vitale.

La commission a *rejeté* trois séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz, supprimant le dispositif relatif à la création du dossier médical personnel.

La commission a examiné un amendement de M. Alain Vidalies créant un établissement public des données de santé ayant l'exclusivité de l'hébergement du dossier médical personnel.

M. Alain Vidalies a précisé que le dossier médical personnel informatisé mérite une protection sans faille, sans laquelle le risque est grand de voir des opérateurs privés s'installer à l'étranger privant ainsi les patients de toute protection notamment vis-à-vis des faillites et rendant inopérantes les sanctions pénales. Seul un statut public des hébergeurs peut apporter de réelles garanties.

Le rapporteur s'est déclaré défavorable considérant que l'exigence d'un agrément pour les opérateurs introduit par la loi du 6 mars 2002 relative aux droits des malades constitue une protection suffisante.

La commission a ensuite *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de **M. Jean-Luc Prél** prévoyant la mise en cause de la responsabilité pénale de l'hébergeur, de l'opérateur de télécommunication ou de l'organisme d'assurance qui diffusent les cartes d'assurance maladie en cas de rupture de confidentialité imputable à une insuffisance ou un défaut de santé du système.

Le rapporteur a indiqué qu'il est défavorable à cet amendement puisque des dispositions sont déjà prévues dans ce sens par le code de la santé publique.

M. Gérard Bapt s'est interrogé sur les conditions de mise en œuvre de ce dispositif dans le cas d'un hébergeur situé en Inde.

Après que **le rapporteur** a indiqué que, dans une telle hypothèse, l'hébergeur n'aura pas reçu d'agrément, la commission a rejeté l'amendement.

La commission a *adopté* l'article 2 ainsi modifié.

Après l'article 2

La commission a *rejeté* trois séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz visant à assurer la prise en charge intégrale des actes relevant respectivement de la médecine préventive, des vaccinations et des maladies chroniques, après que le rapporteur a donné un avis défavorable à leur adoption en raison de leur complexité et, dans le dernier cas, de son caractère redondant avec le dispositif actuel.

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz prévoyant le remboursement des substituts nicotiniques.

Le rapporteur s'est déclaré défavorable à ces amendements, dans la mesure où ils relèvent du champ de la loi de financement de la sécurité sociale.

Le président Yves Bur a fait état d'expérimentations en ce sens dans trois régions.

La commission a *rejeté* ces amendements.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz ayant pour objet de supprimer les dispositions, issues de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, limitant le périmètre des soins pris en charge à 100 % pour les personnes atteintes d'une affection de longue durée (ALD).

La commission a ensuite examiné un amendement de M. Jacques Domergue visant à responsabiliser les assurés sociaux en leur transmettant un relevé de l'intégralité de ses dépenses de santé.

Le rapporteur a souligné le risque d'effets pervers liés à l'adoption d'un tel dispositif et estimé que sa rédaction devrait en tout état de cause être modifiée afin de préciser qu'il s'agit des dépenses remboursées par l'assurance maladie.

Après en avoir contesté l'efficacité pour responsabiliser les usagers, **Mme Martine Billard** a souligné le coût d'une telle mesure.

M. Hervé Mariton s'est déclaré favorable à l'amendement et estimé que, contrairement à la théorie du « voile d'ignorance » de John Rawls, la solidarité ne se nourrit pas de l'ignorance. Le caractère pédagogique de cette mesure doit être souligné, même si elle risque en effet de représenter un coût significatif pour les finances publiques.

M. Jean-Pierre Door a rappelé que ce système existe d'ores et déjà en cas d'intervention chirurgicale et qu'il peut être opportun de le généraliser.

M. Daniel Garrigue s'est déclaré défavorable à l'amendement, en raison tant de son coût que du caractère culpabilisant qu'il revêt à l'égard des personnes suivant des traitements lourds.

M. Jean-Marie Rolland s'est également opposé à l'amendement, en faisant valoir son caractère contradictoire avec le principe de confidentialité du DPM ainsi que l'expérience peu concluante de communication des tableaux statistiques d'activité des praticiens (TASP).

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

Article 3 (articles L. 322-3 et L. 324-1 du code de la sécurité sociale) : *Prise en charge des patients atteints d'une pathologie chronique ou sévère*

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz de suppression de l'article.

M. Maxime Gremetz a rappelé que son amendement supprime l'article 3 qui limite une nouvelle fois le périmètre des affections de longue durée (ALD).

Le rapporteur s'est opposé à ces amendements, ainsi qu'aux six amendements suivants, en considérant qu'il est important de renforcer l'encadrement du protocole de soins des patients atteints d'ALD, comme le prévoit le projet de loi.

La commission a *rejeté* les deux amendements.

Elle a également *rejeté*, pour les mêmes motifs, six amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz, dont deux supprimant le paragraphe I de l'article, deux supprimant le paragraphe II et deux supprimant le paragraphe III.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Martine Billard qui supprime les dispositions introduites par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 limitant la prise en charge à 100 % pour les ALD, **le rapporteur** ayant donné un avis défavorable.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant les dispositions relatives à l'établissement des protocoles de soins en matière d'ALD, **le rapporteur** ayant donné un avis défavorable.

La commission a examiné un amendement du rapporteur précisant que le mécanisme de définition et de consultation du protocole s'applique aux médecins exerçant en ville ou en établissement de santé.

Le rapporteur a expliqué que son amendement a vocation à renforcer la nécessaire coordination des soins dans le cadre des ALD.

La commission a *adopté* l'amendement.

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le caractère périodique de la révision des protocoles.

M. Maxime Gremetz a indiqué que ces amendements apportent une précision rédactionnelle et souligné que l'encadrement du protocole, déjà utilisé dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, n'a jamais entraîné les effets comptables escomptés. L'article poursuit vainement cette logique d'économies de bout de chandelle. Les ALD sont bien précises et correspondent en général à des pathologies lourdes et longues. Venir durcir leur qualification revient à faire porter la responsabilité du déficit sur les usagers.

Le rapporteur s'est opposé à l'amendement en observant que la révision périodique des protocoles est logique dans le cas des ALD, caractérisées par l'évolution des pathologies.

La commission a *rejeté* les deux amendements.

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant la référence aux recommandations de la Haute autorité de santé pour la définition des actes et prestations faisant l'objet d'une prise en charge majorée ou intégrale.

Le rapporteur a donné un avis défavorable en soulignant que la Haute autorité est une instance scientifique, dont l'expertise serait utile pour l'élaboration des protocoles pour les ALD.

La commission a *rejeté* les deux amendements.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz, de précision rédactionnelle, **le rapporteur** ayant constaté leur inutilité.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Martine Billard relatif à la prise en charge en 100 % des patients reconnus en ALD.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant la disposition qui précise que la durée du protocole est fixée compte tenu des recommandations de la Haute autorité.

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz, de précision rédactionnelle.

Après que **le rapporteur** a fait part de sa préférence pour son propre amendement, de portée voisine mais ne comprenant pas la référence inutile au code de la sécurité sociale, la commission a *rejeté* les deux amendements.

Elle a ensuite *adopté* un amendement du rapporteur de précision rédactionnelle.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant l'alinéa prévoyant que, sauf cas d'urgence, le patient atteint d'une ALD doit communiquer son protocole au médecin consulté pour bénéficier de la prise en charge majorée ou à 100 %.

La commission a examiné un amendement de Mme Martine Billard conditionnant le bénéfice du remboursement à 100 % à l'acceptation par le patient de la consultation de son dossier médical personnel.

Mme Martine Billard s'est étonnée que le texte encourage l'informatisation des dossiers médicaux personnels tout en prévoyant leur coexistence avec des protocoles papiers. Il serait plus logique d'intégrer ces derniers au dossier médical.

Après que **le rapporteur** a considéré que cette précision est d'ordre réglementaire et souligné la nécessité de distinguer les dispositions relatives aux ALD et celles touchant à la participation majorée liée à l'usage du DMP, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz, de coordination avec les amendements supprimant le lien établi entre la communication du protocole et la prise en charge majorée ou intégrale.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant les dispositions renforçant les obligations des médecins en cas de protocole ALD.

La commission a *rejeté* deux amendements de Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz supprimant les dispositions redéfinissant les conditions de reconnaissance du statut d'ALD.

La commission a *rejeté* un amendement de cohérence de Mme Martine Billard.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le paragraphe IV de l'article dans le même esprit que les précédents.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le rôle de proposition accordé par le texte à l'UNCAM dans la définition des règles régissant les conditions d'attribution du statut d'ALD, **le rapporteur** ayant relevé que cette modification conduirait à une automaticité de la procédure.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz, de portée rédactionnelle, **le rapporteur** les ayant estimés superfétatoires.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant la disposition qui précise que le décret prévu au paragraphe IV de l'article est pris après avis de la Haute autorité de santé.

La commission a *rejeté* un amendement de cohérence de Mme Martine Billard.

La commission a *adopté* un amendement de M. Claude Evin étendant la suppression ou la limitation de la participation de l'assuré aux prestations exécutées dans le cadre d'un réseau de santé, **le rapporteur** ayant approuvé cet amendement qui encourage l'organisation de l'offre de soins en réseaux.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Martine Billard disposant que la limitation de la prise en charge majorée ou intégrale aux prestations exécutées dans le cadre d'un dispositif coordonné de soins n'est pas applicable en cas d'urgence.

La commission a examiné un amendement de Mme Martine Billard précisant que la limitation de la prise en charge majorée ou intégrale aux prestations exécutées dans le cadre d'un dispositif coordonné de soins n'est pas applicable en cas de déplacement éloigné du domicile ne permettant pas la consultation du médecin référant.

Mme Martine Billard a expliqué que, dans sa rédaction actuelle, l'article interdit aux personnes en ALD de partir en vacances ou en

déplacement professionnel si elles souhaitent pouvoir être remboursées dans les conditions habituelles des soins que leur état nécessite.

Le rapporteur ayant estimé que la précision est d'ordre réglementaire, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Martine Billard instituant un paiement forfaitaire, déterminé par voie conventionnelle, pour toutes les consultations de suivi d'un patient en ALD.

Mme Martine Billard a précisé que cet amendement s'appuie sur les préconisations du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie et de la mission d'information parlementaire.

M. Jean-Pierre Door a observé qu'une telle disposition relève des accords conventionnels entre les caisses et les professionnels de santé.

Le rapporteur a souligné que cet amendement supprime toute possibilité de paiement à l'acte en matière de suivi des ALD, ce qui est contradictoire avec le principe de l'exercice libéral de la médecine.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a ensuite *adopté* l'article 3 ainsi modifié.

* *
*

Mercredi 23 juin 2004

*Présidence de M. Yves Bur, président,
puis de M. Pierre Morange, vice-président*

La commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à l'assurance maladie a poursuivi, sur le rapport de **M. Jean-Michel Dubernard**, l'examen du texte (n° 1675).

Avant l'article 4

La commission a *rejeté*, suivant l'avis défavorable du rapporteur, deux amendements identiques de M. Maxime Gremetz et de Mme Jacqueline Fraysse supprimant le *numerus clausus* à l'entrée des études de médecine.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Marie Le Guen présenté par **M. Alain Claeys** prévoyant que la rémunération du médecin traitant comprend une part forfaitaire en complément du paiement à l'acte pour indemniser les actions de prévention et de santé publique réalisées par le médecin traitant.

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur, a estimé que cette question relevait plutôt de la convention médicale.

M. Jean Le Garrec a souligné l'importance de la question, jugeant que son principe doit par conséquent être posé dans la loi.

M. Simon Renucci a conforté la position de M. Jean Le Garrec en indiquant qu'il faut reconnaître le rôle du médecin traitant qui peut, par sa pratique, jouer un grand rôle dans la mise en œuvre d'une médecine économe mais efficace.

Mme Catherine Génisson a déclaré que la médecine de prévention permet de faire des économies dans la médecine curative et qu'il faut adopter des mesures concrètes car le paiement à l'acte n'est pas adapté pour indemniser les démarches de prévention.

M. Jean-Pierre Door a rappelé que la mission d'information sur la problématique de l'assurance maladie a étudié cette question en concluant qu'il serait souhaitable de laisser les partenaires sociaux et la CNAM résoudre ce problème.

Répondant à une remarque du **rapporteur** sur les rôles respectifs de la loi et de la convention, **M. Alain Claeys** a précisé qu'il s'agit de poser le principe d'une rémunération complémentaire dans la loi, les partenaires sociaux étant libres d'en déterminer les modalités.

M. Claude Evin a rappelé que le 13° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale prévoit déjà que la convention médicale puisse définir des modes de rémunération différents du paiement à l'acte. Les négociations conventionnelles n'ayant jamais concrétisé cette possibilité, il revient donc à la loi d'en affirmer le principe.

M. Marc Bernier a fait remarquer que la convention des chirurgiens-dentistes a évolué dans ce sens pour prévoir une cotation des actes de prévention bucco-dentaire, d'autres professions pouvant suivre cette voie.

M. Xavier de Roux s'est dit opposé à ce que la rémunération des médecins comprenne obligatoirement une part forfaitaire alors même que la notion d'acte de prévention est très vague.

La commission a alors *rejeté* cet amendement.

Article 4 (article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale) :
Médecin traitant

La commission a *rejeté*, suivant l'avis défavorable du rapporteur, deux amendements de M. Maxime Gremetz et de Mme Jacqueline Fraysse, de suppression de l'article.

La commission a examiné un amendement de M. Philippe Vitel précisant le rôle du médecin traitant. **M. Philippe Vitel** a expliqué que cet article doit être amélioré sur trois points : la possibilité explicite pour les médecins non conventionnés d'être médecins traitants, les limites à fixer pour encadrer la majoration de ticket modérateur en cas de non-respect du dispositif du médecin traitant et le délai de mise en œuvre de cette réforme.

Le rapporteur a précisé qu'un médecin hospitalier ou un médecin salarié pourra tout à fait être choisi comme médecin traitant. Par ailleurs, le projet de loi précise bien la majoration maximale que devra payer l'assuré qui ne se serait pas adressé à son médecin traitant.

M. Gérard Bapt a confirmé que le médecin traitant ne sera pas forcément un médecin généraliste libéral. Il pourra par exemple être salarié d'une maison médicale.

M. François Guillaume a émis des doutes sur les économies permises par cette mesure car le médecin traitant risque de multiplier les examens médicaux pour éviter d'envoyer son patient consulter un spécialiste. Il conviendrait également d'exclure du dispositif de pénalité l'accès direct aux spécialistes exerçant à l'hôpital.

Mme Catherine Génisson a estimé important que le texte prévoit la possibilité, en cas de maladie chronique par exemple, que le médecin traitant soit un médecin spécialiste.

Le rapporteur a précisé qu'en cas de maladie chronique le patient ne subira aucune pénalisation s'il s'adresse directement à un spécialiste car cette démarche sera prévue dans le protocole de soins.

A la suite de ce débat, **M. Philippe Vitel** a retiré son amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Claude Evin offrant au patient les mêmes garanties selon qu'il choisit un médecin traitant ou un réseau remplissant la même fonction de coordination de la prise en charge.

Le rapporteur a tenu à maintenir la distinction entre la personne du médecin et la structure qu'est le réseau.

M. Jean-Pierre Door a souligné la possibilité pour tout médecin traitant d'appartenir à un réseau.

M. Edouard Landrain a estimé que l'amendement pose une véritable question sur laquelle le ministre devra se prononcer au cours de la séance publique. Il conviendra en effet de préciser sous quelle forme le médecin désigné comme médecin traitant donnera son accord et quelle sera la preuve à apporter.

Le rapporteur a précisé que les modalités de la preuve de cet accord seront définies par décret et qu'il conviendra d'affiner la rédaction de cet amendement pour la réunion tenue par la commission en application en application de l'article 88 du Règlement.

La commission a *rejeté* cet amendement.

Elle a ensuite examiné en discussion commune cinq séries de deux amendements identiques de M. Maxime Gremetz et de Mme Jacqueline Fraysse visant à préciser le but du dispositif du médecin traitant. La première série ayant été retirée, la commission a *adopté* l'amendement suivant, définissant comme objectif la coordination des soins.

Les autres amendements soumis à discussion commune sont de ce fait *devenus sans objet*.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* deux amendements identiques de M. Maxime Gremetz et de Mme Jacqueline Fraysse précisant que l'assuré a la faculté et non l'obligation de désigner un médecin traitant et d'en informer son organisme d'assurance maladie.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant la disposition relative à la majoration de ticket modérateur pour les assurés ou les ayants droit n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant.

La commission a examiné un amendement de Mme Claude Greff rendant obligatoire la majoration prévue par l'article, dans une logique de responsabilisation des acteurs. **Le rapporteur** a estimé nécessaire de laisser une marge d'appréciation aux caisses d'assurance maladie, à qui reviendra la charge de décider du niveau de la majoration. **M. Jean-Luc Préel** s'est interrogé sur la solution consistant à confier aux caisses la prise en charge financière de la majoration, une idée que **le rapporteur** a récusé.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Claude Evin étendant au cas du réseau de santé l'application de la majoration prévue par l'article pour le cas du médecin traitant, dans la même perspective que son amendement précédemment examiné.

Après que **le rapporteur** a précisé que le principe du réseau doit être distingué du colloque singulier qui unit le médecin à son patient et proposé de reprendre la discussion sur ce thème, après réflexion, lors de la réunion que la commission tiendra en application de l'article 88 du Règlement, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Claude Greff précisant que la majoration n'est pas applicable en cas de renouvellement d'une prescription médicale, après que **le rapporteur** a précisé que de toute façon, lorsqu'un médecin demande à son patient de revenir après un examen, aucune majoration n'a lieu d'être pratiquée.

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz excluant du champ de la majoration certains cas de consultations d'urgence ou de consultations réalisées hors du lieu de résidence stable et durable, de manière à accroître la protection des patients.

Après que **Mme Fraysse** a rectifié son amendement suivant la proposition du rapporteur pour corriger une référence d'alinéa, la commission l'a *adopté*.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Préel introduisant un nouvel article L. 162-5-3-1 dans le code de la sécurité sociale, afin de préciser la définition et le rôle du médecin traitant dans le nouveau système de soins.

Puis la commission a examiné un amendement de M. Richard Mallié présenté par **M. Marc Bernier** prévoyant une exonération de participation forfaitaire du patient en cas de consultations annuelles de prévention prévues par des accords conventionnels.

Le rapporteur a précisé que nulle part dans le texte il n'est fait référence à la notion de consultation « annuelle ». En outre, ce débat, comme celui relatif à la prévention, a davantage sa place dans le cadre des discussions portant directement sur le rôle des conventions.

Mme Catherine Génisson a objecté qu'il s'agit d'un problème réel, qui doit être pris en compte par la loi. **M. Richard Mallié** a jugé possible d'y faire référence dans la loi, à charge pour la convention d'en détailler l'application. **M. Claude Evin** a souligné qu'en tout état de cause, un débat est nécessaire, dans la perspective de la rédaction des décrets d'application de la loi, sur la question de la modulation de la prise en charge des honoraires du médecin traitant par-delà même cette seule question de l'annualité de la visite.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Puis la commission a *rejeté* un amendement de précision de M. Jean-Luc Préel.

La commission a *adopté* l'article 4 ainsi modifié.

Article 5 (article L. 162-5 du code de la sécurité sociale) :
Dépassements d'honoraires des médecins

La commission a examiné trois amendements de suppression de l'article de Mme Jacqueline Fraysse, M. Maxime Gremetz et M. Jean-Marie Le Guen.

Mme Jacqueline Fraysse a souligné que s'il est important, dans l'intérêt même du patient, de l'inciter à prendre l'avis de son généraliste avant de consulter un spécialiste, il convient de ne pas pénaliser financièrement celui qui ne le fait pas.

M. Claude Evin a considéré que cet article établit une forme de « double peine » à l'encontre du patient qui se rend chez un médecin spécialiste sans visite préalable à son médecin traitant : après l'absence de remboursement prévue à l'article 4, cet article 5 autorise également un dépassement d'honoraires. Il est sans doute souhaitable de favoriser le passage préalable par le médecin traitant, pour améliorer l'offre de soins. Mais le dispositif proposé pose un problème de cohérence, en associant à l'erreur du patient un bénéfice pour le médecin spécialiste.

Mme Catherine Génisson a observé que par ce dispositif, le médecin spécialiste se trouve transformé en juge, doté dans le même temps du pouvoir d'améliorer son propre statut du fait de la faute du patient.

M. Edouard Landrain a rappelé qu'en Allemagne, il existe un système d'incitation avantageant les patients qui passent préalablement par le

médecin référent, sous forme de réduction de cotisations, après qu'un premier système de pénalisation financière a été abandonné.

Mme Claude Greff a estimé que tout l'intérêt de l'article réside dans la possibilité d'accroître la responsabilité du patient et d'éviter d'éventuels abus.

M. Gérard Bapt a objecté qu'aucune disposition de cet article ne va dans le sens d'une responsabilisation du patient, dans la mesure où la charge nouvelle pourra incomber aux organismes d'assurance complémentaire. Autrement dit, les patients bénéficiant d'une bonne couverture complémentaire seront avantagés. D'une certaine manière, ce mécanisme est donc spécieux au regard de l'objectif d'égal accès aux soins et d'une responsabilisation plus grande.

Le rapporteur a rappelé les principaux éléments inspirant cette disposition. D'une part, il importe de lutter contre le nomadisme médical. D'autre part, s'il existe un risque indéniable de traitement différent des patients par les différents médecins traitants, un amendement à venir du rapporteur proposera une solution à cette difficulté. Enfin, cette mesure a pour arrière-fond la situation délicate, en termes d'honoraires, des médecins spécialistes du secteur 1 au regard de leurs collègues du secteur 2.

M. Jean-Pierre Door a réaffirmé l'ambition première de cet article, à savoir accroître le rôle pivot du médecin traitant. Les modalités de mise en œuvre de la majoration seront ensuite à négocier par les partenaires sociaux. Mais M. Claude Evin n'a pas tort d'évoquer l'apparition d'une forme de « double peine ».

Mme Catherine Génisson a reconnu l'existence de difficultés pour les médecins spécialistes du secteur 1. En même temps, comment ne pas s'interroger sur la présence dans la loi de cette disposition, qui relève plutôt de la convention ?

Mme Martine Billard a considéré que si l'on souhaite s'atteler au problème de la rémunération des spécialistes, il convient de s'y employer dans un autre cadre et plus complètement. Il importera par ailleurs d'envisager les conséquences de moindres prises en charge des consultations non seulement pour les patients mais également pour les caisses d'assurance maladie.

La commission a *rejeté* les trois amendements.

La commission a ensuite examiné, en discussion commune, deux amendements de M. Philippe Vitel, et de M. Jean-Luc Prével proposant une nouvelle rédaction de l'article 5.

M. Philippe Vitel a jugé qu'il convient de supprimer la référence au médecin référent dans un souci de clarté, maintenant que le rôle du médecin traitant est précisé par la loi. Par ailleurs, il importe de prévoir l'établissement « avec tact et mesure » des modalités de majoration des tarifs et rémunérations, en conformité avec l'article 71 du code de déontologie médicale.

Le rapporteur a regretté la suppression de la référence à la convention précisant les limites des dépassements d'honoraires, limites auxquelles fait référence expressément le texte en discussion. Par ailleurs, la notion de « tact et mesure » est trop floue. Enfin, il n'est pas possible de supprimer dès aujourd'hui la notion de médecin référent, qui recouvre une réalité importante, dans la mesure où 6 000 médecins référents sont en activité et soignent un million de patients. C'est une évolution naturelle qui fera converger, le moment venu, les deux statuts de médecin référent et de médecin traitant.

La commission a *rejeté* successivement les deux amendements.

Suivant l'avis défavorable **du rapporteur**, la commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le deuxième alinéa de l'article, qui renvoie à la convention le soin de définir les missions particulières des médecins traitants.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant une référence au dépassement d'honoraires autorisé, après que **le rapporteur** a précisé que c'est la convention qui encadrera les limites du dépassement.

Mme Claude Greff a *retiré* un amendement renforçant le caractère incitatif du recours au médecin traitant, à la suite de la discussion qui s'est précédemment tenue sur cette même question.

Mme Jacqueline Fraysse a *retiré* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant la mention de limites au dépassement d'honoraires, **le rapporteur** ayant fait valoir que le but poursuivi par les auteurs des amendements était sans doute l'exact opposé.

Suivant l'avis défavorable **du rapporteur**, la commission a ensuite *rejeté* deux séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz limitant les dépassements d'honoraires aux seules consultations, les actes médicaux ne pouvant plus être concernés.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur rappelant le principe général d'égalité de traitement des patients au regard des délais d'accès au médecin.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Martine Billard précisant que la caisse primaire d'assurance maladie de rattachement du patient perçoit l'intégralité du dépassement d'honoraires, afin que le médecin ne soit pas indûment favorisé, après que **le rapporteur** a jugé ce dispositif trop complexe.

La commission a ensuite examiné trente-cinq séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz, énumérant trente-cinq spécialités auxquelles les dispositions de l'article 5 ne s'appliquent pas.

Mme Jacqueline Fraysse a tout d'abord souligné que cet article ne présente aucune cohérence ni aucun bénéfice pour les patients ou pour les médecins. En outre, des distinctions, c'est-à-dire des discriminations, sont envisagées, le ministre de la santé et de la protection sociale ayant en effet déclaré que certaines spécialités ne relèveraient pas de ce dispositif. Il existe par ailleurs des risques pour certaines pathologies, pour lesquelles un tel système n'est pas adapté. C'est la raison pour laquelle il est important que la commission s'interroge sur l'applicabilité du dispositif de l'article 5 à chacune des trente-cinq spécialités énumérées par ces amendements.

Le rapporteur a précisé que c'est à la convention que reviendra le soin de définir les spécialités concernées ainsi qu'il a été indiqué lors de l'examen de l'article 4.

Mme Martine Billard a indiqué que les Verts ne sont pas hostiles, par principe, à la définition de modalités particulières d'accès aux médecins spécialistes. En revanche, il n'est pas acceptable de laisser subsister un dispositif prévoyant de priver de dépassements d'honoraires ceux d'entre eux qui, par convention, pourront accueillir des patients en accès direct.

Mme Catherine Génisson a dénoncé l'injustice, l'absurdité et le danger de cet article. Il existera toujours certaines situations d'urgence, en ophtalmologie par exemple, qui, par définition, devront échapper à ce dispositif.

Le rapporteur a répondu qu'un amendement serait présenté afin de prendre en compte ces cas d'urgence.

La commission a *rejeté* les amendements.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur précisant que le dispositif de dépassement d'honoraires s'applique également aux patients qui consultent, sans prescription préalable de leur médecin traitant, un médecin spécialiste hospitalier, à l'exception des consultations réalisées dans le cadre de l'activité libérale de celui-ci.

La commission a ensuite *adopté* l'article 5 ainsi modifié.

Après l'article 5

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz garantissant l'accès direct de l'assuré au gynécologue de son choix sans majoration de sa participation.

Mme Jacqueline Fraysse a rappelé que le ministre de la santé a pris des engagements publics sur cette question de l'accès direct au gynécologue.

Le rapporteur, tout en confirmant les propos de Mme Jacqueline Fraysse, a considéré qu'une telle disposition relève davantage de la convention conclue entre les caisses d'assurance maladie et les syndicats de médecins.

La commission a *rejeté* les deux amendements.

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz précisant que pour certaines spécialités médicales, la convention conclue entre les organisations représentatives de médecins et les caisses d'assurance maladie peut prévoir l'intervention, sous forme conventionnée, de médecins spécialistes habituellement en secteur 2, c'est-à-dire à honoraires libres.

Mme Jacqueline Fraysse a précisé que son amendement constitue un premier pas vers la suppression du secteur 2 en incitant à la négociation conventionnelle dans ce sens. Il est totalement anormal qu'aujourd'hui dans les grandes villes il n'existe plus pour certaines spécialités, par exemple les gynécologues, de médecins appartenant au secteur 1, c'est-à-dire conventionnés.

Tout en observant que les amendements portent sur des sujets relevant de la négociation, **le rapporteur** a reconnu la nécessité d'une nouvelle convention permettant de remédier au problème de l'égalité de l'accès aux soins dans certaines villes mais également à celui de l'égalité entre des spécialistes qui, avec une formation comparable, sont soumis aujourd'hui à des régimes de rémunérations différents.

La commission a *rejeté* les deux amendements.

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz disposant que la convention conclue entre les organisations représentatives de médecins et les caisses d'assurance maladie prévoit les conditions dans lesquelles les médecins généralistes libéraux peuvent exercer des fonctions relevant de la politique de santé publique.

Mme Jacqueline Fraysse a précisé que ces nouvelles fonctions de santé publique pourraient faire l'objet d'une rémunération autre que le paiement à l'acte. Des mesures volontaristes sont en effet nécessaires pour faire évoluer les comportements dans ce domaine.

Le rapporteur s'est opposé aux amendements en observant que plusieurs dispositions du projet de loi relatif à la politique de santé publique permettent de répondre à ces préoccupations.

La commission a *rejeté* les deux amendements.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz définissant les conditions d'attribution des aides destinées à l'installation ou au maintien de professionnels de santé dans les zones présentant un déficit en matière d'offre de soins.

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz précisant les règles applicables en matière de créations, de transferts et de regroupements de cabinets médicaux.

Mme Jacqueline Fraysse a expliqué que ces amendements ont vocation à lutter contre les disparités régionales en matière d'offre de soins et à apporter des réponses aux situations les plus urgentes.

Le rapporteur a souligné le caractère très autoritaire du dispositif proposé, qui risque d'accélérer les mouvements de déconventionnements, en ajoutant cependant qu'il présentera un amendement portant article additionnel après l'article 29, qui va dans le même sens mais dont le dispositif est plus souple.

La commission a *rejeté* les deux amendements.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* trois séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz :

- prévoyant une rémunération spécifique pour les professionnels de santé libéraux associés à des actions contribuant à la permanence des soins sur l'ensemble du territoire ;

- précisant que, dans les douze mois suivant la promulgation de la future loi, une négociation interprofessionnelle sera engagée sur la suppression du secteur non conventionné ;

- prévoyant que l'État engage, à compter de la promulgation de la future loi, une négociation avec les professionnels de santé, les usagers et les élus sur l'organisation d'un plan de couverture territoriale des besoins de santé.

Article 6 (article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale) :
Accords conventionnels interprofessionnels

La commission a examiné deux amendements de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz, de suppression de l'article.

Mme Jacqueline Fraysse s'est dite préoccupée par l'importance accordée aux accords interprofessionnels plutôt qu'à l'élaboration d'une convention unique.

Le rapporteur s'est opposé à l'amendement, en jugeant souhaitable que les professionnels de santé travaillent de façon plus coordonnée, ce que prévoit l'article 6 à travers ces accords interprofessionnels, qui permettront de réduire les cloisonnements entre professions médicales.

La commission a *rejeté* les deux amendements.

La commission a examiné en discussion commune deux amendements de M. Philippe Vitel et de M. Jean-Luc Préel précisant, dans des termes voisins, que la conclusion d'accords conventionnels interprofessionnels doit être précédée de la consultation des conseils des ordres concernés sur les dispositions de ces accords relatives à la déontologie.

Ayant noté qu'il alourdit un peu le dispositif prévu par l'article 6 mais qu'il est opportun, **le rapporteur** a donné un avis favorable à l'amendement de M. Philippe Vitel.

MM. Jean-Luc Préel et Marc Bernier ont souhaité cosigner l'amendement.

La commission a *adopté* l'amendement de M. Philippe Vitel, celui de M. Jean-Luc Préel ayant été *retiré*.

La commission a *adopté* un amendement de M. Jean-Luc Préel précisant que les accords portent sur des pathologies et des traitements, **le rapporteur** ayant donné un avis favorable tout en soulignant la limitation que l'amendement apporte au champ de compétences de la convention.

La commission a examiné un amendement de Mme Martine Billard disant que les accords conventionnels interprofessionnels doivent être signés entre l'UNCAM et un ou plusieurs syndicats de chaque profession, représentant au niveau national la majorité de la profession, calculée sur la base des élections professionnelles.

Mme Martine Billard a souhaité que ce soient les élections professionnelles qui permettent de mesurer la représentativité des syndicats, cette exigence de principe majoritaire n'étant d'ailleurs pas spécifique au secteur de la santé.

M. Jean-Pierre Door a rappelé que, pour ce qui concerne les syndicats de médecins, il existe des enquêtes de représentativité régulières, fondées sur le nombre des adhérents ainsi que les résultats obtenus aux élections des URML.

Le rapporteur a considéré que l'article 28 du projet de loi, qui prévoit un droit d'opposition majoritaire, rend l'amendement inutile. Les observations formulées concernant la représentativité des syndicats ne sont pas infondées, mais il faut cependant rappeler que la Mutualité sociale agricole (MSA) organise régulièrement des élections.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Martine Billard disposant que les accords conventionnels interprofessionnels peuvent prévoir l'octroi d'aides financières et de rémunérations particulières.

Mme Martine Billard a précisé qu'il s'agit d'inciter à la création et au développement des réseaux de santé, en prévoyant des rémunérations particulières, autres que le paiement à l'acte, pour les praticiens qui y participent.

Le rapporteur s'est opposé à l'amendement en observant qu'il risquait, à terme, de mettre en cause le principe du paiement à l'acte, qui constitue l'un des fondements du système français de médecine libérale.

M. François Guillaume a considéré qu'il n'est pas nécessaire de prévoir des aides supplémentaires puisque des réseaux de soins très efficaces ont d'ores et déjà pu se constituer.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur étendant le champ des accords conventionnels interprofessionnels à l'ensemble des actions de formation.

La commission a ensuite *adopté* l'article 6 ainsi modifié.

Section 2

Qualité des soins

Avant l'article 7

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Marie Le Guen définissant les conditions de l'évaluation, par un organisme agréé, des compétences professionnelles des médecins.

M. Jean-Marie Le Guen a souligné que l'évaluation des médecins doit relever de la responsabilité de l'État et non de la convention, car

cette question est essentielle en matière de qualité des soins et ne peut donc être laissée à la négociation. L'amendement répond à cette préoccupation en reprenant, il faut le signaler, les demandes de certains syndicats de médecins.

Le rapporteur s'est opposé à l'amendement, en rappelant que la future loi de santé publique réorganise le système de formation continue des professionnels de santé et en s'interrogeant sur la position des syndicats médicaux quant aux sanctions prévues par l'amendement en cas de non-respect de l'obligation d'évaluation.

M. Jean-Marie Le Guen a signalé que la question des sanctions est un point distinct de l'affirmation du principe de l'évaluation. Il semble logique qu'un médecin soit sanctionné s'il ne respecte pas l'obligation d'évaluation, mais la nature de ces sanctions peut naturellement être débattue.

M. Simon Renucci a souligné que l'amendement porte surtout sur la mise en œuvre du principe d'évaluation auquel les médecins sont très favorables.

Mme Catherine Génisson a estimé normal de sanctionner les médecins qui ne se forment pas alors que l'évaluation de ses compétences a mis en évidence la nécessité de cette formation.

M. Jean-Pierre Door a observé que les médecins sont d'accord sur le principe de cette évaluation. En revanche, il est regrettable que cet amendement de principe comporte également des dispositions relatives aux sanctions. Si le dernier alinéa de l'amendement était supprimé, il serait donc tout à fait acceptable.

M. Xavier de Roux s'est interrogé sur le dispositif d'évaluation administrative prévu par l'amendement et a souhaité que les conditions d'organisation de l'évaluation des compétences fassent l'objet d'un débat plus approfondi.

M. Philippe Vitel a souligné qu'il convient d'évaluer les pratiques et non les compétences des médecins, comme le prévoit l'amendement.

M. Simon Renucci a expliqué que l'évaluation consiste à mesurer et à comparer. Jusqu'à présent, elle est effectuée par deux médecins qui se rendent chez un de leurs confrères et font ensuite un rapport au conseil de l'ordre. Celui-ci peut ensuite, s'il le juge nécessaire, demander au médecin de faire évoluer ses pratiques ou de se former.

M. Louis Guédon a estimé que l'amendement est trop répressif et ne favorisera pas l'adaptation de la démographie médicale. Il pose aussi un problème d'égalité de traitement : pourquoi imposer une évaluation aux professions médicales et non aux autres professions ?

Le rapporteur a confirmé son opposition à l'amendement en précisant que certaines des dispositions qu'il comporte figurent déjà dans le projet de loi sur la politique de santé publique ainsi qu'à l'article 8 du projet de loi. Cet amendement n'a donc pas de raison d'être.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a ensuite *rejeté* six amendements de M. Jean-Marie Le Guen :

- un amendement créant dans les établissements les plus importants une instance chargée de mettre en place une « démarche qualité » ;

- un amendement prévoyant d'intégrer l'implantation des médecins libéraux dans le schéma d'organisation sanitaire ;

- un amendement ouvrant la possibilité à l'UNCAM de créer des maisons de santé ;

- un amendement introduisant une rémunération forfaitaire modulable dans les maisons médicales installées dans les zones sous-médicalisées ;

- deux amendements prévoyant le dépôt de deux rapports au Parlement portant respectivement sur les conditions de création d'un cadre conventionnel spécifique en matière de démographie médicale dans les zones désertifiées et sur les conditions de création d'un statut du médecin collaborateur.

Article 7 (articles L. 183-1-1 du code de la sécurité sociale, L. 6113-2 et L. 6114-3 du code de la santé publique) : *Promotion des bonnes pratiques*

La commission a examiné deux amendements de M. Maxime Gremetz et de Mme Jacqueline Fraysse, de suppression de l'article.

Mme Jacqueline Fraysse a indiqué que cet article est critiquable car les accords de bon usage des soins (AcBUS) sont en réalité un instrument de maîtrise comptable ; on peut citer par exemple l'AcBUS visant à limiter à cinq le nombre de médicaments inscrits sur l'ordonnance pour les malades de plus soixante-dix ans.

Le rapporteur s'est déclaré défavorable, en jugeant nécessaire de promouvoir les accords relatifs au bon usage des soins entre les acteurs du système de santé.

La commission a *rejeté* ces amendements.

La commission a examiné trois amendements de M. Maxime Gremetz, Mme Jacqueline Fraysse et Mme Martine Billard supprimant le paragraphe I de l'article.

Mme Jacqueline Fraysse a jugé nécessaire de supprimer l'introduction des mutuelles et des compagnies d'assurances dans la définition des accords de bon usage des soins, car il est dangereux de les mettre sur le même niveau que les autres acteurs.

Le rapporteur a au contraire considéré que l'article introduit un décloisonnement souhaitable entre l'assurance maladie obligatoire et les assurances complémentaires.

M. Xavier de Roux s'est interrogé sur l'intérêt de sortir les mutuelles d'un système où elles sont déjà présentes.

La commission a *rejeté* ces amendements.

Suivant l'avis favorable du **rapporteur**, la commission a *adopté* un amendement de M. Philippe Vitel prévoyant la communication aux conseils des ordres des professions médicales des contrats conclus avec les réseaux de professionnels de santé, **MM. Jean-Luc Prétel et Marc Bernier** ayant souhaité cosigner cet amendement.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de M. Maxime Gremetz et de Mme Jacqueline Fraysse supprimant la participation des mutuelles aux contrats.

Après que **le rapporteur** a indiqué que l'amendement était déjà satisfait par l'amendement de M. Philippe Vitel préalablement adopté, la commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prétel prévoyant que les contrats sont communiqués pour avis aux conseils des ordres des professions médicales.

La commission a examiné deux amendements identiques de M. Maxime Gremetz et de Mme Jacqueline Fraysse supprimant la participation du directeur général de l'UNCAM à la définition des AcBUS, en raison du caractère peu démocratique de ce dispositif.

Le rapporteur s'est déclaré défavorable en estimant que la volonté de renforcer la coordination entre les différentes caisses est assez largement partagée.

Mme Catherine Génisson n'a pas contesté ce point, sous réserve cependant que l'on ne s'oriente pas vers une uniformisation des trois caisses qui ferait obstacle aux initiatives et aux expérimentations telles que celles réalisées par la Mutualité sociale agricole (MSA).

M. François Guillaume a estimé qu'il est essentiel de maintenir l'indépendance et la spécificité de la MSA en matière de prévention.

La commission a *rejeté* l'amendement, ainsi qu'un amendement de M. Yves Censi précisant les règles de fonctionnement et de prise de décision au sein du collège des directeurs de l'UNCAM.

La commission a *rejeté* trois séries de deux amendements de M. Maxime Gremetz et de Mme Jacqueline Fraysse, supprimant successivement différentes dispositions de l'article.

La commission a ensuite examiné un amendement de M. Jean-Luc Prél précisant que les conditions de participation des professionnels de santé à la négociation des accords sont fixées par décret.

Le rapporteur s'est déclaré favorable à l'amendement à condition de le rédiger de la façon suivante : « un décret fixe notamment les conditions de la participation des professionnels de santé à la négociation de ces accords et les conditions dans lesquelles ces accords comportent des objectifs quantifiés, peuvent prévoir un reversement aux établissements de santé d'une partie des dépenses évitées par la mise en œuvre de l'accord et peuvent être rendus opposables ».

La commission a *adopté* l'amendement ainsi rectifié.

Mme Martine Billard a *retiré* un amendement supprimant la participation des ministres de la santé et de la protection sociale à la négociation des accords cadres, en précisant cependant que si l'on veut alléger la tutelle de l'État, il faut donner plus de liberté et de souplesse aux autres acteurs.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prél renvoyant à un décret la détermination des conditions dans lesquelles les accords peuvent prévoir un reversement aux établissements de santé.

M. Jean-Luc Prél a estimé que s'il est souhaitable d'associer les établissements de santé aux contrats de bonnes pratiques, il faudrait prévoir précisément dans la loi la façon dont les économies qui en résulteront leur seront reversées.

Mme Martine Billard s'est inquiétée des effets pervers encourus si l'on reverse aux établissements les économies réalisées à la suite de l'amélioration des pratiques médicales.

Après que **le rapporteur** s'est déclaré défavorable, considérant que ces dispositions relèvent du pouvoir réglementaire, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de M. Maxime Gremetz et de Mme Jacqueline Fraysse supprimant l'application des AcBUS aux établissements de santé et aux hôpitaux.

Elle a examiné deux amendements identiques de M. Maxime Gremetz et de Mme Jacqueline Fraysse supprimant le reversement aux établissements de santé d'une partie des sommes correspondant aux économies réalisées.

Mme Jacqueline Fraysse a déploré l'introduction d'une carotte financière, qui n'a rien à voir avec les objectifs de santé, traduisant un véritable mépris pour les équipes hospitalières, et qui est, de surcroît, inapplicable.

Le rapporteur s'est déclaré défavorable en critiquant l'emploi du terme de « carotte », puisqu'il s'agit plutôt d'un intéressement qui constitue, avec la concertation, l'une des deux « mamelles » de la participation. Il s'agit là en effet d'un moyen de motiver davantage les services hospitaliers.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *rejeté* deux séries de deux amendements identiques de M. Maxime Gremetz et de Mme Jacqueline Fraysse, la première supprimant la possibilité de rendre obligatoire les accords cadres de bonnes pratiques dans les établissements et le second supprimant la possibilité donnée aux ARH de conclure de tels accords à l'échelon local.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Marie Le Guen prévoyant que les agences régionales de santé peuvent conclure des accords de bonnes pratiques à l'échelon local.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de M. Maxime Gremetz et de Mme Jacqueline Fraysse supprimant la possibilité de conclure des accords de bonnes pratiques au niveau local.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prével prévoyant que des accords peuvent être conclus à l'échelon régional par le directeur de l'agence régionale de santé et le représentant légal de l'établissement.

M. Jean-Luc Prével a précisé qu'il s'agit de mettre en œuvre concrètement la régionalisation de la santé, en s'interrogeant sur les raisons pour lesquelles le projet de loi préfère l'échelon local à l'échelon régional.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de M. Maxime Gremetz et de Mme Jacqueline Fraysse supprimant les dispositions

précisant les cas dans lesquels les accords locaux de bonnes pratiques doivent être signés par l'union régionale des caisses d'assurance maladie.

Elle a ensuite *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prélé prévoyant la consultation des conseils des ordres des professions médicales sur les dispositions des accords relatives à la déontologie de ces professions.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de M. Maxime Gremetz et de Mme Jacqueline Fraysse supprimant le paragraphe III de l'article.

La commission a *adopté* l'article 7 ainsi modifié.

Après l'article 7

M. Jean-Pierre Door a *retiré* un amendement de M. Jacques Domergue prévoyant l'intervention de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) en cas de dépassement des plafonds de garantie prévus dans les contrats d'assurance, afin d'alléger la responsabilité civile professionnelle des acteurs de santé.

Article 8 (article L. 162-4-2 du code de la sécurité sociale) :
Évaluation et amélioration des pratiques professionnelles médicales

M. Philippe Vitel a *retiré* un amendement de suppression de l'article.

Après avis favorable du **rapporteur**, la commission a *adopté* un amendement de M. Claude Evin précisant que l'évaluation des professionnels de santé prévue par l'article doit être régulière.

La commission a *adopté* l'article 8 ainsi modifié.

Après l'article 8

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Marie Le Guen prévoyant la création par les URCAM de plateformes d'information et de conseil en santé composées d'équipes pluridisciplinaires.

Article 9 (article L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale) :
Information des assurés

La commission a *rejeté* deux amendements de M. Maxime Gremetz et de Mme Jacqueline Fraysse de suppression de l'article, après que **M. Philippe Vitel** a *retiré* un amendement ayant le même objet.

La commission a *rejeté* trois séries de deux amendements identiques de M. Maxime Gremetz et de Mme Jacqueline Fraysse, supprimant l'information des assurés sur l'adhésion des médecins aux contrats de bonne

pratique ou de santé publique, à un accord de bon usage des soins ou à un contrat de réseaux.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de M. Maxime Gremetz et de Mme Jacqueline Fraysse de précision rédactionnelle.

La commission a examiné un amendement de Mme Martine Billard précisant que la formation continue devra se faire en toute indépendance par rapport aux laboratoires pharmaceutiques.

Mme Martine Billard a indiqué que cette précision est d'autant plus nécessaire que la seule petite structure de formation indépendante, le FOPIM, risque de disparaître dans le cadre de la réforme.

M. François Guillaume a fait observer qu'en raison du coût de la formation continue et de la faiblesse des moyens accordés aux médecins, il n'est pas raisonnable d'écarter les laboratoires pharmaceutiques tant que l'on n'aura pas trouvé de financements de remplacement.

M. Philippe Vitel a estimé que l'adoption, ces dernières années, d'une réglementation stricte fait qu'à l'heure actuelle l'indépendance de la formation continue est garantie.

M. Simon Renucci a considéré qu'il faudrait renforcer la formation conventionnelle dans le cadre régional.

Le rapporteur s'est déclaré défavorable à l'amendement, dépourvu de portée juridique, et a souligné qu'une charte de la visite médicale est prévue par le projet et comporte un certain nombre de sanctions.

Mme Martine Billard a objecté qu'une telle charte est peu crédible et relevé l'insuffisance des crédits de formation des médecins.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Elle a *adopté* l'article 9 sans modification.

Article 10 (article L. 314-1 du code de la sécurité sociale) :
Liquidation médicalisée

La commission a examiné en discussion commune quatre amendements de Mme Jacqueline Fraysse, M. Maxime Gremetz, M. Jean-Luc Préel et M. Jean-Marie Le Guen, de suppression de l'article.

Le rapporteur a objecté que la suppression de l'article par ces amendements reviendrait à éliminer toute possibilité de sanction à l'encontre des professionnels de santé qui ne respectent pas les bonnes pratiques de soins.

M. Jean-Luc Prével s'est déclaré favorable à des sanctions à l'encontre des médecins ne respectant pas les bonnes pratiques mais a jugé inacceptable que le patient soit pénalisé de ce fait.

M. Simon Renucci a estimé que la mesure constituera un frein à l'accès aux soins.

Le rapporteur s'est interrogé sur l'utilité d'une maîtrise médicalisée qui ne ferait aucune place à un contrôle des pratiques assorti des sanctions.

Mme Jacqueline Fraysse a relevé que le patient non seulement serait mal soigné mais ne serait en outre pas remboursé.

M. Jean-Luc Prével a proposé de retirer son amendement de suppression au profit de la suppression des seules dispositions pénalisant les assurés.

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 l'examen en séance publique.

En conséquence, **M. Jean-Luc Prével** a *retiré* son amendement tandis que la commission a *rejeté* les trois autres.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz supprimant le contrôle par les caisses du caractère justifié des prescriptions.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Yves Censi confortant l'existence dans chaque régime obligatoire d'assurance maladie d'un contrôle médical, éventuellement organisé selon des modalités spécifiques.

La commission a *rejeté* vingt-deux séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz supprimant tout ou partie des dispositifs d'encadrement des prescriptions médicales prévus par l'article.

Tirant les conséquences du débat intervenu sur les amendements de suppression de l'article, la commission a *adopté* deux amendements identiques Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz supprimant le dernier alinéa de cet article qui subordonnait la prise en charge par l'assurance maladie des soins délivrés aux patients au respect par le praticien des bonnes pratiques médicales. **Mme Martine Billard, M. Jean-Luc Prével et M. Philippe Vitel** ont souhaité cosigner cet amendement.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prével permettant aux caisses de sécurité sociale et aux services du contrôle médical de vérifier à partir des dossiers soumis à remboursement et des informations

transmises par les professionnels dans le cadre d'échanges informatisés que les professionnels respectent les référentiels médicalisés.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel permettant aux services médicaux des caisses de sécurité sociale de procéder à une consultation du dossier médical partagé afin de vérifier le respect des références médicales.

Le rapporteur a estimé cet amendement contraire au droit reconnu aux patients de maîtriser l'accès à leur dossier médical informatisé. Il ne peut être question de prévoir un accès systématique au dossier par les services du contrôle médical sans que le patient ait donné son accord express. Le dossier médical personnel ne doit pas servir à un contrôle sur le remboursement : son objectif est une amélioration de la pratique médicale.

M. Jacques Domergue s'est interrogé sur la possibilité d'un contrôle efficace sans consultation des dossiers médicaux par les services du contrôle médical.

Mme Maryvonne Briot a souligné la nécessité de rester cohérent et de ne pas affirmer un droit à la confidentialité qui serait ensuite mis à mal dans un autre article du même projet de loi. Le droit du patient sur son dossier médical doit être absolument préservé.

M. Xavier de Roux a approuvé cette opinion en confirmant que le dossier médical est personnel et ne doit pas être accessible sans l'accord du patient.

Mme Martine Billard a fait remarquer que les caisses de sécurité sociale ont déjà la possibilité de consulter les actes médicaux réalisés par tel ou tel praticien, ce qui permettrait d'ailleurs de réaliser des études sur le comportement de prescription des médecins. Il ne peut être question d'aller plus loin sans menacer les libertés publiques.

M. François Guillaume a déclaré partager le souci de M. Jean-Luc Préel. Seuls des contrôles efficaces permettront de lutter contre le nomadisme médical.

M. Pierre Morange, président, a fait remarquer que la future version de la carte Vitale permettra de transmettre des données statistiques sur les actes médicaux effectués sans qu'il soit pour cela nécessaire de consulter le dossier médical informatisé.

La commission a *rejeté* cet amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel prévoyant que l'assurance maladie devra fournir à l'Institut des données de santé toutes les informations relatives à la liquidation médicalisée, afin que cet

institut soit en mesure d'assurer un suivi en temps réel des dépenses de santé et puisse alerter les gestionnaires du système de santé en cas de dérapage des dépenses.

Le rapporteur a estimé que cet amendement comporte un risque majeur pour les libertés individuelles. On ne peut divulguer d'informations sur la santé des assurés. Par ailleurs, la mission d'alerte ne relève aucunement de l'Institut des données de santé.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Un amendement de M. Jean-Luc Préel instituant une commission chargée des litiges entre les praticiens et les caisses de sécurité sociale a été *retiré* par son auteur, après que **le rapporteur** a expliqué qu'un amendement à l'article 13 répond au souci exprimé.

La commission a *adopté* l'article 10 ainsi modifié.

Après l'article 10

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Marie Le Guen supprimant les mesures prévues à l'article 97 de la loi de finances rectificative pour 2003 destinées à réduire l'accès à l'aide médicale d'État.

Le rapporteur a tout d'abord rappelé l'explosion qu'ont connue les dépenses d'aide médicale d'État. Ce problème ne relève pas de l'assurance maladie et doit être traité dans le cadre de la politique d'immigration. Il faut en outre rappeler que le serment d'Hypocrate a encore du sens et qu'aucun médecin ne refuse de soigner un étranger, fût-il en situation irrégulière.

M. Pierre Morange, président, a rappelé que l'aide médicale d'État relève du budget de l'État et que l'assurance maladie n'apporte aucune contribution en la matière.

Mme Martine Billard a contesté l'argumentation du rapporteur. Le problème posé par les conditions d'accès à l'aide médicale est urgent ; de nombreux étrangers en situation irrégulière sont dans l'impossibilité de prouver qu'ils sont arrivés sur le sol français depuis plus de trois mois ce qui conduit un nombre croissant de personnes à une impossibilité financière de se soigner.

M. François Guillaume a estimé que l'adoption de cet amendement serait très préjudiciable : il contribuerait à renforcer l'explosion des dépenses d'aide médicale d'État qui ont fortement augmenté ces dernières années en raison de l'assouplissement des conditions de ressources.

Le rapporteur s'est élevé en faux contre les propos tenus par Mme Martine Billard en soulignant que son intention n'était nullement d'ignorer ce problème préoccupant. Mais l'accès aux soins des étrangers en

situation irrégulière doit être traité par l'État et ne peut être résolu dans le cadre de ce projet de loi relatif à l'assurance maladie.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a ensuite *rejeté* six amendements de M. Jean-Marie Le Guen tendant respectivement à :

– supprimer le ticket modérateur pour les bénéficiaires de l'aide médicale d'État ;

– maintenir le plafond de ressources de la couverture maladie universelle (CMU) à un niveau supérieur au seuil de pauvreté défini par les instances internationales ;

– étendre le bénéfice de la CMU aux chômeurs allocataires de l'allocation de solidarité spécifique ainsi qu'aux personnes bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé ou du minimum vieillesse ;

– élargir le bénéfice de la CMU aux chômeurs de longue durée bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique ;

– élargir le bénéfice de la CMU aux bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé ;

– élargir le bénéfice de la CMU aux bénéficiaires du minimum vieillesse.

Section 3

Recours aux soins

Article 11 (articles L. 322-2, L. 322-4, L. 325-1 et L. 432-1 du code de la sécurité sociale) : *Création d'une contribution forfaitaire à la charge des assurés*

La commission a examiné trois amendements de suppression de l'article de Mme Jacqueline Fraysse, M. Maxime Gremetz et M. Jean-Marie Le Guen.

Mme Jacqueline Fraysse a dénoncé une pratique génératrice d'inégalités. L'expérience du forfait hospitalier a échoué à responsabiliser les assurés tout en augmentant injustement les coûts pour les familles modestes. L'adoption du principe d'une franchise d'un euro constituerait une discrimination par l'argent. Il est évident que le montant de la franchise ne pourrait qu'augmenter dans le temps à l'instar de ce qui a été constaté pour le forfait hospitalier. Ce n'est pas par une telle mesure que peut passer la responsabilisation des patients.

M. François Guillaume a observé que tous les pays industrialisés comparables à la France ont adopté des mesures similaires. En revanche, le montant d'un euro est insuffisant et devrait être porté au moins à trois euros. Les bénéficiaires de la CMU devraient également s'acquitter d'une participation forfaitaire même si elle pourrait être réduite pour eux à un euro.

M. Edouard Landrain a relevé que la responsabilisation des patients est la règle en Europe. Ainsi, en Allemagne, le patient acquitte un montant de dix euros pour la première consultation trimestrielle ; cette méthode a fait ses preuves puisque les comptes sont revenus à l'équilibre pour la première fois depuis dix ans dans ce pays.

Mme Martine Billard a souligné que personne en France n'imagine sérieusement que la médecine est gratuite : elle est payée par le truchement des cotisations et des assurances complémentaires. Le montant de celles-ci s'élève à trente euros par mois minimum et augmente pour chaque enfant. La comparaison entre le système français et le système allemand est sans fondement puisque l'Allemagne n'a pas de système d'assurance complémentaire.

La responsabilisation doit être un concept positif et reposer sur une démarche de prévention et un code de bonnes pratiques. Le texte proposé traite de façon inégale les assurés et les professions médicales alors même qu'il est notoire que certains praticiens ont la main lourde et multiplient les actes. Le risque encouru est de voir les patients les plus pauvres réduire leur consommation médicale. L'institution d'une part forfaitaire dans le système – artificiel – de rémunération à l'acte constituerait une mesure plus adaptée.

M. Simon Renucci a jugé que les Français vivent mal la responsabilisation invoquée. Il ne s'agit pas d'une vraie mesure d'économie. Il n'y en a d'ailleurs pas dans le texte. Il s'agit d'une mesure impopulaire car injuste ; la disposition proposée est viciée puisque fondée sur une définition culpabilisante de la participation. Elle met à mal le principe de l'égal accès aux soins.

M. Edouard Landrain a souhaité voir le débat s'extraire de l'angélisme. Seul le courage politique est à même d'apporter des solutions comme le montre l'exemple de l'Allemagne où les deux grands partis ont su trouver un accord.

M. Jean-Luc Warsmann s'est interrogé sur les modalités de mise en œuvre de la franchise d'un euro par les régimes de base et les complémentaires. Pour un acte coté à 20 euros, le remboursement par l'assurance maladie s'appliquera-t-il sur une somme de 19 euros ? Si oui, en ira-t-il de même pour les mutuelles qui ainsi rembourseraient moins à niveau de

cotisations inchangé ? La franchise s'appliquera-t-elle au contraire sur le montant final du remboursement par l'assurance maladie calculé sur 20 euros ? On peut noter que la Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN) pratique déjà une retenue de cette nature pour le remboursement des médicaments.

En réponse aux intervenants, **le rapporteur** a donné les précisions suivantes :

– il n'est pas possible d'appliquer la contribution aux bénéficiaires de la CMU du fait du tiers payant ;

– si le système allemand n'est pas strictement équivalent au nôtre, car, par exemple, le forfait hospitalier y est plus élevé mais limité à quinze jours, l'esprit en est cependant proche ;

– la défense des usagers est un souci partagé par tous et il n'est pas justifié de prétendre que le texte serait protecteur des professionnels de santé : ils sont au cœur de la réforme puisqu'ils contribueront pour deux tiers à la réduction du déficit et qu'ils ont accepté le principe de sanctions ;

– en ce qui concerne la franchise, l'euro sera déduit du montant du remboursement par l'assurance maladie ;

– les complémentaires pourront juridiquement rembourser la franchise mais elles en seront financièrement dissuadées par l'article 32 qui lie aides fiscales et exonérations de cotisations au non remboursement de la franchise.

La commission a *rejeté* les amendements de suppression.

La commission a *rejeté* trois amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse, M. Maxime Gremetz et Mme Martine Billard, tendant à supprimer la participation forfaitaire.

La commission a *rejeté* quatre séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz supprimant respectivement l'application de la franchise forfaitaire :

– à chaque acte médical pris en charge par l'assurance maladie ;

– à chaque consultation ;

– aux actes et consultations réalisés par un médecin de ville,

– aux actes et consultations réalisés par un médecin dans un établissement de santé.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz tendant à exclure les actes ou

consultations de la franchise lorsqu'ils ont été réalisés dans des centres de santé fréquentés par les plus défavorisés, **le rapporteur** ayant observé que ceux-ci bénéficient généralement de la CMU et sont donc d'ores et déjà exonérés de la franchise.

La commission a *rejeté* deux séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz supprimant les dispositions :

- précisant que la participation forfaitaire s'ajoute au ticket modérateur ;

- définissant les modalités de fixation de son montant.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Préal précisant que la loi de financement de la sécurité sociale détermine le montant de la participation forfaitaire acquittée par le patient, **le rapporteur** ayant indiqué que ce rôle reviendra à l'UNCAM.

La commission a examiné un amendement de Mme Michèle Tabarot prévoyant l'envoi annuel, à chaque assuré, d'un récapitulatif faisant apparaître la totalité de ses consommations de santé.

M. François Guillaume a indiqué que la Mutualité sociale agricole (MSA) envoie trimestriellement un tel document. Cette pratique ne semble guère présenter d'intérêt et constitue surtout une surcharge financière pour la caisse.

M. Jacques Domergue a suggéré la création d'un service central, consultable sur Internet par l'ensemble des assurés, afin que chacun puisse prendre connaissance de son niveau de consommation ou bien la globalisation sur chaque relevé de remboursement de l'ensemble des dépenses effectuées et remboursements perçus.

M. Claude Evin a observé qu'une telle mesure entraînerait des coûts de gestion élevés.

M. Jean-Luc Warsmann a estimé qu'elle risquait de se révéler contreproductive compte tenu de la concentration des dépenses, chacun cherchant à obtenir un juste retour de ses cotisations.

M. Philippe Vitel a considéré que chaque document faisant état d'un remboursement devrait comporter la récapitulation mise à jour de l'ensemble des consommations de chaque patient. On pourrait ainsi identifier par des signaux d'alerte informatisés les consommations atypiques et faire intervenir le contrôle médical.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Claude Greff tendant à étendre la franchise aux personnes bénéficiaires de la CMU afin de responsabiliser l'ensemble des assurés.

M. François Guillaume s'est déclaré favorable à cette mesure car il est impérieux de sensibiliser l'ensemble des assurés sociaux à la question du déficit de la branche maladie.

La commission a *rejeté* l'amendement sur avis défavorable du **rapporteur**.

La commission a examiné en discussion commune deux amendements de M. Jacques Domergue tendant à retenir, pour la détermination des cas d'exonérations, des critères médicaux plutôt que sociaux, comme proposé par le projet de loi.

M. François Guillaume a souligné l'intérêt d'une telle démarche en rappelant qu'il n'y a pas lieu, par exemple, d'exonérer les enfants mineurs du dispositif, les allocations familiales devant également servir à la couverture des besoins de santé de l'enfant.

La commission a *rejeté* les amendements après que **le rapporteur** a rappelé que la rédaction retenue par le projet sur ce point est équilibrée.

La commission a examiné en discussion commune deux amendements de M. Jean-Luc Préel et Mme Martine Billard exonérant les personnes en affection de longue durée de la participation forfaitaire.

M. Jean-Luc Préel a souligné que ces personnes devront très fréquemment acquitter cette participation du fait de leur état. Le projet de loi prévoyant en outre un meilleur contrôle des affections de longue durée (ALD), il est légitime de les exonérer de cette participation.

Mme Martine Billard a insisté sur le caractère purement financier de cette participation qui ne relève en rien de la responsabilisation des assurés.

La commission a *rejeté* les amendements.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz tendant à exonérer de la participation forfaitaire les jeunes à la charge de leur famille jusqu'à l'âge de vingt et un ans.

La commission a ensuite *rejeté* successivement trois amendements de Mme Martine Billard tendant respectivement à exclure du champ de la participation forfaitaire les personnes bénéficiaires d'une pension d'invalidité, du minimum vieillesse ou de l'allocation adulte handicapé.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Alain Vidalies ajoutant les étudiants à la liste des personnes exonérées du paiement de la participation forfaitaire.

La commission a *rejeté* sept séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz tendant respectivement à exclure du champ de la participation forfaitaire :

- les femmes en congés maternité ;
- les personnes de plus de soixante ans ;
- les personnes privées d'emploi ;
- les consultations et actes relevant de la prévention ;
- les consultations et actes de vaccination ;
- les consultations et actes relevant de maladies chroniques ;
- les consultations et actes liés à une maladie professionnelle.

La commission a *rejeté* deux séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz supprimant respectivement l'interdiction pour le régime d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle de prendre en charge la contribution forfaitaire et la fixation provisoire du montant de celle-ci par décret.

M. Philippe Vitel a *retiré* un amendement confiant à la loi de financement de la sécurité sociale le soin de fixer le montant de la participation forfaitaire.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jacques Domergue excluant le remboursement de la participation forfaitaire par un organisme de protection sociale complémentaire.

La commission a *adopté* l'article 11 sans modification.

Après l'article 11

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz tendant à supprimer le forfait hospitalier.

* *

*

Mercredi 23 juin 2004

Présidence de M. Yves Bur, président

La commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à l'assurance maladie a poursuivi, sur le rapport de **M. Jean-Michel Dubernard**, l'examen du projet de loi relatif à l'assurance maladie (n° 1675).

Article 12 (articles L. 162-21, L. 161-31 et L. 162-4-3 du code de la sécurité sociale): *Accès des professionnels de santé aux informations détenues par les caisses d'assurance maladie et contrôle de l'utilisation de la carte Vitale*

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* trois amendements de suppression de l'article de Mme Jacqueline Fraysse et de MM. Maxime Gremetz et Jean-Marie Le Guen.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* deux séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant respectivement le paragraphe I et l'avant-dernier alinéa du paragraphe I de l'article, le paragraphe I autorisant les médecins à consulter les données issues des procédures de remboursement et l'avant-dernier alinéa du I mettant à la disposition du médecin un relevé de ces données.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur élargissant le contenu des éléments pouvant être consultés en ligne par les médecins, en y intégrant notamment le protocole de soins des patients atteints d'affections de longue durée.

La commission a *adopté* deux amendements identiques de MM. Philippe Vitel et Jean-Luc Prével précisant que le décret d'application de l'article L. 162-4-3 du code de la sécurité sociale est pris après avis du conseil national de l'ordre des médecins.

La commission a ensuite *adopté* un amendement du président Yves Bur prévoyant l'apposition d'une photographie sur les cartes Vitale à l'occasion de leur prochain renouvellement, prévu en 2006.

En réponse à une interrogation de **M. Jean Le Garrec** relative à l'évaluation financière de cette mesure, **le président Yves Bur** a précisé que le coût peut en être estimé à 20 millions d'euros et qu'il convient de prendre en compte les économies qui vont être ainsi réalisées grâce à la diminution de la fraude. De manière significative, cette mesure est proposée par les directeurs des caisses de sécurité sociale.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le paragraphe II de l'article.

La commission a examiné un amendement de Mme Claude Greff précisant les modalités de gestion de la délivrance de la carte Vitale.

Le rapporteur s'est déclaré favorable à l'amendement sous réserve de la suppression des deux derniers alinéas relatifs aux cartes volées, perdues ou non retournées aux organismes d'assurance maladie.

La commission a *adopté* ce sous-amendement puis l'amendement ainsi modifié.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz de précision rédactionnelle.

La commission a examiné trois amendements identiques de Mmes Jacqueline Fraysse et Martine Billard et de M. Maxime Gremetz supprimant le paragraphe III de l'article précisant que, dans les établissements de soins, il peut être demandé à l'assuré d'attester de son identité.

Mme Martine Billard a précisé qu'à partir du moment où presque toutes les personnes sont couvertes par l'assurance maladie, il n'est pas nécessaire d'habiliter les établissements de soins à contrôler l'identité des assurés. Le montant des fraudes n'est pas significatif.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* les trois amendements.

La commission a *adopté* deux amendements identiques de MM. Jean-Luc Prél et Philippe Vitel précisant, afin d'alléger la charge pesant sur les médecins, l'attestation d'identité est effectuée auprès des services administratifs des établissements de santé.

Sont en conséquence *devenus sans objet* un amendement de M. Jean-Luc Prél rendant obligatoire cette attestation d'identité, ainsi qu'un amendement de M. Claude Evin poursuivant le même objectif que ceux adoptés précédemment.

La commission a *adopté* l'article 12 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 12 (article L. 161-31 du code de la sécurité sociale) : *Communication à l'assuré porteur d'une carte Vitale du coût des prestations et des médicaments dont il bénéficie*

La commission a *adopté* un amendement de M. Bernard Perrut prévoyant que l'assuré social porteur d'une carte Vitale est informé du coût des

prestations et des dépenses en médicaments dont il bénéficie, après que **le rapporteur** a rappelé que cette proposition a déjà été discutée dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

Article 13 (article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale) :
Institution de pénalités financières en cas d'abus ou de fraude des professionnels, des établissements de santé et des assurés

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* deux séries de deux amendements de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant respectivement l'article et son paragraphe I.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* trois séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le dispositif de pénalité établi par l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale respectivement pour les professionnels de santé, les établissements de santé et les assurés.

La commission a *adopté* deux amendements identiques de MM. Jean-Luc Prével et Philippe Vitel précisant que des représentants de la même profession que les professionnels auxquels sont appliquées les pénalités participent à la commission chargée de donner un avis sur celles-ci, après que **le rapporteur** a émis un avis favorable.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur précisant que la commission précédemment mentionnée apprécie la responsabilité de l'assuré, du professionnel de l'établissement dans l'inobservation des règles du code de la sécurité sociale, afin de garantir la prise en compte d'éléments susceptibles d'atténuer cette responsabilité.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur précisant que la pénalité financière prononcée par l'organisme local d'assurance maladie peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif. A cette occasion, **M. Xavier de Roux** s'est interrogé sur les raisons de cette compétence juridictionnelle alors que l'on se trouve dans le cadre général du contentieux de la sécurité sociale.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-1-14 relatif aux modalités de recouvrement de la pénalité précédemment mentionnée.

M. Claude Evin a précisé que s'agissant de la procédure de pénalisation des professionnels de santé, il conviendra, lors de la réunion de la commission qui se tiendra en application de l'article 88 du Règlement, d'étudier également la situation des établissements de santé au regard de cette même question.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur précisant qu'un organisme de sécurité sociale ne peut à la fois recourir au dispositif de pénalité prévu par le présent article 13 et aux procédures conventionnelles pour sanctionner une même inobservation des règles par un professionnel de santé.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le dernier alinéa de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale renvoyant les modalités d'application de l'article à un décret en Conseil d'État.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* un amendement de Mme Martine Billard supprimant le II de l'article 13.

La commission a *adopté* un amendement de cohérence du rapporteur, donnant compétence aux juridictions administratives pour le contentieux des sanctions pour non respect des références médicales.

La commission a *adopté* l'article 13 ainsi modifié.

Article 14 (articles L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale) :
Renforcement du contrôle des prescripteurs de transports ou d'arrêts de travail

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* deux amendements de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz de suppression de l'article.

Le rapporteur ayant précisé qu'il ne convient pas de mêler les différents mécanismes, la commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Préel proposant une nouvelle rédaction de l'article pour y introduire, notamment, une référence au caractère préalable des éventuelles sanctions prévues par les conventions.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le premier alinéa de l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale.

La commission a *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur.

La commission a *rejeté* deux séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant respectivement le 1° et le 2° de l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale.

La commission a examiné un amendement de Mme Martine Billard proposant une nouvelle rédaction du 2° de l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale.

Mme Martine Billard a précisé que l'article, en l'état, est inapplicable et manque de cohérence. La possibilité d'une sanction sur le seul fondement du dépassement d'un niveau moyen de prescriptions n'est pas acceptable. Il s'agit d'une forme de réintroduction des sanctions collectives dénoncées par les syndicats de médecins lors de la discussion du « plan Juppé ». La mise en œuvre du dispositif risque d'imposer aux patients des changements fréquents du médecin traitant qu'elles auront dû déclarer, changements particulièrement difficiles à supporter pour les personnes âgées.

M. Xavier de Roux a objecté qu'il ne s'agit pas d'une sanction collective. Il convient en effet d'abord de démontrer l'existence d'un abus. En outre, un amendement dont l'examen est à venir prévoit toutes les précautions nécessaires.

Le rapporteur a souligné la nécessité d'une modification du régime des indemnités journalières afin de changer les comportements. Il y a là davantage un repérage statistique que l'apparition d'une sanction nouvelle.

La commission a *rejeté* trois séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le mot « significativement » dans le 2° de l'article, puis supprimant le 3° de l'article, enfin supprimant le même mot dans ce 3°.

La commission a *adopté* quatre amendements identiques de MM. Philippe Vitel, Jean-Luc Prével et Maxime Gremetz et de Mme Jacqueline Fraysse supprimant le dernier alinéa de l'article 14, de façon à éviter la mise en œuvre d'une sanction de suspension de prise en charge des prescriptions de transport et d'arrêts de travail, après que **le rapporteur** a émis un avis favorable en notant que les patients n'ont pas à subir les conséquences des fautes des médecins.

Sont en conséquence *devenus sans objet* deux amendements identiques de précision de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz, ainsi qu'un amendement de Mme Martine Billard remplaçant, dans le cas prévu au dernier alinéa de l'article 14, la suspension de prise en charge par la pénalité financière prévue à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale.

La commission a *adopté* l'article 14 ainsi modifié.

Après l'article 14

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Martine Billard précisant que la comparaison des prescriptions d'arrêt de travail s'effectue entre médecins exerçant dans des conditions équivalentes.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Martine Billard supprimant un dispositif introduit dans la loi de financement de sécurité sociale

pour 2004 et prévoyant la transmission aux services du contrôle médical des avis des médecins chargés par les employeurs de contrôler les arrêts de travail, **le rapporteur** ayant fait valoir que le contrôle médical continue à dépendre des caisses et que l'employeur n'a donc pas le pouvoir de faire tout seul déclarer injustifié un arrêt de travail.

Article 15 (articles L. 315-2, L. 315-2-1 et L. 321-2 du code de la sécurité sociale) : *Renforcement du contrôle des bénéficiaires d'indemnités journalières*

La commission a *rejeté* trois amendements de suppression de Mme Jacqueline Fraysse et de MM. Jean-Marie Le Guen et Maxime Gremetz.

La commission a examiné un amendement du **président Yves Bur** qui dispose que le contrôle médical vérifie, à l'occasion des examens individuels qu'il réalise, l'identité du patient en lui demandant un document comportant une photographie, l'auteur ayant précisé que la disposition répond à une demande des directeurs de caisses.

Mme Martine Billard a émis des doutes sur l'utilité de cette mesure dès lors que la carte Vitale comportera une photographie.

Suivant l'avis favorable du **rapporteur**, la commission a *adopté* l'amendement.

La commission a *rejeté* trois séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le paragraphe I de cet article, puis ses alinéas 1° et 2°.

La commission a *rejeté* trois amendements de Mmes Martine Billard et Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le paragraphe II de l'article.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prével prévoyant que le renouvellement des arrêts de travail est effectué par le médecin-conseil et non plus par le médecin traitant.

M. Olivier Jardé s'est demandé si cette disposition ne poserait pas des problèmes de délais. Mieux vaut un pouvoir d'opposition du médecin-conseil au renouvellement des arrêts de travail.

M. Richard Mallié a souligné que les services du contrôle médical ne remplissent pas correctement, actuellement, leur mission de contrôle des arrêts de travail.

M. Jean-Pierre Door a estimé que ce n'était pas aux médecins-conseil d'exercer cette tâche.

Le rapporteur a indiqué qu'un amendement à venir permet de répondre à la préoccupation d'améliorer le suivi du renouvellement des arrêts de travail. On doit également s'interroger sur la capacité des médecins-conseil à effectuer toutes les missions nouvelles dont le projet les charge.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Puis elle a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le paragraphe III de l'article 15.

La commission a *adopté* l'article 15 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 15 (article L. 162-4-4 du code de la sécurité sociale) : *Obligation de passer par le médecin prescripteur initial pour la prolongation d'un arrêt de travail*

La commission a *adopté* un amendement portant article additionnel du **rapporteur** disposant que la prolongation d'un arrêt de travail doit être établie par le médecin prescripteur de l'arrêt initial, sauf impossibilité, après que l'auteur a indiqué que c'est un moyen de lutter contre le nomadisme médical.

Article 16 (article L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale) : *Institution d'une procédure de récupération des indus auprès des assurés*

La commission a *rejeté* deux amendements de suppression de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le premier alinéa de l'article L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale.

La commission a *rejeté* deux amendements rédactionnels identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant la mention de l'assurance maladie dans le premier alinéa de l'article L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant la mention des caisses de sécurité sociale gérant le risque accidents du travail dans cet article.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant la mention de la dispense d'avances des frais au même article.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz interdisant aux caisses de sécurité sociale de procéder par retenues sur les prestations sociales à venir pour récupérer des prestations indues.

La commission a examiné un amendement de Mme Martine Billard prévoyant que les sommes indues pourront être récupérées par un ou plusieurs versements plutôt que retenues sur les prestations à venir.

Le rapporteur a émis un avis favorable sous réserve d'un sous-amendement de précision.

La commission a *adopté* le sous-amendement, puis l'amendement ainsi sous-amendé.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant la mention de la possibilité de rembourser l'indu par un remboursement intégral de la dette en un seul versement.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz précisant que les dispositions relatives aux récupérations des indus ne s'appliqueraient pas aux assurés mineurs.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz disposant que ces dispositions ne s'appliqueraient pas aux bénéficiaires de la CMU.

Elle a *rejeté* également deux amendements identiques des mêmes auteurs prévoyant que cet article ne s'appliquerait pas non plus aux assurés sociaux de plus de soixante ans.

Elle a enfin *rejeté* deux amendements identiques des mêmes auteurs précisant qu'il ne s'appliquerait pas aux actes relevant de la prévention.

La commission a *adopté* l'article 16 ainsi modifié.

Après l'article 16

La commission a examiné un amendement de Mme Michèle Tabarot prévoyant que les demandeurs de la protection complémentaire CMU seraient soumis à un contrôle systématique, *a priori* ou *a posteriori*, de leurs ressources, pour lequel le concours des services fiscaux pourrait être requis.

Le rapporteur a déclaré que cet amendement ne lui paraît pas nécessaire car l'obtention de la CMU est déjà subordonnée à la constitution d'un dossier établissant que le demandeur ne dispose pas de ressources suffisantes pour accéder aux soins. De plus, ce contrôle supplémentaire

stigmatiserait les titulaires de la CMU comme des fraudeurs en puissance. Il semble préférable de prévoir des contrôles de suivi pour s'assurer que le niveau de ressources de l'intéressé n'a pas évolué.

Mme Michèle Tabarot a fait remarquer que la fréquence des fraudes conduit à une certaine méfiance vis-à-vis des personnes titulaires de la CMU. Si des contrôles sérieux étaient opérés, cette suspicion n'existerait pas.

M. Xavier de Roux a souligné que le bénéficiaire devait remplir des critères d'attribution. Il est dès lors nécessaire de cibler le suivi de l'attribution des prestations.

Mme Danièle Hoffmann-Rispal a déploré que de nombreux députés de la majorité répandent l'idée que les titulaires de minima sociaux sont des fraudeurs systématiques. Cette suspicion généralisée doit être combattue et il est inquiétant que des députés colportent des idées fausses.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Marie Le Guen prévoyant que le gouvernement réunit tous les six mois une conférence nationale sur la politique du médicament afin de parvenir à une réduction de la consommation de 20 % en trois ans, **le rapporteur** ayant émis des doutes sur la portée de ce dispositif.

Section 4

Médicament

Article 17 (article L. 5121-1 du code de la santé publique) :
Élargissement de la définition du générique

La commission a *rejeté* un amendement de M. Pierre Morange visant à transposer plus fidèlement la directive européenne 2004/27/CE en précisant que le demandeur doit apporter des informations complémentaires fournissant la preuve de l'efficacité et/ou de la sécurité des dérivés chimiques de principes actifs, **le rapporteur** ayant souligné le caractère perfectible de sa rédaction.

La commission a *adopté* l'article 17 sans modification.

Après l'article 17

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Martine Billard précisant que les médecins sont tenus de libeller leurs prescriptions en dénomination commune internationale, **le rapporteur** ayant considéré l'amendement comme intéressant mais faisant peser trop de charges sur les médecins.

Article 18 (articles L. 162-17, L. 162-17-1-1 et L. 162-17-4 et L. 162-17-8 du code de la sécurité sociale et L. 5123-2 du code de la santé publique) : *Amélioration de la qualité de la visite médicale et du conditionnement des médicaments*

La commission a examiné un amendement de Mme Martine Billard disposant que la publicité sur les médicaments est réservée à la presse spécialisée.

Mme Martine Billard a souligné la nécessité de lutter contre les incitations en direction des médecins pour augmenter la vente des médicaments. Il s'agit non seulement de réduire globalement la consommation de médicaments mais aussi de réduire celle de médicaments inutiles.

Le rapporteur s'est déclaré défavorable au motif que, d'ores et déjà, seuls les médicaments dépourvus de service médical rendu peuvent bénéficier de publicité dans la presse généraliste.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Suivant l'avis favorable du **rapporteur**, qui a estimé opportun de renforcer la dimension éthique de la charte de qualité des pratiques, la commission a *adopté* un amendement de Mme Michèle Tabarot lui donnant mission d'encadrer les pratiques commerciales et promotionnelles qui pourraient nuire à la qualité des soins.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prével précisant que la charte a aussi pour objet la hiérarchisation des prescriptions en fonction de la pathologie et la promotion des génériques.

Le président Yves Bur a *retiré* un amendement instituant une pénalisation financière pour les entreprises qui ne respecteraient pas les obligations découlant de la charte de qualité, après avoir précisé qu'il est préférable de menacer ces entreprises d'un retrait d'agrément.

La commission a *adopté* l'article 18 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 18 (article L. 126-1-14 du code de la sécurité sociale) : *Logiciels d'aide à la prescription médicale*

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur précisant que les logiciels d'aide à la prescription médicale sont certifiés par un organisme accrédité et respectent une charte de qualité établie par la Haute autorité de santé.

Après l'article 18

La commission a *rejeté* huit séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz :

- précisant que les entreprises sont tenues de demander le remboursement de leurs médicaments ;
- prévoyant le retrait de l'autorisation de mise sur le marché des médicaments sans service médical rendu ;
- réformant la procédure d'inscription sur la liste des médicaments remboursables pour les médicaments à service médical rendu ;
- prévoyant la prise en charge à 100 % par l'assurance maladie des médicaments dont la mise sur le marché est autorisée ;
- créant un conseil national du médicament ;
- faisant coïncider l'autorisation de mise sur le marché et le dépôt d'une demande d'inscription sur la liste des médicaments remboursables ;
- attribuant à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé un rôle de contrôle et de surveillance de la valeur thérapeutique et du prix de mise sur le marché des médicaments ;
- créant un fonds d'aide au développement de la recherche sur les maladies rares et les maladies tropicales.

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES À L'ORGANISATION DE L'ASSURANCE MALADIE

Section 1

Haute autorité de santé

Avant l'article 19

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz créant un conseil consultatif de l'assurance maladie.

Article 19 (articles L. 161-37 à L. 161-44 du code de la sécurité sociale) : *La Haute autorité de santé*

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant l'article.

Le rapporteur s'est déclaré choqué par la motivation de l'amendement qui présente la Haute autorité de santé comme un outil au

service du rationnement des soins alors qu'il s'agit d'une structure d'expertise scientifique chargée de recueillir toutes les données et de les évaluer.

La commission a *rejeté* les amendements.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le paragraphe I de l'article.

Article L. 161-37 du code de la sécurité sociale : Statut et compétences de la Haute autorité de santé

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Marie Le Guen transformant la dénomination de la Haute autorité de santé en « Conseil scientifique de santé ».

M. Simon Renucci a précisé qu'il convient de modifier le nom de la structure créée par l'article 19 afin de souligner la priorité de son caractère d'instance scientifique sur son rôle économique.

Mme Martine Billard a fait observer que la multiplication des nouvelles structures et l'absence d'articulation entre les textes existants et les dispositions nouvelles rendent l'ensemble fortement incohérent.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *rejeté* cinq séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz :

- supprimant l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale ;
- supprimant le mot « indépendante » à cet article ;
- supprimant le 1° de cet article ;
- supprimant la fin de ce 1° ;
- supprimant le 2° de cet article.

La commission a examiné un amendement de Mme Martine Billard précisant que le fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique (FOPIM) est associé aux actions d'information sur les bonnes pratiques de la Haute autorité.

Mme Martine Billard a indiqué qu'il est nécessaire de renforcer les moyens des outils tels que l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) et le FOPIM, contrairement au projet de loi qui entend les supprimer ou, du moins, ne pas les renforcer.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

Elle a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant les dispositions confiant à la Haute autorité la responsabilité de veiller à l'élaboration des guides de bon usage des soins ou de bonne pratique et de procéder à leur diffusion.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur modifiant la rédaction du début du troisième alinéa de cet article (2°), **le rapporteur** ayant indiqué qu'il s'agit de clarifier la répartition des missions entre la Haute autorité et les agences sanitaires. En particulier, le rôle de coordination confié à la Haute autorité ne porte pas sur les compétences professionnelles ; elle n'a pas à procéder directement à la diffusion des bonnes pratiques.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Claude Greff complétant les missions de la Haute autorité de santé en matière de prévention.

La commission a examiné quinze séries de deux amendements identiques Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz, confiant à la Haute autorité la mission de mener une réflexion sur les thèmes suivants :

- la création d'une contribution sociale sur les actifs financiers des entreprises ;
- la gratuité des soins ;
- la généralisation des actes et consultations de prévention ;
- le développement de l'éducation à la santé ;
- la réforme des cotisations sociales prenant en compte la valeur ajoutée globale ;
- l'amélioration du niveau de remboursement général par l'assurance maladie ;
- le développement de la recherche en matière de santé et de prévention ;
- la prise en charge d'une visite médicale annuelle de médecine préventive tout au long de la vie ;
- le suivi des vaccinations et des actes de dépistage ;
- la visite médicale annuelle pour l'ensemble des enfants scolarisés ;
- la garantie de la liberté du choix des praticiens ;

– la gratuité des consultations et des soins induits par la médecine scolaire, ainsi que des examens de prévention pour les adultes ;

– la gratuité des soins pour les malades atteints de maladies longues et coûteuses ;

– la prise en charge intégrale des soins faisant suite à l'hospitalisation ;

– la suppression du secteur II à honoraires libres et des lits privés dans l'hôpital public ;

Le rapporteur ayant déclaré que toutes ces missions éloigneraient la Haute autorité de sa mission d'expertise scientifique, la commission a *rejeté* ces amendements.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* un amendement de Mme Michèle Tabarot confiant à la Haute autorité de santé la mission de participer à l'élaboration d'un programme d'apprentissage des bonnes pratiques en milieu scolaire.

La commission a examiné trois amendements de Mme Jacqueline Fraysse et de MM. Maxime Gremetz et Jean-Luc Prél supprimant le dernier alinéa de l'article L. 161-37.

M. Olivier Jardé a expliqué que la Haute autorité ne doit pas avoir de rôle économique.

Le rapporteur ayant approuvé l'esprit de ces amendements mais indiqué que la rédaction de l'amendement ultérieur de M. Jean-Marie Le Guen est préférable, l'amendement de M. Jean-Luc Prél a été *retiré* et les deux autres ont été *rejetés*.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur corrigeant une erreur matérielle.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Marie Le Guen supprimant la notion de cadrage pluriannuel des dépenses d'assurance maladie dans les éléments dont la Haute autorité devra tenir compte.

M. Simon Renucci a souligné que la nouvelle structure doit rester une instance scientifique et ne doit pas rendre des avis en fonction de critères économiques.

M. Jean-Marie Le Guen a ajouté qu'il faut clarifier les instances responsables et les objectifs en matière de qualité des soins d'un côté et de contrôle des dépenses de l'autre.

Suivant l'avis favorable du **rapporteur**, la commission a *adopté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement du rapporteur prévoyant qu'un rapport annuel d'activité de la Haute autorité de santé sera transmis au Parlement.

Le rapporteur a précisé que ce rapport devra porter notamment sur les travaux des commissions spécialisées et sur les actions de diffusion des référentiels et d'information des professionnels de santé et des assurés.

Le président Yves Bur ayant suggéré de fixer une date limite, le 1^{er} juillet de chaque année, pour la transmission de ce rapport, la commission a *adopté* ce sous-amendement, puis l'amendement ainsi sous-amendé.

En conséquence, un amendement de M. Pierre Morange, dont l'objet était identique, a été *rejeté*.

Suivant l'avis favorable du **rapporteur**, la commission a *adopté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz précisant que les décisions et communications de la Haute autorité seront transmises à la conférence nationale de santé.

Article L. 161-38 du code de la sécurité sociale : Conditions d'exercice des compétences

La commission a *rejeté* deux amendements de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, elle a *rejeté* un amendement de **M. Jean-Luc Prél** disposant que la Haute autorité décide des conditions de remboursement d'un ensemble de soins ou d'une catégorie de prestations, le projet prévoyant seulement une consultation éventuelle sur le bien-fondé et les conditions de leur prise en charge.

La commission a examiné un amendement de M. Pierre Morange permettant à l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) de déclencher la consultation susmentionnée.

Le rapporteur s'est déclaré favorable, sous la réserve d'introduire le mot « notamment » afin que l'UNCAM ne soit pas seule à pouvoir saisir la Haute autorité.

La commission a *adopté* le sous-amendement, puis l'amendement ainsi sous-amendé.

Suivant l'avis favorable du **rapporteur**, la commission a *adopté* un amendement de M. Pierre Morange étendant la consultation susmentionnée aux protocoles de soins.

La commission a examiné un amendement de M. Philippe Vitel précisant que les informations communiquées à la Haute autorité par les entreprises et professions de santé devront préalablement être rendues anonymes.

M. Philippe Vitel a précisé que les travaux de la Haute autorité ne justifient pas que les données lui soient communiquées sous forme nominative.

M. Xavier de Roux ayant fait observer que ce point soulève tout le problème de la confidentialité des données, **le rapporteur** s'est déclaré favorable à une disposition qui renforce les garanties apportées aux droits des personnes.

La commission a *adopté* l'amendement.

La commission a *adopté* deux amendements du rapporteur, le premier rappelant la répartition des missions entre la Haute autorité et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) et le second précisant que l'Institut des données de santé est également tenu de transmettre à la Haute autorité les informations nécessaires à sa mission.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prével disposant que les informations transmises par les caisses d'assurance maladie à la Haute autorité le sont après avoir été rendues anonymes.

Le rapporteur s'est interrogé sur la nécessité de l'amendement dès lors qu'il est précisé que cette transmission se fait dans le respect des règles relatives au traitement des données à caractère personnel.

M. Xavier de Roux a observé que cette dernière précision n'entraîne pas forcément l'anonymat.

Après que **le rapporteur**, considérant que deux précautions valent mieux qu'une, a donné un avis favorable, la commission a *adopté* l'amendement.

Article L. 161-39 du code de la sécurité sociale : Organisation en collège et en commissions spécialisées

La commission a *rejeté* deux amendements de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz de suppression de l'article L. 161-39.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Pierre Morange disposant que le programme de travail de la Haute autorité de santé est déterminé par son collège sur proposition de l'UNCAM, **le rapporteur** ayant souhaité que la Haute autorité conserve toute son indépendance.

Article L. 161-40 du code de la sécurité sociale : Désignation et durée du mandat des membres du collège

La commission a *rejeté* deux amendements de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz de suppression de l'article L. 161-40.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prél redéfinissant les modalités de nomination des membres du collège et prévoyant un processus de révocation avec intervention du Parlement.

M. Jean-Luc Prél a souligné que le mode de désignation retenu par le projet pour les membres du collège est comparable à celui prévu pour des autorités telles que le Conseil constitutionnel ou le Conseil supérieur de l'audiovisuel, qui disposent d'un véritable pouvoir de décision. Ce n'est pas le cas de la Haute autorité de santé qui est une instance scientifique à vocation consultative. Il serait donc préférable de modifier le mode de désignation de ses membres, comme le propose cet amendement ainsi que l'amendement suivant.

M. Jean-Marie Le Guen a approuvé M. Jean-Luc Prél en dénonçant la confusion dont font l'objet tant la dénomination de la Haute autorité que les modalités de nomination de ses membres. Si l'on souhaitait vraiment mettre en place une haute autorité dont les avis s'imposent à la société, notamment en matière de panier de soins, il fallait rendre ces avis opposables. Comme ce n'est pas le cas, la Haute autorité est une simple autorité scientifique qui doit, dès lors, être composée comme les autres autorités de ce type (Collège de France par exemple). Jamais jusqu'à présent les autorités politiques n'étaient intervenues dans la désignation d'instances scientifiques. Quel crédit pourra avoir « le scientifique » du Président de la République ? Il conviendrait donc de préférer une gestion et une désignation du collège par des pairs.

M. Xavier de Roux a réfuté l'accusation de confusion car la Haute autorité n'est pas une simple instance de consultation, mais bien une instance dotée du pouvoir de « faire ». Quant au choix de ses membres, l'article précise clairement qu'il est fondé sur leurs qualifications et leur expérience.

M. Jean-Luc Prél a rappelé, pour le déplorer, que la commission a rejeté son amendement précédent qui prévoyait de doter la Haute autorité de santé d'un véritable pouvoir de décision. En conséquence, la Haute autorité n'aura pas plus de pouvoirs que l'actuelle commission de la transparence – elle évaluera, mais ne décidera pas en dernier ressort –, ce qui ne justifie pas le mode très solennel de nomination de ses membres.

Le rapporteur a souligné l'imprécision de la rédaction de l'amendement, s'interrogeant sur les notions de « renommée internationale » et de « consensus scientifique » en tant que critères de choix des membres du

collège. Par ailleurs, en ce qui concerne ses missions, la Haute autorité n'est pas appelée à « faire » directement mais plutôt à « faire faire », notamment en matière d'évaluation. L'article est tout à fait satisfaisant dans sa rédaction actuelle et il n'est pas nécessaire de le compliquer.

L'amendement a été *rejeté*.

La commission a également *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prével proposant une nomination des membres du collège par l'Académie de médecine, l'Académie de chirurgie, l'Académie de pharmacie et l'INSERM.

Article L. 161-41 du code de la sécurité sociale : Personnel des services

La commission a *rejeté* deux amendements de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz de suppression de l'article L. 161-41.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le renvoi possible au décret de la définition du statut des personnels de droit privé de la Haute autorité.

Article L. 161-42 du code de la sécurité sociale : Règles déontologiques applicables aux membres et au personnel de la HAS

La commission a *rejeté* deux amendements de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz de suppression de l'article L. 161-42.

Article L. 161-43 du code de la sécurité sociale : Autonomie financière

La commission a *rejeté* deux amendements de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz de suppression de l'article L. 161-43.

Sur avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* un amendement de Mme Martine Billard supprimant l'affectation partielle à la Haute autorité de la contribution sur les frais de promotion des entreprises pharmaceutiques, afin de conserver au Fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique (FOPIM) ses moyens propres de financement.

Article L. 161-44 nouveau du code de la sécurité sociale : Conditions d'application

La commission a *rejeté* deux amendements de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz de suppression de l'article L. 161-44.

La commission a *rejeté* deux amendements de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le paragraphe II de l'article 19.

La commission a *adopté* l'article 19 ainsi modifié.

Article 20 (articles L. 165-1 du code de la sécurité sociale, L. 4001-1, L. 4001-2, L. 5123-3 à L. 5123-5 L. 5211-5-1 et L. 5311-2) : *Transfert à la Haute autorité de santé de certaines compétences de l'AFSSAPS*

La commission a *rejeté* trois amendements de Mme Jacqueline Fraysse et de MM. Maxime Gremetz et Jean-Marie Le Guen de suppression de l'article.

La commission a *rejeté* deux séries de deux amendements de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant les paragraphes I et II de l'article.

La commission a *rejeté* trois amendements de Mmes Martine Billard et Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le paragraphe III de l'article.

La commission a *adopté* l'article 20 sans modification.

Section 2

Respect des objectifs de dépenses

Avant l'article 21

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Marie Le Guen portant création d'un office parlementaire de contrôle et de suivi de l'assurance maladie.

M. Jean-Marie Le Guen a rappelé que le projet de loi, à travers la réforme de la gouvernance de l'assurance maladie, crée, en la personne du directeur général de l'UNCAM, un « superman » chargé de gérer environ 130 milliards d'euros sans avoir de comptes à rendre à personne. La faculté pour le conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) de s'opposer à sa nomination par une majorité des deux tiers de ses membres est une mesure d'habillage sans portée réelle. Il apparaît donc tout à fait nécessaire de créer une structure parlementaire pour assurer le suivi et le contrôle de l'assurance maladie. Pour que la réforme soit efficace, le directeur général doit être légitime, ce qui ne sera pas le cas si aucun contrôle parlementaire n'est instauré.

Le rapporteur a rappelé qu'il existe à l'Assemblée nationale et au Sénat des commissions des affaires sociales dont le rôle est notamment d'assurer ce contrôle. La création d'un office n'a de sens que pour des sujets qui ne correspondent pas aux compétences spécifiques des commissions. Par ailleurs, le directeur général n'est pas omnipotent puisque le projet de loi prévoit qu'il rend compte au conseil d'administration de la CNAMTS en fin d'exercice.

M. Jean-Marie Le Guen a considéré que malgré l'habillage du texte, il n'y a pas de réel contrôle de l'action du directeur général. Le conseil de surveillance de la CNAMTS est défaillant de ce point de vue. La réponse du rapporteur, qui se trouve être également le président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, est légitime mais on sait que la commission n'est pas aujourd'hui suffisamment outillée, organisée et mobilisée pour contrôler efficacement les comptes sociaux. Les parlementaires doivent disposer de moyens spécifiques conséquents, à l'instar de ceux mis à leur disposition quand ils participent au conseil de surveillance de la Caisse des dépôts et consignations.

Le président Yves Bur a suggéré que ce contrôle soit assuré en accordant des compétences renforcées aux rapporteurs des commissions des affaires sociales et des finances sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale. On pourrait aussi envisager la création d'une mission d'évaluation et de contrôle spécifique à l'assurance maladie, du type de celle fonctionnant à la commission des finances.

M. Jean-Marie Le Guen a observé que, dans tous les cas, il faudra se doter des moyens financiers suffisants et de personnels exclusivement dédiés à cette tâche.

M. Gérard Bapt a souligné que le projet de loi écarte totalement le Parlement du dispositif de contrôle des comptes, en dehors du vote de la loi de financement de la sécurité sociale. Chacun connaît cependant les limites de cet exercice et des moyens de contrôle des rapporteurs. Quant à la mission d'évaluation et de contrôle, elle ne peut remédier à cette situation puisqu'elle travaille sur des missions temporaires successives. Les comptes de la sécurité sociale doivent faire l'objet d'un contrôle permanent par le Parlement et la création d'un office répondrait à cette nécessité. Aujourd'hui, les commissions des finances et des affaires sociales ne mènent aucun travail en commun, ni sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale, ni sur le budget de la santé. C'est bien aux parlementaires de prendre l'initiative en la matière.

M. Jean Le Garrec a également considéré que le conseil d'administration de la CNAMTS n'est pas l'instance la mieux à même de contrôler l'action de son directeur général. Quant aux commissions parlementaires, on sait bien que le rôle et les pouvoirs des rapporteurs budgétaires et des rapporteurs sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale sont très limités. Compte tenu de l'importance des masses financières, mais également de la complexité des financements et des acteurs, les comptes de la sécurité sociale sont bien plus difficiles à contrôler que le budget de l'Etat. La commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale a cherché depuis quelques années à progresser dans ce contrôle en demandant chaque année à la Cour des comptes d'étudier des

thèmes spécifiques, mais elle ne dispose pas des moyens nécessaires pour assurer, en aval, le suivi des mesures votées et des évolutions proposées.

On peut bien sûr discuter de la forme de l'instance de contrôle proposée, de ses pouvoirs et de sa composition. Mais, en tout état de cause, ce sujet doit être sérieusement travaillé afin de pouvoir aboutir à une proposition en séance publique.

M. Claude Evin a relevé la multiplication, depuis une décennie et particulièrement depuis les ordonnances de 1996, des structures de contrôle et de surveillance. Il est temps de revoir la cohérence de l'ensemble. Il faut recentrer le contrôle et le rendre plus efficient. Seul le Parlement, en se dotant d'un outil adapté, peut remplir cette mission à la condition de disposer des moyens nécessaires en personnel. De fait, les moyens de la commission des finances sont sensiblement supérieurs à ceux de la commission des affaires sociales, alors qu'elles disposent en principe des mêmes prérogatives.

M. Jean-Marie Le Guen a rappelé la critique faite par le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie de la sous-administration d'un secteur qui gère pourtant 130 milliards d'euros. Si le Parlement ne se dote pas des moyens d'assurer le contrôle de ce secteur, il entérine son propre déclin.

M. Jacques Domergue a jugé qu'une volonté politique forte est nécessaire pour imposer un véritable système de contrôle des comptes de la sécurité sociale, sur lesquels le Parlement a naturellement vocation à se prononcer.

Le rapporteur a observé que l'on ne peut faire abstraction des organes de contrôle extérieurs à l'Assemblée nationale qui existent déjà, comme le conseil de surveillance de la CNAMTS. Par ailleurs, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales dispose d'un rapporteur sur l'assurance maladie dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, et, plus largement, d'un noyau de députés compétents, même si leur activité n'est pas formellement coordonnée. De son côté, la commission des finances dispose d'un rapporteur pour avis, dont cependant les travaux ne sont pas articulés avec ceux de la commission des affaires sociales. Il faut effectivement réfléchir au moyen d'assurer un meilleur contrôle et un meilleur suivi. Il y a consensus sur ce point. Il serait préférable que l'amendement soit retiré, afin de travailler à une proposition consensuelle d'ici l'examen du texte en séance publique.

M. Jean-Marie Le Guen a rappelé que ce débat a pour objet la capacité collective des élus à faire évoluer le rôle du Parlement, qui n'a pas aujourd'hui les moyens de contrôler le budget de l'assurance maladie.

L'amendement pourrait être retiré à la condition qu'une proposition concrète de création d'une structure *ad hoc* voie le jour.

M. Hervé Mariton a estimé que la multiplication des lieux de contrôle atténue la portée du contrôle lui-même, car les organismes contrôlés peuvent jouer de cette multiplication. La question posée est bien celle des structures de contrôle au sein de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale. A cet égard, la commission des finances s'est dotée de la mission d'évaluation et de contrôle (MEC) et la création au sein de la commission des affaires sociales d'une structure comparable pourrait être une réponse. La question des moyens humains n'est pas impossible à régler.

M. Jean-Marie Le Guen a retiré l'amendement.

Article 21 (article L. 111-11 du code de la sécurité sociale et article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003) : *Association des caisses à la préparation du budget de l'assurance maladie*

La commission a examiné trois amendements de suppression de l'article de Mme Jacqueline Fraysse et de MM. Maxime Gremetz et Jean-Luc Préel.

M. Jean-Luc Préel a indiqué que si l'ONDAM a toujours été dépassé, c'est parce qu'il a été fixé sur des bases économiques sans tenir compte des besoins de santé. Par ailleurs, l'ONDAM regroupe des dépenses liées à l'ambulatoire, à l'hôpital et au secteur médico-social ; la question de la compétence des caisses sur l'ensemble de ces secteurs mérite d'être posée. On pourrait également se demander si la mission de propositions financières qui est prévue par l'article ne relève pas plutôt de l'UNCAM. Enfin, autant les caisses peuvent donner un avis sur l'évolution des dépenses, autant elles ne peuvent émettre des propositions sur les recettes, qui relèvent de la seule compétence du Parlement.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* les amendements.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Préel tendant à prévoir une consultation des professionnels de santé par les caisses avant la transmission de leurs propositions au ministre chargé de la sécurité sociale, **le rapporteur** contestant la légitimité des professionnels à intervenir à ce stade, d'autant qu'ils siègent au conseil de surveillance de la CNAMTS, qu'il est prévu de consulter.

La commission a *adopté* deux amendements du rapporteur, l'un rédactionnel, l'autre soumettant à l'avis du conseil de surveillance de la CNAMTS les propositions qu'elle transmet au ministre chargé de la sécurité sociale.

La commission a *adopté* l'article 21 ainsi modifié.

Article 22 (articles L. 114-1 et L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale) : *Création d'un comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie*

La commission a *rejeté* trois amendements identiques de suppression de l'article de Mme Jacqueline Fraysse, MM. Maxime Gremetz et Jean-Marie Le Guen.

La commission a examiné un amendement de M. Pierre Morange portant création d'un comité des finances sociales.

M. Claude Evin l'a jugé contradictoire avec le souhait unanimement exprimé, quelques instants auparavant, de réfléchir sur la cohérence des structures et de tenter de renforcer le rôle du Parlement.

L'amendement a été *retiré*.

La commission a *rejeté* deux amendements de M. Jean-Luc Préal et de Mme Claude Greff tendant respectivement à faire siéger le directeur de l'Institut des données de santé au comité d'alerte et à permettre au comité de formuler des recommandations visant au respect de l'ONDAM.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur attribuant au comité d'alerte la mission d'analyser l'impact des mesures conventionnelles ainsi que celui des déterminants conjoncturels et structurels des dépenses d'assurance maladie.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Préal précisant que le comité s'appuiera notamment sur les données fournies en temps réel par l'Institut des données de santé.

La commission a examiné un amendement du rapporteur prévoyant que le seuil d'intervention du comité d'alerte ne pourra être supérieur à 1 % de dépassement de l'ONDAM.

Le rapporteur a considéré qu'il est nécessaire de fixer dans la loi le niveau maximum du seuil d'alerte.

Après que **M. Claude Evin** a observé qu'avec un tel seuil, le comité pourrait être amené à se réunir dès le 2 janvier de chaque année, la commission a *adopté* l'amendement.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Bernard Perrut tendant à soumettre les mesures correctrices visant au respect de l'ONDAM à concertation avec les professionnels de santé, **le rapporteur** ayant objecté que ceux-ci ne peuvent être à la fois juges et parties.

La commission a *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur.

Puis elle a *adopté* l'article 22 ainsi modifié.

Section 3

Compétences des organismes d'assurance maladie relatives au remboursement des produits, actes ou prestations de santé remboursables

Article 23 (articles L. 251-4, L. 322-2 et L. 322-3 du code de la sécurité sociale) : *Fixation par l'UNCAM des taux de remboursement des médicaments et prestations*

La commission a *rejeté* neuf séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz ayant respectivement pour objet de :

- supprimer l'article ;
- supprimer son paragraphe I ;
- supprimer le 1° de ce paragraphe ;
- supprimer le 2° de ce paragraphe ;
- poser comme règle la prise en charge intégrale des dépenses par les caisses de sécurité sociale ;
- supprimer le 3° du paragraphe I ;
- attribuer le pouvoir de décision sur l'éventuelle réduction du ticket modérateur aux conseils d'administration des caisses nationales d'assurance maladie ;
- supprimer le paragraphe II de l'article ;
- supprimer son paragraphe III.

La commission a *adopté* l'article 23 sans modification.

Article 24 (article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale) : *Modalités d'inscription à la nomenclature des actes et prescriptions*

La commission a *rejeté* trois séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz :

- supprimant l'article ;
- supprimant la compétence de l'UNCAM dans la définition des conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation et la fixation de leur tarif ;

– confiant cette compétence aux conseils d'administration des caisses nationales.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur associant l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) à la procédure d'inscription.

La commission a *rejeté* deux séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz, l'un supprimant l'inscription d'office par le ministre pour des raisons de santé publique, l'autre de conséquence.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur confiant au ministre une compétence de radiation d'office, par symétrie avec son pouvoir d'inscription d'office.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel prévoyant que seule la hiérarchisation des actes relève des commissions *ad hoc*, la tarification devant rester du domaine conventionnel.

Le rapporteur ayant indiqué que la rédaction de cet amendement doit être revue, **M. Jean-Luc Préel** l'a *retiré*.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Préel définissant les conditions conventionnelles d'établissement de la tarification.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur précisant les conditions de désignation des présidents des commissions chargées de la cotation tarifaire.

La commission a *rejeté* deux séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz prévoyant la représentation des conseils d'administration des caisses dans ces commissions.

La commission a *adopté* l'article 24 ainsi modifié.

* *
*

Mercredi 23 juin 2004
Présidence de M. Yves Bur, président

La commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à l'assurance maladie a poursuivi, sur le rapport de **M. Jean-Michel Dubernard**, l'examen du projet de loi relatif à l'assurance maladie (n° 1675).

Article 25 (articles L. 162-16, L. 162-16-4 à 162-16-6, L. 162-17-3, L. 162-17-4, L. 162-17-7, L. 162-38, L. 165-2 à 165-4 et L. 165-6 du code de la sécurité sociale et article L. 5126-4 du code de la santé publique) : *Élargissement des missions du Comité économique des produits de santé*

La commission a *rejeté* deux séries d'amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant respectivement l'ensemble de l'article et son paragraphe I.

La commission a examiné deux amendements identiques de MM. Jacques Domergue et Jean-Luc Prével instituant une faculté d'opposition subrogatoire des ministres concernés, dans un délai de quinze jours, aux décisions du comité économique des produits de santé relatives à la fixation du tarif forfaitaire de responsabilité applicable aux médicaments génériques.

Suivant l'avis favorable du **rapporteur**, la commission a *adopté* ces amendements. En conséquence, un amendement du rapporteur de portée rédactionnelle est *devenu sans objet* ainsi qu'un amendement de Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz confiant à un conseil national du médicament, sur avis du comité économique des produits de santé, ce pouvoir de fixation du tarif forfaitaire de responsabilité.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* trois séries d'amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz transférant à un conseil national du médicament certains des pouvoirs de décision que l'article 25 confie au comité économique des produits de santé, lequel, selon les auteurs des amendements, ne devrait avoir qu'un rôle d'avis.

Puis elle a *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur.

La commission a *adopté* trois amendements de M. Jean-Luc Prével introduisant la même faculté d'opposition subrogatoire en ce qui concerne les décisions du comité économique des produits de santé relatives au prix de vente des spécialités remboursables, au prix des médicaments rétrocédés au public par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé ainsi qu'au prix des médicaments génériques rétrocédés dans les mêmes conditions.

La commission a ensuite *rejeté* deux séries d'amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz, l'une supprimant le a) du 5° du I de l'article qui est relatif à la mission générale du comité d'appliquer les orientations destinées à assurer le respect de l'ONDAM, l'autre modifiant la composition du comité économique des produits de santé.

Après que le **rapporteur** a indiqué qu'il est important d'associer le ministère de la recherche aux travaux du comité économique des produits de santé, la commission a *adopté* un amendement du rapporteur permettant la participation aux réunions du comité, sans voix délibérative, de représentants de l'Etat autres que ceux déjà prévus par le texte.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* neuf séries d'amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz :

- rendant plus impératives les dispositions relatives aux conflits d'intérêt susceptibles de concerner les membres du comité économique des produits de santé ;

- substituant le conseil national du médicament au comité pour les décisions portant sur le prix des spécialités d'une entreprise qui a refusé de conclure un avenant à la convention qui la lie au comité ;

- opérant la même substitution s'agissant des décisions sur les pénalités financières à l'encontre des entreprises dont certains produits sont frappés d'une interdiction de publicité ;

- opérant la même substitution à l'encontre des entreprises ayant dissimulé des informations de nature à modifier l'appréciation portée sur le service médical rendu par leurs produits ;

- prévoyant une motivation publique des décisions visées à l'article L. 162-38 du code de la sécurité sociale relatives à la fixation des marges concernant les dispositifs médicaux ;

- proposant une nouvelle rédaction de l'article L. 165-2 ayant trait au tarif de responsabilité des dispositifs médicaux ;

- proposant une nouvelle rédaction de l'article L. 165-3 relatif à la fixation du prix des dispositifs médicaux ;

- substituant le conseil national du médicament au comité économique des produits de santé au deuxième alinéa de l'article L. 165-4 du même code, qui attribue à cette entité la compétence pour signer des conventions avec les fabricants ou les distributeurs de dispositifs médicaux ;

– supprimant le paragraphe II de l'article 25 qui traduit dans le code de la santé publique le transfert de compétences opéré des ministres vers le comité économique des produits de santé.

Puis la commission a *adopté* l'article 25 ainsi modifié.

Après l'article 25

La commission a *rejeté*, suivant l'avis du rapporteur, un amendement de Mme Michèle Tabarot donnant au comité économique des produits de santé la mission de veiller à la bonne application de la charte déontologique des personnes chargées de la promotion des médicaments.

La commission a *rejeté* quatre séries d'amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz :

- exonérant les hôpitaux de la taxe sur les salaires ;
- les faisant bénéficier du taux de TVA réduit prévu pour les travaux dans les logements des particuliers ;
- supprimant les articles 22 à 35 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 relatifs au financement des établissements et à la mise en œuvre de la tarification à l'activité ;
- prévoyant une négociation interprofessionnelle sur les conditions de mise en œuvre de la réduction du temps de travail en milieu hospitalier.

Article 26 (article L. 162-21-2 du code de la sécurité sociale) : *Comité de l'hospitalisation*

La commission a *rejeté* trois amendements de suppression de l'article de Mme Jacqueline Fraysse et de MM. Maxime Gremetz et Jean-Luc Prél.

La commission a ensuite examiné un amendement du rapporteur portant sur les missions du comité de l'hospitalisation. Après que **le rapporteur** a expliqué que l'amendement a pour objet de renforcer les pouvoirs de cet organisme, en particulier en lui donnant dans certains domaines un rôle de recommandation et pas seulement d'avis, la commission a *adopté* cet amendement.

La commission a *adopté* l'article 26 ainsi modifié.

Article 27 (articles L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale et L. 6115-4 du code de la santé publique) : *Sanctions du non-respect des règles de tarification par les établissements de santé*

La commission a *rejeté* trois amendements de suppression de Mme Jacqueline Fraysse et de MM. Maxime Gremetz et Jean-Luc Prél.

La commission a également *rejeté* deux séries d'amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant respectivement les paragraphes I et II de cet article.

La commission a *adopté* l'article 27 sans modification.

Section 4

Dispositif conventionnel

Article 28 (articles L. 162-14-2, L. 162-15, L. 162-15-2, L. 162-5-9 et L. 162-15-4 du code de la sécurité sociale): *Cadre des relations conventionnelles*

La commission a *rejeté* deux séries d'amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz visant respectivement à supprimer l'article et à accroître le délai constitutif d'une approbation implicite des conventions par le ministre chargé de la santé.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Marie Le Guen tendant à conserver, dans les motifs possibles d'opposition du ministre aux conventions, leur incompatibilité avec les objectifs de dépenses ou les risques qu'elles présenteraient en termes de santé publique ou d'égal accès aux soins.

La commission a examiné un amendement de précision du rapporteur. Après que **le rapporteur** a indiqué qu'il s'agit d'exiger une majorité absolue lors des élections aux unions régionales des médecins libéraux pour la mise en œuvre du droit d'opposition syndicale aux conventions institué par le projet, les syndicats médicaux étant eux-mêmes divisés sur ce point, la commission a *adopté* cet amendement.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz portant sur les conditions de désignation de l'arbitre chargé d'arrêter la convention en cas d'échec des négociations.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel prévoyant, dans le paragraphe II de l'article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale relatif aux conditions de désignation de l'arbitre, qu'à défaut d'acceptation du « projet » par les parties signataires ou en cas d'opposition majoritaire des syndicats médicaux, il est désigné par le Premier président de la Cour des comptes.

Le rapporteur s'étant interrogé sur le « projet » visé par l'amendement, **M. Jean-Luc Préel** a indiqué qu'il s'agit du projet de convention. A la demande du rapporteur, qui a jugé perfectible la rédaction de cet amendement, son auteur l'a *retiré*.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur confiant au président du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, plutôt qu'au Premier président de la Cour des comptes, la désignation de l'arbitre en cas d'opposition à la première désignation opérée par l'UNCAM et au moins un syndicat représentatif.

En conséquence, un amendement de M. Jean-Luc Prétel confiant cette désignation au président de la Haute autorité de santé est *devenu sans objet*.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Martine Billard visant à modifier, dans le code de la sécurité sociale, les règles de majorité applicables aux syndicats de professionnels de santé libéraux dans le cadre de la signature des conventions.

Puis la commission a *adopté* l'article 28 ainsi modifié.

Après l'article 28

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prétel introduisant dans les conventions médicales des volets spécifiques par type d'activité, après que **le rapporteur** a considéré que cet amendement est prématuré.

Article 29 (articles L. 162-5-2, L. 162-5-11, L. 162-11, L. 162-12-3, L. 162-12-10, L. 162-12-18 L. 162-14-1, L. 645-2, L. 645-2-1, L. 722-1-1, L. 722-4 et L. 722-4-1 du code de la sécurité sociale et article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999) : *Dispositif conventionnel d'aides à l'installation et de prise en charge des cotisations sociales des médecins libéraux*

La commission a *rejeté* deux séries amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant cet article, puis son paragraphe I.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prétel instituant une modulation des honoraires afin d'encourager l'installation de médecins dans les zones de faible densité. **M. Jean-Luc Prétel** a fait valoir qu'il s'agit d'un moyen efficace de favoriser l'installation dans les zones rurales et périurbaines.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur.

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz prévoyant une évaluation annuelle des dispositifs instaurés par l'article 29, évaluation communiquée aux conférences régionales de santé.

Le rapporteur a présenté un sous-amendement de précision, puis la commission a *adopté* le sous-amendement et l'amendement ainsi modifié.

La commission a *rejeté* neuf séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz supprimant les paragraphes II à X de l'article 29.

La commission a *adopté* l'article 29 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 29 (article L. 183-1-2 du code de la sécurité sociale): *Contrats dérogatoires destinés à faciliter l'exercice regroupé des professions de santé dans les zones de densité médicale insuffisante*

La commission a examiné un amendement du rapporteur autorisant les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) à conclure avec des professionnels de santé des contrats comportant des clauses dérogatoires et destinés à inciter à un exercice regroupé, notamment dans les zones où est constaté un déficit en matière d'offre de soins.

Le rapporteur a expliqué que des incitations et l'assouplissement de certaines règles d'exercice sont nécessaires pour favoriser le regroupement des professionnels dans les zones de faible densité médicale. En effet, dans les zones rurales, la crainte de la solitude est un élément de découragement des jeunes médecins.

M. Richard Mallié ayant demandé qui seraient les signataires de ces contrats pour le compte des professionnels, **le rapporteur** a répondu qu'en l'absence, à l'heure actuelle, d'unions régionales des professionnels de santé, ces signataires seraient les syndicats de professionnels, tandis que **M. Simon Renucci** a considéré que ce pourraient être les conseils de l'ordre. **M. Richard Mallié** a souhaité que la notion d'union régionale des professionnels de santé soit introduite à l'article 31 du projet de loi.

La commission a *adopté* l'amendement.

Article additionnel après l'article 29: *Prolongation des conventions nationales avec les professions de santé*

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur prévoyant la prolongation jusqu'au 31 décembre 2004 des dispositions des conventions nationales entre les professions de santé et les caisses de sécurité sociale afin d'éviter que les partenaires sociaux ne soient contraints de mener des négociations sans connaître les dispositions du présent projet de loi.

*Section 5****Organisation de l'assurance maladie*****Avant l'article 30**

La commission a *rejeté* deux séries d'amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz rétablissant pour l'une les élections à la sécurité sociale et précisant pour l'autre les règles relatives à la qualité d'électeur, à l'éligibilité et à certaines incompatibilités s'appliquant aux conseils d'administration des caisses de sécurité sociale.

Article 30 (articles L. 221-2 à L. 221-4 du code de la sécurité sociale) : *Réforme des instances dirigeantes de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)*

Suivant l'avis du rapporteur, la commission a *rejeté* deux séries de deux amendements identiques tendant respectivement à supprimer l'article 30 et son paragraphe I prévoyant que la CNAM est dotée d'un conseil et d'un directeur général se substituant au conseil d'administration et au directeur existant actuellement.

La commission a également *rejeté* cinq séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz tendant à maintenir les dispositions actuelles du code de la sécurité sociale relatives aux instances dirigeantes de la CNAM.

Puis elle a *adopté* un amendement du rapporteur supprimant une disposition redondante avec l'article L. 231-2 du code de la sécurité sociale.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Préel précisant que le conseil de la CNAMTS déterminera également les orientations relatives à l'organisation des établissements de santé.

La commission a *rejeté* six séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz tendant à supprimer diverses dispositions relatives aux compétences du conseil.

La commission a *adopté* un amendement de M. Jean-Luc Préel, soutenu par **M. Richard Mallié** prévoyant que les axes de la politique de communication à l'égard des assurés sociaux et des professions de santé doivent respecter les guides de bon usage des soins et de bonne pratique établis par la Haute autorité de santé.

La commission a *rejeté* deux séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant les dispositions de l'article 30 qui détaille les compétences du conseil de la CNAM relatives à l'organisation du réseau de l'assurance maladie et à l'élaboration des budgets.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur permettant à la majorité des membres du conseil de la CNAMTS d'obtenir de droit la convocation de celui-ci, faculté réservée par le projet de loi au président du conseil et au ministre chargé de la sécurité sociale.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant les dispositions définissant les pouvoirs du directeur général de la CNAMTS.

La commission a ensuite *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur.

Puis la commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prével prévoyant un processus de récusation du directeur général de la CNAM par le juge sur proposition votée par le Parlement, **le rapporteur** ayant observé que la procédure semble excessivement lourde.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur qui précise les modalités relatives à la fin des fonctions du directeur général de la CNAMTS en distinguant entre le terme normal et le terme anticipé de son mandat.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur prévoyant que le directeur général de la caisse nationale a obligation d'informer le conseil d'administration de la caisse, les commissions compétentes des assemblées, le ministre chargé de la sécurité sociale et le comité d'alerte, afin que ces autorités aient connaissance des circonstances imprévues susceptibles d'entraîner un dépassement des objectifs de dépenses.

Puis la commission a *rejeté* deux séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz tendant à supprimer respectivement les paragraphes III et IV relatifs à l'adaptation de la nouvelle organisation de la CNAMTS à la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles et aux dispositions transitoires de substitution du conseil de la CNAMTS à l'actuel conseil d'administration.

La commission a *adopté* l'article 30 ainsi modifié.

Après l'article 30

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prével créant une caisse spécifique pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, gérée paritairement, **le rapporteur** ayant jugé les partenaires sociaux davantage fondés à proposer une telle évolution et ayant renvoyé à son propre amendement sur ce point.

Article additionnel après l'article 30 : *Encouragement à la proposition par les partenaires sociaux d'une réforme de la branche accidents du travail et maladies professionnelles*

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur invitant les partenaires sociaux à soumettre au gouvernement et au Parlement, un an après la publication de la loi, des propositions de réforme de la gouvernance de la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que, le cas échéant, des propositions relatives aux conditions de gestion de ce risque.

Article 31 (articles L. 162-5, L. 162-5-12, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-12-17 à L. 162-12-20, L. 162-14, L. 162-15-4 et L. 162-32-1, articles L. 182-2-1 à L. 182-2-7 et article L. 182-3-1 du code de la sécurité sociale) : *Création d'une union nationale des caisses d'assurance maladie et d'une union nationale des organismes de protection sociale complémentaire*

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant cet article.

La commission a *adopté* deux amendements identiques du rapporteur et de M. Richard Mallié complétant le titre du chapitre II *bis* du code de la sécurité sociale par la mention d'une union nationale des professions de santé.

Article L. 182-2-1 du code de la sécurité sociale

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz tendant à supprimer les dispositions créant une union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et définissant ses missions.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur précisant que l'UNCAM, outre qu'elle les négocie, signe également les actes conventionnels avec les professions de santé.

Puis la commission a *adopté* un amendement du rapporteur prévoyant une consultation de l'UNCAM sur les projets de textes législatifs et de décrets relatifs à l'assurance maladie.

Article L. 182-2-2 du code de la sécurité sociale

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant les dispositions relatives au statut de l'UNCAM.

Article L. 182-2-3 du code de la sécurité sociale

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant les dispositions relatives à l'organisation interne et notamment à la composition du conseil de l'UNCAM.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Claude Greff modifiant la composition du conseil de l'UNCAM par la réduction de douze à six du nombre de ses membres désignés par le conseil de la CNAMTS.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Yves Censi précisant les règles de prise de décision au sein du collège des directeurs de l'UNCAM et confiant au collège des directeurs les compétences dévolues par le texte au directeur général sur mandat dudit collège.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Préal prévoyant une procédure de révocation à l'encontre des directeurs de l'UNCAM et de la CNAMTS sur saisine du juge par le Parlement.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Claude Greff prévoyant que le collège des directeurs devra examiner toutes les questions entrant dans le champ de compétence du conseil de l'UNCAM.

Article L. 182-2-4 du code de la sécurité sociale

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant les dispositions relatives aux compétences du conseil de l'UNCAM.

La commission a *adopté* un amendement de coordination du rapporteur.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Martine Billard prévoyant que le conseil peut s'opposer au projet présenté par le directeur à la majorité simple.

Article L. 182-2-5 du code de la sécurité sociale

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant les dispositions relatives aux pouvoirs attribués au directeur général de l'UNCAM.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Claude Greff prévoyant que le directeur général de l'UNCAM doit obtenir une décision préalable du conseil de l'union pour signer les conventions avec les professions de santé.

La commission a *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Claude Greff prévoyant que le directeur général de l'union ne peut engager seul une politique de contrats pluriannuels d'objectifs, le conseil devant approuver les orientations du directeur.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Claude Greff prévoyant que le directeur de l'UNCAM peut donner délégation à une caisse nationale pour conduire des actions innovantes dans le domaine de l'organisation et de la coordination des soins ainsi que de la prévention et de la gestion du risque.

Article L. 182-2-6 du code de la sécurité sociale

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant les dispositions relatives aux pouvoirs du directeur général de l'UNCAM.

Article L. 182-2-7 du code de la sécurité sociale

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant les dispositions relatives aux ressources de l'UNCAM.

Article L. 182-3-1 du code de la sécurité sociale

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Martine Billard supprimant la section 2 du nouveau chapitre II *bis* du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, intitulée « Union nationale des organismes de protection sociale complémentaire ».

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz prévoyant la suppression des dispositions relatives à l'union nationale des organismes de protection sociale complémentaire.

La commission a *adopté* un amendement de M. Yves Bur prévoyant que le régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle participe à l'union nationale des organismes de protection sociale complémentaire.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prétel précisant que les membres du conseil d'administration de la CNAMTS ne peuvent pas être membres de l'union nationale des organismes de protection sociale complémentaire.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur prévoyant que l'UNCAM recueille l'avis de l'union nationale des organismes de protection sociale complémentaire préalablement à sa décision.

Elle a également *adopté* un amendement du rapporteur précisant que l'UNCAM devra aussi recueillir l'avis de cette même union au sujet de la participation forfaitaire des assurés.

Article L. 182-4-1 du code de la sécurité sociale

La commission a examiné deux amendements du rapporteur et de M. Richard Mallié instituant une union nationale des professions de santé regroupant des représentants de l'ensemble des professions de santé qui sera consultée par l'UNCAM afin de mettre en place un véritable partenariat entre la sécurité sociale et les professionnels.

M. Jean-Luc Prél a demandé si les professionnels de santé non libéraux pourraient participer à cette instance consultative. **Le rapporteur** a précisé que tous les professionnels seraient associés, y compris les praticiens hospitaliers.

M. Richard Mallié a indiqué que l'amendement du rapporteur est certes proche de celui qu'il a déposé mais qu'il aurait souhaité y voir figurer que l'union nationale des professions de santé doit émettre un avis sur les propositions de budget des caisses nationales.

Le rapporteur a souligné que ces deux amendements comportent des différences, notamment dans l'organisation de cette union nationale qui ne doit pas être fixée par décret mais laissée à la libre initiative des professionnels. De plus il ne paraît pas opportun que les professionnels de santé soient juges et parties quant à l'équilibre financier de la branche.

La commission a *adopté* l'amendement du rapporteur et l'amendement de M. Richard Mallié est donc *devenu sans objet*.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant des dispositions de coordination.

La commission a *adopté* l'article 31 ainsi modifié.

Article 32 (articles L. 242-1 et L. 871-1 du code de la sécurité sociale, articles 83, 154 *bis* et 995 du code général des impôts et article 9-1 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques) : *Coordination entre l'UNCAM et les organismes de protection sociale complémentaire*

La commission a *rejeté* quatre amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant l'intégralité de cet article et, à défaut, son I.

Article L. 871-1 du code de la sécurité sociale

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur précisant le contenu du cahier des charges dont le respect conditionne l'octroi d'une aide fiscale ou sociale aux organismes complémentaires.

La commission a *rejeté* douze amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant successivement les paragraphes de cet article.

La commission a *adopté* l'article 32 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 32 : *Création d'une aide pour l'acquisition d'une couverture complémentaire de santé*

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur créant une aide pour l'acquisition d'une couverture complémentaire de santé pour les personnes qui ont des ressources supérieures au seuil fixé pour bénéficier de la protection complémentaire de la CMU mais qui ne peuvent supporter la charge financière d'une cotisation à un régime complémentaire de santé. Cette aide prendra la forme d'un crédit d'impôt.

M. Jean-Marie Le Guen a souligné que ce dispositif est largement insuffisant et qu'il ne permettra pas aux mutualistes de bénéficier d'une prise en charge partielle du coût de leur adhésion à une mutuelle, ce qu'il convient de déplorer car les attentes dans la population sont très grandes.

Article 33 (articles L. 211-2, L. 211-2-1, L. 211-2-2, L. 217-3, L. 217-3-1, L. 217-6 et L. 227-3 du code de la sécurité sociale) : *Réforme des instances dirigeantes des caisses primaires d'assurance maladie et autorité du directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie sur le réseau*

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* deux amendements de suppression de l'article de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz substituant au conseil actuel des caisses un conseil d'administration, dans le but d'introduire un nouveau principe de gouvernance des caisses primaires, après que **le rapporteur** a émis un avis défavorable.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le paragraphe I de l'article relatif à la définition et au rôle du conseil et du directeur des caisses primaires d'assurance maladie.

M. Jean-Luc Préel a *retiré* un amendement précisant que des parlementaires peuvent siéger dans les conseils des caisses primaires d'assurance maladie.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur, approuvé par le **président Yves Bur**, introduisant parmi les missions du conseil des caisses primaires d'assurance maladie la détermination des axes de la politique de gestion du risque, en application du programme régional défini à l'article L. 183-2 du code de la sécurité sociale.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz introduisant parmi les missions du conseil des caisses primaires d'assurance maladie la détermination d'un plan d'action en matière de prévention, d'éducation et d'information adapté à la population et au territoire de son ressort, après que **le rapporteur** a rappelé que la loi relative à la politique de santé publique permet d'ores et déjà aux caisses primaires d'assurance maladie de négocier avec les groupements régionaux de santé publique sur de telles questions.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur précisant que le directeur des caisses primaires d'assurance maladie assiste de droit aux réunions du conseil à l'instar de ce qui est prévu pour le directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie.

La commission a examiné trois séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant respectivement les paragraphes II, III et IV de l'article relatifs aux modalités de désignation des directeurs et agents comptables des organismes locaux et régionaux de la branche maladie.

Mme Jacqueline Fraysse a regretté, avec la création d'un « super directeur » de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés chargé de la nomination des différents directeurs, l'apparition d'une mainmise de l'Etat sur l'architecture de la sécurité sociale, au détriment des salariés et des usagers.

Le rapporteur a estimé que cet article se justifie par l'objectif d'efficacité qu'il poursuit.

M. Daniel Garrigue a jugé que l'institution d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale a constitué une avancée importante. Il est logique que cette avancée s'ensuive d'une volonté de mise en œuvre institutionnelle cohérente.

La commission a *rejeté* les amendements.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission a *rejeté* un amendement de Mme Michèle Tabarot assortissant les conventions d'objectifs conclues entre l'Etat et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés d'objectifs et de méthodes d'évaluation.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* deux séries de deux amendements identiques de cohérence de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz, conformément au vote précédemment effectué sur les amendements des mêmes auteurs présentés au même article, concernant les nouvelles modalités de fonctionnement des caisses primaires d'assurance maladie.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur prévoyant des dispositions transitoires pour la mise en œuvre du nouveau régime du mandat du président du conseil des caisses primaires d'assurance maladie.

La commission a examiné un amendement du rapporteur créant une fonction de médiateur pour la gestion des réclamations concernant les relations d'un organisme local d'assurance maladie avec ses usagers.

Le rapporteur a précisé que son souhait de la création d'un médiateur dans les caisses d'assurance maladie correspond à la volonté de la plupart des syndicats de médecins. Cette personne, qui serait choisie hors du personnel de la caisse, aurait vocation à servir également les intérêts des usagers. Les modalités de mise en œuvre de cette institution relèveront du décret.

Mme Paulette Guinchard-Kunstler a rappelé l'importance du Médiateur de la République et s'est interrogée sur l'opportunité d'y ajouter une institution supplémentaire spécialisée, au risque de rendre complexe un système qui fonctionne déjà bien ainsi.

Le rapporteur a souligné qu'il existe aujourd'hui des médiateurs dans de nombreux domaines. Au reste, la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 a déjà été l'occasion de nombreux débats mettant en évidence l'intérêt de créer des instances de médiation au sein des établissements de santé.

Le président Yves Bur a jugé qu'en effet cette dernière solution est peut-être préférable.

M. Jean-Luc Warsmann a rappelé que les caisses d'allocations familiales sont déjà dotées de pareilles institutions.

Mme Paulette Guinchard-Kunstler a estimé nécessaire, en tout état de cause, de préciser les compétences de ce médiateur, qu'elles soient financières, médicales, ou plus généralement relationnelles.

Le rapporteur, rappelant les éléments évoqués en 2002 relatifs au choix, pour l'hôpital, de médecins consultants sans pouvoirs juridiques mais chargés de « mettre du liant », a *retiré* l'amendement et proposé qu'une réflexion se prolonge sur la mise en œuvre d'une institution interne aux établissements. En réponse à une interrogation de **M. Daniel Garrigue**, il a précisé que l'intervention d'une telle instance n'est, dans son esprit, pas exclusive de l'action du Médiateur de la République.

La commission a *adopté* l'article 33 ainsi modifié.

Après l'article 33

La commission a examiné un amendement de M. Yves Censi accordant la possibilité aux caisses de la mutualité sociale agricole d'accompagner toute action visant à favoriser la coordination et l'offre de soins en milieu rural.

Mme Paulette Guinchard-Kunstler a approuvé cet amendement.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Yves Censi précisant les missions de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole concernant la mise en œuvre de la politique de santé et l'organisation du système de soins.

M. Daniel Garrigue a souligné la nécessité de préserver l'individualité de la mutualité sociale agricole.

Partageant ces propos, **le rapporteur** s'est néanmoins déclaré défavorable à l'amendement, dans la mesure où il faut prendre garde à ne pas mettre en péril l'équilibre harmonieux établi entre les différentes dispositions du projet de loi.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Article 34 (articles L. 123-2-1, L. 224-7 et L. 615-13 du code de la sécurité sociale): *Substitution au statut réglementaire d'un statut conventionnel des praticiens conseils*

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission a *rejeté* deux amendements de suppression de l'article de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz.

La commission a *adopté* successivement deux amendements du rapporteur : le premier de cohérence et le second visant à réaffirmer la mission de contrôle confiée aux praticiens-conseils.

La commission a *adopté* l'article 34 ainsi modifié.

Après l'article 34

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel prévoyant la création d'un « INSEE Santé ».

Le rapporteur a rappelé que l'article 35 du projet prévoit la création de l'Institut des données de santé qui, malgré certains points communs, est un organisme différent de celui que M. Jean-Luc Préel propose de créer. Il faut cependant saluer sa détermination et son travail de « pionnier », qui a permis de contribuer à la création de cet institut.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Article 35 (articles L. 161-38 [nouveau] et L. 161-28-2 à L. 161-28-4 du code de la sécurité sociale) : *Création de l'Institut des données de santé*

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission a *rejeté* deux séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz, l'un de suppression de l'article, l'autre de suppression du paragraphe I de l'article.

La commission a *rejeté* successivement deux amendements de M. Jean-Luc Préel proposant une nouvelle rédaction de l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale qui définit les missions de l'Institut des données de santé, **le rapporteur** ayant précisé que ces amendements introduisent une incohérence en confiant à cette instance la gestion du dossier médical personnel.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz excluant des membres de l'Institut des données de santé les organismes assurant une prise en charge complémentaire, en particulier les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur précisant les partenaires auxquels l'institut pourra permettre de disposer des données issues des systèmes d'information ainsi que les finalités de ces mises à disposition, après que **le rapporteur** a souligné la nécessaire coordination entre l'institut et la haute autorité, déjà évoquée lors de la discussion de l'article 19.

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz précisant que les données mises à la disposition de ses membres par l'Institut des données de santé ne le sont que dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État pris « sur les recommandations impératives » de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Mme Jacqueline Fraysse a jugé important que les recommandations de la CNIL soient suivies à la lettre afin d'assurer un niveau maximum de protection des données.

Le rapporteur ayant jugé cette précision peu utile et d'une portée juridique contestable, la commission a *rejeté* l'amendement.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le paragraphe II de l'article qui prévoit la suppression du conseil pour la transparence des statistiques de l'assurance maladie.

La commission a examiné un amendement de M. Pierre Morange supprimant le groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier, afin de simplifier les structures chargées de la collecte des données.

Tout en partageant ce souci de simplification, **le rapporteur** a indiqué que cette disposition pourrait trouver sa place dans le projet de loi habilitant le gouvernement à simplifier le droit. Il a en outre jugé peu opportun de supprimer ce groupement, compte tenu de ses travaux en cours, notamment sur la tarification à l'activité, le dossier médical et le partage des données ou encore la prescription électronique.

M. Pierre Morange a ensuite *retiré* l'amendement.

La commission a *adopté* l'article 35 ainsi modifié.

Section 6

Organisation régionale

Avant l'article 36

La commission a examiné huit amendements de M. Claude Evin relatifs à la création d'agences régionales de santé (ARS).

M. Claude Evin a rappelé que, depuis le début de la discussion du texte, et déjà lors des travaux de la mission d'information de l'Assemblée nationale sur la problématique de l'assurance maladie, plusieurs auditions ont mis en lumière une carence essentielle du système de santé, à savoir le cloisonnement en matière d'organisation sanitaire. Il est important, en effet, d'accroître la coordination dans l'offre de soins et pas seulement par le développement du dossier médical personnel. La réorganisation territoriale est nécessaire car elle permet une appréhension globale et intégrée des problèmes de santé. C'est la raison qui motive aujourd'hui cette proposition de création d'ARS, même s'il faut garder à l'esprit qu'une structure de coordination au plan national pourrait également être mise en place dans un second temps.

L'objectif poursuivi par la création de ces agences consiste à regrouper au sein d'une institution les missions aujourd'hui exercées par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), les directions régionales de l'action sanitaire et sociale (DRASS) ou encore les groupements régionaux de santé publique (GRSP), prévues par le projet de loi relatif à la politique de santé publique. Ainsi pourra être assurée une articulation entre les deux pôles que constituent la prévention médicale et le développement de l'offre de soins.

Le premier amendement vise à créer les ARS et à en définir les missions. Les agences arrêteront notamment les schémas régionaux d'organisation sanitaire prenant en compte l'offre de soins à la fois hospitalière et libérale. Par un autre amendement, il est proposé de créer un conseil régional de santé, structure démocratique visant à assurer le suivi des actions menées par les agences. Ce conseil exerce son contrôle en lien avec les collectivités territoriales : il rassemble les partenaires sociaux, les acteurs de l'offre de soins, professionnels comme établissements de santé, les associations d'usagers ainsi que les représentants des collectivités territoriales.

Un amendement suivant porte sur la composition des agences, qui seraient administrées par un directoire, et précise leur fonctionnement concernant, par exemple, le rôle des directeurs-adjoints, même si ces dispositions relèvent sans doute davantage du niveau réglementaire. Il est à noter que l'attribution aux agences des missions actuellement confiées aux DRASS constitue un signal fort de cette rationalisation des moyens. La question du budget des ARS fait l'objet de l'amendement suivant qui précise en particulier les sections composant leur budget et rappelle que ces agences sont chargées de répartir les dotations entre les établissements publics et privés. Un autre amendement définit la composition du conseil régional de santé.

Un amendement prévoit la création d'un service de contrôle de la sécurité de la dispensation des soins. Ce service est placé sous l'autorité du préfet, représentant de l'Etat dans la région et, à ce titre, chargé de veiller notamment au respect de la sécurité sanitaire.

L'avant-dernier amendement prévoit la création des ARS au plus tard le 1^{er} juillet 2006 et aménage une période de transition afin d'engager une réflexion sur leurs conditions de mise en place avec les organisations syndicales et les administrations. Enfin, il est prévu que, pour l'exercice de ses attributions, l'ARS dispose des services régionaux du contrôle médical des régimes obligatoires d'assurance maladie.

Au total, il y a là beaucoup plus qu'une seule affirmation de principe : tous les éléments concrets du fonctionnement et de l'organisation des ARS sont prévus. Avec l'accord de la majorité, dont certains membres se sont

souvent dits favorables au principe de ces ARS, il serait possible de procéder dès à présent à une avancée réelle.

M. Jean-Luc Prétel a rappelé qu'il a lui aussi proposé de transformer les ARH en agences régionales de santé, à l'occasion notamment de la discussion du projet de loi relatif à la politique de santé publique. Le point essentiel consiste à remettre en question le principe de non-fongibilité des enveloppes entre la médecine ambulatoire et la médecine hospitalière. Par ailleurs il est important de réconcilier médecine préventive et médecine curative pour disposer, au plan régional, d'un interlocuteur unique.

Il serait difficilement compréhensible aujourd'hui de procéder à une réforme de l'assurance maladie sans proposer de poursuivre la régionalisation, à travers la création des ARS. Dès lors que le ministre a annoncé que la présente réforme est importante et a vocation à s'inscrire dans la durée, pourquoi attendre une seconde étape et de ne pas mettre en place dès maintenant ces agences ? Sans doute serait-il nécessaire de modifier ou de nuancer les propositions du groupe socialiste : une réflexion devra par exemple être menée sur la question du contrôle des agences par le conseil. Mais cette évolution est importante, en particulier pour l'avenir des ARH. En tout état de cause, le groupe UDF souhaiterait donc avancer ultérieurement des propositions pour modifier ou compléter ces amendements, si la commission spéciale décide de les adopter.

Le rapporteur a reconnu l'existence d'un consensus sur la nécessité d'aller à terme vers la création des ARS car la situation actuelle présente plusieurs insuffisances, s'agissant notamment de l'articulation entre la médecine de ville et l'hôpital.

Créer des ARS dès aujourd'hui soulèverait cependant plusieurs problèmes complexes de différences structurelles entre les ARH, qui relèvent de l'Etat, et les autres instances gérées par les partenaires sociaux et les caisses d'assurance maladie. S'agissant du pilotage de ce dispositif, il n'est pas sûr que les propositions du groupe socialiste recueillent l'assentiment des partenaires sociaux. En outre, les ARH sont des structures de taille réduite, qui sont tributaires des moyens de l'Etat pour l'exercice de leurs missions. A l'occasion du débat sur le projet de loi de santé publique, il a également été souligné que, à l'heure actuelle, l'union entre les ARH et les URCAM risquerait de se faire au détriment des missions qui seraient confiées à cette instance en matière de santé publique.

L'article 36 du projet de loi permet incontestablement d'avancer dans ce domaine, en renforçant la coordination entre les URCAM et les ARH. Certes, les amendements du groupe socialiste proposent une ARS qui semble idéale en théorie, mais elle est impossible à mettre en pratique aujourd'hui. Ils

encourent par ailleurs le risque de se voir opposer l'irrecevabilité financière. A l'inverse, l'amendement du rapporteur qui sera présenté à l'article 36, est plus réaliste et plus prudent en proposant de créer des « missions régionales de santé », auxquelles pourraient s'adjoindre des expérimentations régionales de mise en place des ARS, comme le propose M. Yves Bur.

Mme Paulette Guinchard-Kunstler a souligné un point important dans le premier amendement, à savoir que les crédits des établissements médico-sociaux restent dans le champ de l'assurance maladie. C'est un enjeu essentiel auquel il doit être répondu dans le cadre de la présente réforme.

M. Daniel Garrigue s'est accordé sur le besoin d'une plus grande cohérence, les ARH s'inscrivant dans une logique trop étroite, alors que l'on a besoin d'une prise en compte globale des problèmes de santé. En revanche, il est nécessaire d'organiser une concertation avec les partenaires sociaux ainsi que des expérimentations dans ce domaine. S'il constitue une base de réflexion pour les ARS, le dispositif proposé par le groupe socialiste ne saurait donc être adopté en l'état.

M. Claude Evin a fait observer que les dispositions prévues par les amendements ne seraient pas applicables avant un délai de deux ans. On ne peut pas sans arrêt dire qu'il faut mettre en place ce dispositif et le reporter toujours à plus tard. La démarche qui consiste à en fixer dès aujourd'hui le cadre général, la « matrice » en quelque sorte, et prévoir son application en 2006 est une proposition réaliste, même si elle doit nécessiter des modifications importantes du code de la santé publique. Aucune étape intermédiaire supplémentaire n'est donc nécessaire.

M. Jean-Marie Le Guen s'est étonné de l'absence de volontarisme sur une proposition qui recueillerait pourtant un très large accord du Parlement et peut-être seulement l'opposition d'une organisation syndicale. Le contraste est saisissant entre cette timidité et le volontarisme dont il est fait preuve pour cette « aimable plaisanterie » qu'est le dossier médical personnel, qui risque de traumatiser les professionnels ainsi que l'ensemble des Français. Il y a là une opportunité à saisir, il faut donc aller plus loin.

Le rapporteur n'a pas contesté que les objectifs soient partagés mais a estimé qu'il existe deux façons de les atteindre, dont l'une est préférable parce que plus souple et plus prudente. On peut ainsi envisager la création de missions régionales de santé, procédant de cette démarche, et qui seraient compétentes en matière de démographie médicale, de permanence des soins, de coordination des systèmes publics et privés d'offre de soins ainsi que pour l'élaboration d'un programme annuel de gestion du risque. Il semble également préférable de confier la direction de cette instance alternativement au directeur

de l'ARH et au directeur de l'URCAM. Enfin, cette seconde approche implique d'associer la conférence régionale de santé aux travaux de la mission régionale.

Le président Yves Bur a également estimé que de ces deux démarches, l'une tout à la fois de déconcentration et d'étatisation, l'autre plus souple laissant le temps de la concertation avec les partenaires sociaux, la seconde est préférable. Outre les missions régionales de santé que propose le rapporteur, il serait également possible d'envisager des expérimentations régionales tendant à la mise en place des ARS.

M. Jean-Luc Prével a tout d'abord rappelé que les ARH avaient soulevé un scepticisme analogue lors de leur création par les ordonnances de 1996, en ajoutant que la régionalisation du système de santé est aujourd'hui souhaitée par tous. Il conviendrait par ailleurs d'inclure dans ce dispositif la prévention et la formation continue des professionnels de santé. Une première phase d'expérimentation serait cependant risquée et pourrait se heurter à des difficultés pour passer à l'étape suivante. Il faudrait enfin envisager un *numerus clausus* régional par spécialité et mettre en place des conseils régionaux de santé, chargés de contrôler l'exécutif à cet échelon.

La commission a *rejeté* les amendements.

Article 36 (articles L. 183-1, L. 183-2, L. 183-2-1 à L. 183-2-3 et L. 183-3 du code de la sécurité sociale) : *Renforcement des unions régionales des caisses d'assurance maladie*

La commission a *rejeté* deux séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz, l'une supprimant l'article, l'autre supprimant son paragraphe I.

Elle a ensuite *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur.

Puis la commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz, supprimant le B du I de l'article concernant les compétences des URCAM.

Elle a *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur.

La commission a également *adopté* un amendement du rapporteur visant à garantir la cohérence entre les orientations définies dans les conventions nationales signées entre l'UNCAM et les professionnels de santé et les accords régionaux entre les URCAM et ces mêmes professionnels.

La commission a *adopté* deux amendements identiques de M. Philippe Vitel et de M. Jean-Luc Prével précisant le caractère anonyme des informations communiquées à l'URCAM.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Claude Greff confiant le pilotage de l'union régionale des caisses d'assurance maladie à un

collège des directeurs des caisses au lieu d'un directeur général, **le rapporteur** estimant que si un collègue se justifie à l'échelle nationale au sein de l'UNCAM, les URCAM sont des structures autrement plus légères.

La commission a ensuite examiné un amendement de M. Yves Censi précisant les règles de fonctionnement du collège des directeurs de l'UNCAM.

M. Yves Censi a indiqué qu'il convient de confier au collège des directeurs de l'UNCAM plutôt qu'à son directeur général le pouvoir de confier à un organisme local d'assurance maladie la gestion administrative de l'URCAM. Il a défendu l'intérêt de la connaissance du terrain propre à des caisses telles la MSA notamment, par exemple, sur le plan gérontologique. Il y a lieu de ne pas simplifier à l'excès ce dispositif afin d'en garantir le bon fonctionnement. De fait, la structure imposée risque de se traduire par un recul dans la gestion interrégionales.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, qui a estimé que le texte tend à la régionalisation alors que l'amendement constitue un retour à l'échelon national, la commission a *rejeté* l'amendement.

M. Daniel Garrigue a insisté sur la nécessité de poursuivre la réflexion, d'ici l'examen du projet en séance publique, sur le rôle irremplaçable joué par la MSA en tant que caisse de proximité.

M. Yves Censi a souligné que le maintien de cette caisse ne comporte aucun risque de complexification du dispositif.

Le rapporteur a considéré que, s'il n'est pas illégitime de vouloir reconnaître la spécificité de chacune des trois caisses, il faut cependant également tenir compte de ce que la CNAM représente pas moins de 85 % des assurés.

La commission a *rejeté* deux séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz ayant respectivement pour objet de confier aux conseils d'administration de tous les organismes de la région le pouvoir de déléguer à un organisme local la gestion de l'URCAM et le terme de conseil « d'administration » pour ces unions.

La commission a ensuite *adopté* trois amendements rédactionnels du rapporteur.

Puis la commission a *rejeté* deux séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz tendant respectivement à supprimer le III de l'article et à préciser que l'union régionale comporte un conseil « d'administration ».

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission a *rejeté* deux amendements de Mme Claude Greff liant le rôle du directeur de l'union régionale – celui-ci devenant directeur général – à un collège des directeurs.

La commission a ensuite *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Claude Greff visant à supprimer une expression jugée dévalorisante dans la qualification des compétences du directeur de l'URCAM.

Puis la commission a *rejeté* deux séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz tendant à supprimer la possibilité ouverte par le texte de moduler les ressources des URCAM en fonction de leurs résultats et à supprimer le IV de l'article.

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz précisant les conditions de nomination des directeurs des URCAM.

Mme Jacqueline Fraysse a souligné l'intérêt qu'il y a à maintenir les règles administratives en vigueur afin de garantir l'indépendance des directeurs des URCAM.

Après que **le rapporteur** a émis un avis défavorable à leur adoption, la commission a *rejeté* ces amendements.

La commission a examiné un amendement de M. Yves Censi tendant à prévoir un avis des directeurs de la CANAM et de la CCMSA préalablement à toute décision de révocation des directeurs ou agents comptables des URCAM prise par le directeur général de l'URCAM.

M. Yves Censi a fait part de la méfiance que lui inspire la perspective de voir un seul directeur répondre de l'ensemble des décisions.

Le rapporteur a suggéré le retrait de l'amendement au profit d'une rédaction postérieure améliorée. Il a, par ailleurs, estimé qu'il convenait de ne pas confondre les niveaux national et local.

M. Daniel Garrigue a suggéré de revoir l'ensemble des amendements concernant la MSA dans le cadre de la réunion que la commission tiendra en application de l'article 88 du Règlement.

Le président Yves Bur a suggéré la consultation des ministres de la santé et de l'agriculture.

La commission a *rejeté* cet amendement.

Elle a également *rejeté* un amendement de M. Yves Censi tendant à permettre au responsable de l'échelon du service médical d'un régime autre que le régime général d'exercer les fonctions de directeur d'URCAM.

La commission a *adopté* l'article 36 ainsi modifié.

Après l'article 36

La commission a *rejeté* onze amendements de M. Jean-Luc Prél :

– les trois premiers tendant à mieux intégrer, dans les missions et la composition de la conférence nationale de santé, les préoccupations régionales ;

– le quatrième visant la composition des conseils régionaux de santé ;

– le cinquième instituant un « directeur de l'agence régionale de la santé » ;

– le sixième étendant le rôle du conseil régional de santé ;

– le septième portant création de maisons médicales en zone rurale et en zone urbaine défavorisée ;

– le huitième instituant un *numerus clausus* régional par spécialité médicale ;

– le neuvième regroupant les professionnels paramédicaux exerçant à titre libéral dans une union équivalente aux URML ;

– le dixième créant des agences régionales de la santé ;

– le onzième renforçant la coopération entre instances régionales dans le domaine de la santé.

Article 37 : (article L. 162-47 [nouveau] du code de la sécurité sociale) : *Missions conjointes des ARH et des URCAM*

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz de suppression de l'article.

Puis la commission a *rejeté* trois séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant respectivement les paragraphes I, II et III de cet article.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur favorisant une gestion intégrée des compétences conjointes des ARH et des URCAM au sein d'une structure de mission légère qui préfigure la mise en place dans chaque région d'une agence régionale de santé.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prével précisant que la coordination des soins est assurée par une agence régionale de santé.

La commission a examiné un amendement de M. Philippe Vitel tendant à rétablir le rôle de l'ordre des médecins dans la détermination des orientations en matière de répartition territoriale des professionnels de santé.

Après que **le rapporteur** a fait valoir qu'il ne revient pas à cet organe de définir ces modalités pratiques de répartition, l'amendement a été *retiré* par son auteur.

La commission a examiné un amendement de M. Philippe Vitel prévoyant que l'ordre des médecins soit associé à l'organisation de la permanence des soins.

Le rapporteur s'est déclaré favorable à l'adoption de l'amendement sous la réserve de l'adoption préalable d'un sous-amendement de précision.

La commission a *adopté* ce sous-amendement, puis l'amendement de M. Philippe Vitel ainsi modifié.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le IV de l'article.

La commission a *adopté* l'article 37 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 37 : *expérimentation de la mise en place d'une agence régionale de l'hospitalisation*

La commission a *adopté* un amendement de M. Yves Bur prévoyant que les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale désignent, un an après l'entrée en vigueur de la loi, les régions qui sont autorisées à expérimenter la mise en place d'une agence régionale de santé, après que **M. Jean-Luc Prével** s'est interrogé sur le passage de l'expérimentation à la réalisation.

Après l'article 37

La commission a examiné un amendement de M. Bernard Perrut élargissant la composition des conseils d'administration des hôpitaux aux députés.

M. Philippe Vitel a rappelé que cette suggestion a, par le passé, fait l'objet d'une proposition de loi déposée par M. Jacques Domergue.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a rejeté l'amendement.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Bernard Perrut prévoyant que le président du conseil d'administration des établissements publics de santé rend public chaque année, le budget de son établissement.

Article 38 : (articles L. 121-1, L. 121-2, L. 151-1, L. 153-5, L. 153-8, L. 200-3, L. 221-1, L. 221-5, L. 224-1, L. 224-5-2, L. 224-9, L. 224-10, L. 227-2, L. 228-1, L. 231-1 à L. 231-12, L. 251-2 à L. 251-4, L. 262-1 et L. 281-2 à L. 281-6 du code de la sécurité sociale) : *Coordination*

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de suppression de l'article de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz.

La commission a *rejeté* trente-quatre séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant les différents alinéas de cet article.

La commission a *adopté* l'article 38 sans modification.

TITRE III

DISPOSITIONS RELATIVES AU FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE

Avant l'article 39

La commission a *rejeté* deux séries d'amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz tendant à créer respectivement une cotisation sociale additionnelle sur les revenus financiers générés par les entreprises et les ménages et une contribution sur les revenus financiers des entreprises.

La commission a *rejeté* deux amendements de M. Jean-Marie Le Guen tendant à asseoir les cotisations sociales patronales assurance maladie sur l'excédent brut d'exploitation des entreprises et à affecter la totalité des droits sur les tabacs au financement de l'assurance maladie.

La commission a *rejeté* quatre séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz tendant pour trois d'entre elles à modifier l'assiette des cotisations sociales en la liant à la valeur ajoutée des entreprises et pour la dernière à supprimer les exonérations de cotisations sociales patronales.

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz exonérant les hôpitaux du paiement de la taxe sur les salaires.

Après que **le rapporteur** a indiqué que les moyens financiers susceptibles de mettre en place la mesure font défaut, la commission a *rejeté* les amendements.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz augmentant le taux de la contribution sociale sur les bénéfiques.

La commission a *rejeté* deux séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz tendant respectivement à instituer un accès sélectif au crédit en fonction de l'investissement de l'entreprise en faveur de l'emploi et la formation et à faire bénéficier les établissements publics de santé de la baisse de la TVA portant sur les travaux d'amélioration et d'entretien des habitations.

La commission a *rejeté* deux amendements de M. Jean-Marie Le Guen visant à affecter de la totalité des droits sur les tabacs et de la taxe sur les conventions d'assurance au financement de l'assurance maladie.

Article 39 (article L. 131-7 du code de la sécurité sociale) :
Mesures visant à garantir les ressources de la sécurité sociale

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz de suppression de l'article.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant les dispositions relatives au renforcement des règles de compensation des pertes de recettes de la sécurité sociale.

La commission a *rejeté* deux amendements de Mme Martine Billard et de M. Yves Censi tendant respectivement à affecter à l'assurance maladie la quasi-totalité des droits tabac et à affecter une part de ces droits au régime agricole, **le rapporteur** ayant objecté sur ce dernier point que tel est déjà le cas.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz portant de 1 à 10 milliards d'euros la part du montant des droits sur les tabacs transférés du budget de l'Etat à l'assurance maladie.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Marie Le Guen affectant à la CNAM la totalité du produit des droits sur les tabacs non encore attribués à l'assurance maladie.

La commission a *adopté* l'article 39 sans modification.

Après l'article 39

La commission a *rejeté* sept amendements de Mme Martine Billard tendant respectivement à :

- moduler la contribution des entreprises en fonction du choix qu’elles opèrent dans le partage de la valeur ajoutée entre salaires, investissements et rémunération des actionnaires ;

- assujettir les entreprises à la contribution sociale sur les revenus des produits de placement ;

- créer une contribution sur les revenus des stock-options ;

- affecter à la sécurité sociale les droits sur les boissons alcoolisées anciennement affectés au FOREC ;

- affecter à l’assurance maladie le produit de la taxe générale sur les activités polluantes ;

- créer une taxe sur les véhicules terrestres à moteur thermique ;

- limiter les exonérations de cotisations sociales patronales afférentes aux contrats jeunes en entreprises aux entreprises de moins de cinquante salariés.

Article 40 (article L. 311-3 du code de la sécurité sociale et articles L. 324-12 et L. 324-14 du code du travail) : *Consolidation du recouvrement des recettes de la sécurité sociale*

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de suppression de l’article de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz.

La commission a *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur.

La commission a *rejeté* deux séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz tendant à lutter contre le travail dissimulé, afin de garantir les ressources de l’assurance maladie et à rendre plus dissuasives les sanctions prévues à l’encontre du travail dissimulé.

La commission a *adopté* l’article 40 ainsi modifié.

Après l’article 40

La commission a *rejeté* deux amendements de M. Jean-Marie Le Guen identifiant la fraction de la CSG spécifiquement affectée au financement de l’assurance maladie sous le nom de contribution santé universelle.

Article 41 (articles L. 136-2, L. 136-7-1 et L. 136-8 du code de la sécurité sociale) : *Dispositions relatives à la contribution sociale généralisée*

La commission a *rejeté* trois amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse, de M. Maxime Gremetz et de M. Jean-Marie Le Guen de suppression de l’article.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Charles de Courson instituant une hausse de tous les taux de CSG de 0,25 % à l'exception des très bas revenus.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz remplaçant le relèvement de la CSG par l'instauration d'une cotisation sociale additionnelle sur les dividendes distribués par les sociétés.

La commission a *rejeté* quatre amendements identiques de Mmes Martine Billard et Jacqueline Fraysse et de MM. Jean-Marie Le Guen et Maxime Gremetz supprimant la réduction de l'abattement forfaitaire de l'assiette de CSG.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant les dispositions fixant les taux de CSG applicables.

La commission a *rejeté* deux amendements de M. Richard Maillé ayant pour objet l'un de maintenir à 7,5 % le taux de CSG applicable aux bénéficiaires industriels et commerciaux, aux bénéficiaires non commerciaux et aux bénéficiaires agricoles assujettis en tant que revenus d'activité, l'autre de porter à 7,66 % le taux de CSG applicable aux revenus du patrimoine et de placements.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Pierre Door supprimant le traitement dérogatoire apparemment prévu par le projet au bénéfice des casinos en ce qui concerne le relèvement des taux de la CSG sur les produits des jeux.

M. Gérard Bapt a estimé que cet amendement soulève une question pertinente.

Le rapporteur ayant confirmé que le projet relève effectivement les taux de CSG applicables aux jeux dans les casinos dans les mêmes conditions que pour les autres jeux de hasard, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Martine Billard ayant pour objectif de s'opposer à l'augmentation de la CSG sur les pensions de retraite.

La commission a *rejeté* trois amendements de M. Richard Mallié, le premier ayant pour objectif d'appliquer le nouveau taux de 6,6% aux indemnités journalières de maladie, le deuxième appliquant ce nouveau taux aux contribuables imposés à l'année N-1, le dernier l'appliquant aux contribuables imposés à l'année N-2 .

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Pierre Door portant de 23 à 25 % la fraction des enjeux recueillis par la Française des jeux qui constitue l'assiette de la CSG.

La commission a *rejeté* deux séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant les paragraphes III et IV de l'article 41 prévoyant respectivement le relèvement des taux de CSG applicables aux jeux dans les casinos et les modalités d'entrée en application des mesures de l'article.

La commission a *adopté* l'article 41 sans modification.

Article 42 (articles L. 245-2 et L. 245-5-2 du code de la sécurité sociale) : *Relèvement de la contribution sur les dépenses de promotion des fabricants ou distributeurs de dispositifs médicaux et de la contribution sur les dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques*

La commission a *rejeté* deux séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz, les uns supprimant l'article, les autres avançant au 1^{er} janvier 2005 son application.

La commission a *adopté* l'article 42 sans modification.

Article 43 (articles L. 138-20 et L. 245-6-1 du code de la sécurité sociale) : *Contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques et maîtrise des dépenses de médicament*

La commission a *rejeté* deux séries de deux amendements de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz, les uns de suppression de l'article, les autres portant à 15 % le taux de la contribution instituée par cet article.

La commission a *adopté* un amendement de précision du rapporteur supprimant des dispositions redondantes relatives au recouvrement de cette contribution.

La commission a examiné deux amendements identiques de MM. Pierre Morange et Jean-Luc Préel supprimant la disposition qui prévoit que la contribution n'est pas déductible pour l'impôt sur les sociétés.

M. Pierre Morange a estimé que le droit commun, c'est-à-dire la déductibilité, doit s'appliquer à cette contribution dès lors qu'elle devient pérenne.

A l'invitation du **rapporteur**, ces amendements ont été *retirés* par leurs auteurs.

La commission a *adopté* l'article 43 ainsi modifié.

Avant l'article 44

La commission a *rejeté* deux amendements de M. Jean-Marie Le Guen, le premier prévoyant l'affectation intégrale de la contribution sociale sur les bénéficiaires à l'assurance maladie, le second doublant le taux de cette contribution.

Article 44 (article L. 245-13 du code de la sécurité sociale) : *Contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité des sociétés*

La commission a examiné trois amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse, M. Maxime Gremetz et de M. Jean-Marie Le Guen de suppression de l'article.

Mme Jacqueline Fraysse a observé que la majoration de la contribution sociale de solidarité des sociétés est si ridicule que mieux vaut en proposer la suppression.

La commission a *rejeté* les amendements.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz portant de 0,03 % à 15 % le taux de la contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité des sociétés.

La commission a *adopté* deux amendements de précision du rapporteur.

Puis la commission a *adopté* l'article 44 ainsi modifié.

Article 45 (articles 1^{er}, 2, 4, 7 et 14 à 18 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale) : *Dette sociale*

La commission a *rejeté* quatre amendements de suppression de l'article de Mmes Martine Billard et Jacqueline Fraysse et de MM. Jean-Marie Le Guen et Maxime Gremetz.

La commission a examiné un amendement du rapporteur, cosigné par le président Yves Bur, limitant la prolongation de la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) à 2020 et portant en contrepartie son taux à 0,65 %.

M. Gérard Bapt a demandé comment cette proposition peut être conciliée avec la présentation du gouvernement selon laquelle il n'y a pas de relèvement général de la CSG et de la CRDS.

Le rapporteur a fait remarquer que l'amendement ne provient pas du gouvernement mais constitue une contribution forte au débat de la part du président et du rapporteur de la commission spéciale.

Le président Yves Bur a ajouté que l'échéance de 2020 correspond au moment où le poids de retraites va fortement augmenter ; il est donc légitime de ne pas faire porter le remboursement de la dette sociale au-delà.

M. Jean-Marie Le Guen a estimé que ses arrières petits-enfants peuvent remercier le président et le rapporteur mais souhaité que l'on pense aussi au sort de ses petits-enfants.

M. Pierre Morange a demandé comment les déficits de l'assurance maladie en 2005 et 2006, qui ne sont pas encore budgétés par une loi de financement de la sécurité sociale, peuvent être pris en considération par l'amendement.

Le rapporteur a indiqué que l'amendement prévoit la couverture de ces déficits dans la limite de 15 milliards d'euros.

M. Edouard Landrain a demandé si une anticipation de l'échéance de la CRDS est prévue dans l'hypothèse où une amélioration des comptes de la sécurité sociale serait plus rapide que prévue.

Le président Yves Bur a considéré que d'éventuels excédents de recettes pourraient utilement être capitalisés pour atténuer des chocs futurs.

M. Jean-Marie Le Guen ayant déclaré s'abstenir, la commission a *adopté* l'amendement.

M. Pierre Morange a *retiré* deux amendements, devenus sans objet en raison de l'adoption de l'amendement du rapporteur, le premier prévoyant de fixer à 2024 l'échéance de la CRDS et le second supprimant la fixation par décret des montants et des dates des versements afférents à la couverture des déficits de la branche maladie en 2005 et 2006.

La commission a *adopté* l'article 45 ainsi modifié.

Après l'article 45

M. Jean-Luc Prével a *retiré* un amendement faisant de la CRDS une cotisation permanente afin de prendre en charge le glissement structurel de l'assurance maladie lié au vieillissement de la population et au progrès technologique.

Puis la commission a **adopté** l'ensemble du projet de loi ainsi modifié.

COMMISSION MIXTE PARITAIRE
CHARGÉE DE PROPOSER UN TEXTE SUR LES DISPOSITIONS
RESTANT EN DISCUSSION DU PROJET DE LOI RELATIF À LA BIOÉTHIQUE

Mardi 15 juin 2004

Conformément au deuxième alinéa de l'article 45 de la Constitution et à la demande de M. le Premier ministre, une commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi relatif à la bioéthique s'est réunie le mardi 15 juin 2004 au Sénat.

La commission a d'abord procédé à la désignation de son bureau qui a été ainsi constitué :

- M. Nicolas About, sénateur, président ;
- M. Jean-Michel Dubernard, député, vice-président ;
- M. Francis Giraud, sénateur, rapporteur pour le Sénat ;
- M. Pierre-Louis Fagniez, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.

La commission mixte paritaire a ensuite procédé à l'examen du texte.

M. Nicolas About, président, a rappelé que les travaux de la commission mixte paritaire constituent la dernière étape d'un processus législatif long de trois ans, durée qu'explique, sans la justifier totalement, la difficulté des sujets abordés.

M. Jean-Michel Dubernard, vice-président, a déclaré que la première révision des lois de bioéthique serait achevée avec un retard de cinq ans sur le calendrier initial. Les deux assemblées ont inscrit une nouvelle fois le principe d'une révision au terme de cinq années. Ce délai doit impérativement être respecté car l'absence de texte précis, cadrant avec les progrès scientifiques récents, a perturbé le fonctionnement de certains laboratoires, dès lors contraints de contourner certaines dispositions légales.

En préambule, **M. Francis Giraud, rapporteur pour le Sénat**, a rappelé que quarante articles demeuraient en navette en deuxième lecture au Sénat, la plupart du temps pour des motifs rédactionnels. A l'issue de cette lecture, le Sénat a adopté vingt-cinq articles conformes et en a supprimé un, la commission mixte paritaire devant en conséquence s'accorder sur une rédaction commune pour les quinze articles restant en discussion.

A ce stade du débat, les amendements adoptés par le Sénat en deuxième lecture n'ont apporté que deux innovations et mis à jour un désaccord de fond.

A l'initiative de sa commission des Affaires sociales, le Sénat a introduit deux nouvelles procédures dérogatoires :

- la première concerne le don d'organe entre vifs en cas d'urgence vitale pour lequel la procédure de droit commun aurait pu s'avérer trop lourde à mettre en œuvre, notamment l'exigence d'un double passage devant le comité d'experts, d'abord pour recevoir une information sur le prélèvement puis, pour obtenir l'autorisation d'effectuer le don. Le Sénat a en conséquence prévu que, dans ce cas d'urgence vitale, l'information sur le prélèvement soit assurée par le praticien ayant posé l'indication, ou tout autre praticien du choix du donneur, et que l'autorisation soit formulée par le comité d'experts par tout moyen ;

- la seconde innovation concerne la délivrance des tests génétiques. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades a permis de nombreuses avancées, et notamment que ces derniers ne puissent être privés des informations médicales les concernant. Toutefois, au regard de la technicité de cette spécialité, le Sénat a jugé nécessaire de prévoir que les résultats des examens soient toujours délivrés au patient par le médecin prescripteur, dans le cadre d'une consultation médicale.

S'agissant du désaccord qui persiste entre les deux assemblées sur les dispositions de l'article 18 relatif à l'assistance médicale à la procréation, il a rappelé qu'en première lecture, le Sénat avait préféré limiter la conduite de recherches sur les seuls embryons surnuméraires à la date d'entrée en vigueur de la loi. Il a estimé que le nombre d'embryons surnuméraires existant suffit à mettre en oeuvre la dérogation temporaire qu'autorise le texte, mais donne un signal fort sur le caractère réel de l'interdiction de principe qu'il pose.

Enfin, **M. Francis Giraud, rapporteur pour le Sénat**, a rappelé que le Sénat a tenté de répondre, comme l'a fait l'Assemblée nationale, au douloureux dilemme que pose la détection d'anomalies génétiques graves chez certains patients et n'a pas voulu laisser au juge la

charge de décider, au cas par cas, si un patient pouvait, ou non, se prévaloir du secret de son intimité médicale pour ne pas alerter ses proches de l'existence de cette anomalie.

A la suite d'un débat avec le Gouvernement, le Sénat a retenu la position suivante :

- le patient doit être incité à prévenir ses proches mais ne saurait voir sa responsabilité juridique engagée s'il ne le faisait pas ;

- conscient que dans certains cas, les patients hésiteront à prévenir eux-mêmes leur famille, il a jugé nécessaire de leur offrir une alternative à travers la procédure de l'information médicale à caractère familial, permettant le transfert des informations de médecin à médecin, dans le respect de l'anonymat du malade.

Il a toutefois déclaré que les deux rapporteurs proposeraient quelques aménagements à ce système afin d'en parfaire l'équilibre et de ne pas consacrer le principe d'une irresponsabilité absolue du patient.

M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a indiqué qu'il approuve globalement les innovations introduites par le Sénat en deuxième lecture.

Concernant le statut de l'embryon sur lequel peuvent être pratiquées des recherches, il a toutefois considéré qu'aucune distinction éthique légitime ne peut être faite entre ceux ne faisant plus l'objet d'un projet parental à l'entrée en vigueur de la présente loi, et les autres embryons surnuméraires. Il a donc annoncé qu'il proposerait le rétablissement de la rédaction issue des travaux de l'Assemblée nationale pour l'article 18.

M. Jean Chérioux, sénateur, a estimé que la rédaction proposée par le Sénat pour l'article 18, qui limite la possibilité de conduire des recherches sur les seuls embryons surnuméraires à l'entrée en vigueur de la loi, présente un double avantage. Elle préserve le caractère sacré de l'embryon humain tel que le propose le projet de loi : tous les embryons humains conçus *in vitro* sous l'empire de la nouvelle loi ne pourront faire l'objet de recherche. Elle permet en outre d'afficher, en limitant le nombre d'embryons disponibles pour la recherche, que l'interdiction par principe de la recherche n'est pas que de façade et que la dérogation prévue pour cinq ans ne constitue qu'une transgression temporaire.

Il a enfin indiqué que dans l'hypothèse où la commission mixte paritaire ne retiendrait pas cette rédaction, il se désolidariserait des conclusions qu'elle pourrait adopter.

M. Alain Claeys, député, s'est déclaré favorable à ce que des recherches puissent être menées sur l'ensemble des embryons surnuméraires. Il a estimé que la condition d'autorisation de ces recherches, à savoir qu'elles permettent des progrès thérapeutiques majeurs, est impossible à satisfaire *a priori*. Il a enfin rappelé que le législateur avait autorisé, dès 1994, la destruction des embryons surnuméraires.

M. Bernard Cazeau, sénateur, a estimé que la rédaction proposée par le rapport de l'Assemblée nationale pour l'article 18 est préférable à celle adoptée par le Sénat en deuxième lecture.

Mme Valérie Pécresse, députée, a fait part de ses vives réserves juridiques sur la rédaction adoptée par le Sénat pour l'article 3 relatif à l'obligation d'information familiale du porteur d'anomalie génétique. Elle a estimé, en premier lieu, que la jurisprudence du Conseil constitutionnel interdit au législateur de prévoir une exonération absolue de responsabilité. Elle a ensuite exprimé ses doutes sur l'introduction d'une procédure subsidiaire pour permettre aux patients atteints d'une anomalie génétique de prévenir leurs proches par l'intermédiaire d'un tiers. L'Agence de la biomédecine est mal préparée à des missions la conduisant à intervenir dans l'intimité des situations médicales individuelles ; en raison de la faible importance de ses effectifs futurs, elle est exposée à des risques d'atteinte à la confidentialité des informations médicales : le décret pris en Conseil d'État devra être très précis sur ce point. Enfin, la réception par les intéressés d'un avertissement en provenance d'une structure administrative peut se révéler humainement délicate à mettre en œuvre. Il serait donc souhaitable que le rapporteur du Sénat apporte quelques précisions sur les modifications qu'il propose sur cet aspect du projet de loi.

M. Nicolas About, président, a exposé la nouvelle rédaction présentée par les rapporteurs proposant que la responsabilité des patients ne puisse être recherchée dans le seul cas où ils n'auraient pas prévenu eux-mêmes leurs proches et non pas s'ils refusaient d'avertir anonymement leur famille à travers l'Agence de la biomédecine. Il a considéré que cette formule présente le double mérite de concilier des droits *a priori* antinomiques et d'apporter une solution humaine à ceux qui sont confrontés à la douloureuse épreuve que constitue l'annonce d'une anomalie génétique grave.

En effet, cette nouvelle rédaction exclut qu'une action en responsabilité puisse être engagée contre une personne qui ne voudrait pas prévenir elle-même ses proches. Le respect du secret de l'intimité médicale permet au patient d'affirmer qu'il n'a pas commis de faute ou de négligence en tenant ces informations secrètes.

En revanche, le même patient ne peut pas se prévaloir de ce secret pour refuser de donner les noms de ses proches pouvant être prévenus par l'Agence de la biomédecine dans des conditions qui préservent son anonymat. Dans cette hypothèse où le secret de l'intimité médicale du patient n'est pas violé, le régime commun du droit de la responsabilité pourrait trouver à s'appliquer.

Il a insisté sur le caractère humain de la procédure d'information par tiers. La découverte d'une anomalie génétique grave constitue un drame pour un patient et le législateur ne peut lui imposer de lourdes obligations. L'Agence de la biomédecine aura la charge d'avertir les membres de la famille dans les seuls cas où les patients trouveraient trop difficile de contacter eux-mêmes leurs proches.

Le décret en Conseil d'État, qui précisera les modalités de recueil, de transmission, de conservation et d'accession à ces données, garantira que cette procédure est mise en œuvre par des médecins.

Mme Christine Boutin, députée, a rappelé que, lors du débat à l'Assemblée nationale, elle s'est opposée à l'adoption d'une rédaction qui, en faisant peser une responsabilité lourde sur les patients dans des domaines touchant à l'intimité des personnes, pourrait s'avérer déstabilisante pour les familles, le cas des enfants adultérins méritant d'être pris en compte. Elle s'est donc déclarée en accord avec la proposition des rapporteurs sur ce sujet.

M. Nicolas About, président, a proposé que la commission procède à l'examen des articles en commençant par l'article 3 afin de décider d'une rédaction définitive et, le cas échéant, de coordonner à l'article premier A, relatif à l'Agence de la biomédecine, l'extension de ses compétences prévues par l'article 3.

La commission mixte paritaire est ensuite passée à l'examen des articles restant en discussion.

EXAMEN DES ARTICLES

TITRE PREMIER A

ÉTHIQUE ET BIOMÉDECINE

Article premier AA (nouveau)

(art. L. 1412-1 à L. 1412-4 du code de la santé publique)

Missions et statut du Comité consultatif national d'éthique

La commission a *adopté* l'article premier AA (*nouveau*) dans la rédaction du Sénat.

Article premier A
(art. L. 1125-2, L. 1244-8, L. 1251-1, L. 1418-1 à L. 1418-8 et L. 1419-1
du code de la santé publique)

Création de l'Agence de la biomédecine

La commission a tout d'abord *adopté* un amendement de coordination présenté par les deux rapporteurs inscrivant dans la liste des missions de l'Agence de la biomédecine le recueil, la conservation et la communication des informations médicales à caractère familial.

Elle a ensuite *adopté* un amendement des mêmes auteurs supprimant la référence aux collègues d'experts afin de conserver un caractère informel aux conseils scientifiques auxquels peut recourir le directeur général de l'agence.

La commission mixte paritaire a *adopté* l'article premier A ainsi rédigé.

TITRE PREMIER

DROITS DE LA PERSONNE ET CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES

Chapitre II

Examen des caractéristiques génétiques et identification d'une personne par ses empreintes génétiques

Article 3
(art. 16-11 du code civil et L. 1131-1 et L. 1131-3
du code de la santé publique)

Conditions de l'identification d'une personne par ses empreintes génétiques

Mme Valérie Pécresse, députée, a réitéré ses réserves quant à la création d'une procédure d'information par tiers et a estimé que le droit de la responsabilité doit être applicable, car des personnes peuvent se trouver potentiellement en danger de mort si elles sont tenues dans l'ignorance de leur état de santé.

M. Jean-Marie Le Guen, député, a indiqué partager les propos précédemment tenus sur ce sujet par Mme Christine Boutin et s'est inquiété des dérives que peut entraîner le refus de tout risque. Le législateur doit avant tout chercher à dissuader les contentieux et la procédure d'information par l'Agence de la biomédecine doit impérativement transiter par un médecin.

M. Olivier Jardé, député, a estimé qu'il peut être très difficile, pour une personne atteinte d'une anomalie génétique grave, d'informer ses proches.

M. Francis Giraud, rapporteur pour le Sénat, a rappelé les incertitudes entourant le domaine de la génétique et les limites du droit sur ce sujet. Il s'est inquiété qu'une responsabilité puisse être recherchée à l'encontre de patients qui n'auraient pas prévenus des membres de leur famille éloignée avec lesquels ils n'entretiendraient pas de contact régulier ou dont ils ignoreraient l'existence.

M. Nicolas About, président, a déclaré que la rédaction retenue en deuxième lecture par l'Assemblée nationale, faisant référence à une responsabilité non définie, était excessive et juridiquement inappropriée.

Il a estimé que la rédaction adoptée par le Sénat en deuxième lecture, à l'initiative du Gouvernement et de la commission des Affaires sociales, pouvait être encore améliorée, ce que fait notamment l'amendement des rapporteurs.

Il a proposé, en premier lieu, qu'aux termes de « *l'utilité d'informer* » soit substituée la formule plus solennelle disposant que « *le médecin informe la personne ou son représentant légal des risques que son silence ferait courir aux membres de sa famille* ».

Il a ensuite suggéré de préciser que le transfert de l'information entre l'Agence de la biomédecine et les personnes potentiellement concernées s'effectue de médecin à médecin.

Il a enfin rappelé le caractère relatif et contingent de l'irresponsabilité des patients, celle-ci ne s'appliquant qu'au seul respect de leur intimité médicale et non à leur éventuel refus de communiquer, de manière anonyme via l'Agence de la biomédecine, l'information aux membres de leur famille potentiellement concernés.

Approuvant cette proposition, la commission a *adopté* l'amendement rectifié à l'unanimité et l'article 3 ainsi rédigé.

TITRE II

DON ET UTILISATION DES ÉLÉMENTS ET PRODUITS DU CORPS HUMAIN

Article 6

(art. L. 1221-5, L. 1221-8 et L. 1221-12 du code de la santé publique)

Collecte, préparation et conservation du sang, de ses composants
et des produits sanguins labiles

La commission a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 7

*(art. L. 1231-1, L. 1231-3 à L. 1231-5, L. 1232-1 à L. 1232-6,
L. 1233-1 à L. 1233-3, L. 1235-1 à L. 1235-4, L. 1235-6 et L. 1235-7
du code de la santé publique)*

Prélèvements d'organes

M. Jean-Michel Dubernard, vice-président, a rappelé les principes fondateurs de la médecine qui veulent qu'avant toute chose soit respectée l'intégrité du patient et la règle du *primum non nocere*. Il a rappelé que la mortalité des donneurs vivants, en cas de greffe de foie, s'élève à près de 1 % des cas. Il s'est inquiété qu'une trop grande extension du cercle des donneurs vivants ne se traduise par une mercantilisation des dons d'organes et par l'abandon progressif des efforts destinés à valoriser le don *post mortem*.

M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour l'Assemblée nationale, s'est associé à ces propos et a présenté un amendement tendant à dispenser les seuls père et mère du receveur de l'autorisation préalable à tout don d'organe entre vifs donnée par un comité d'experts.

La commission a *adopté* cet amendement puis l'article 7 ainsi rédigé.

Article 7 ter

(art. L. 1244-6 du code de la santé publique)

Campagne de sensibilisation au don d'ovocytes

La commission a *supprimé* cet article.

Article 8

*(art. L. 1241-1, L. 1241-3, L. 1241-4, L. 1241-6, L. 1241-7,
L. 1242-1 à L. 1242-3, L. 1243-1 à L. 1243-8, L. 1244-2, L. 1244-4,
L. 1244-5 et L. 1245-1 à L. 1245-8 du code de la santé publique
et art. 38 du code des douanes)*

Principes généraux applicables aux prélèvements de tissus ou de cellules et à la collecte de produits issus du corps humain

La commission a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

TITRE III

PRODUITS DE SANTÉ

Article 13

*(art. L. 4211-8 à L. 4211-10, L. 5121-1, L. 5121-5, L. 5121-20, L. 5121-21,
L. 5124-1 et L. 5124-13 du code de la santé publique)*

Régime juridique des préparations de thérapie génique
et cellulaire xénogénique

La commission a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

TITRE IV

PROCRÉATION ET EMBRYOLOGIE

CHAPITRE III

Diagnostic prénatal et assistance médicale à la procréation

Article 17

*(art. L. 2131-1, L. 2131-2, L. 2131-3, L. 2131-4, L. 2131-4-1 nouveau
et L. 2131-5 du code de la santé publique)*

Diagnostics prénatal et préimplantatoire

La commission a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 18

(art. L. 2141-1, L. 2141-2, L. 2141-3, L. 2141-4, L. 2141-5, L. 2141-6, L. 2141-7, L. 2141-9, L. 2141-10, L. 2141-11, L. 2141-12, L. 2141-2, L. 2142-1, L. 2142-1-1, L. 2142-2, L. 2142-3, L. 2142-4 du code de la santé publique)

Assistance médicale à la procréation

M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a tout d'abord proposé que les réglementations relatives à la stimulation ovarienne soient établies dans le cadre de recommandations de bonnes pratiques ainsi que le prévoyait la rédaction de l'Assemblée nationale en deuxième lecture.

Concernant l'embryon, il a réitéré sa conviction qu'aucun argument éthique ne permet de distinguer les embryons surnuméraires à l'entrée en vigueur de la présente loi et ceux qui le deviendront par la suite. Il a insisté sur le fait que tous les embryons doivent être traités avec dignité et qu'en conséquence, il ne saurait en être créés à des seules fins de recherches.

Enfin, il a souligné que le principe de la possibilité de réaliser, à titre dérogatoire, des recherches sur l'embryon est en réalité posé par l'article 19 du projet de loi qui a été adopté conforme par les deux assemblées.

M. Jean Chérioux, sénateur, a insisté pour que cette distinction soit préservée car elle participe de l'équilibre de la loi, qui n'autorise qu'une transgression temporaire au principe d'interdiction de recherche sur l'embryon.

Mme Christine Boutin, députée, a exprimé son opposition foncière à de telles recherches qui constituent une atteinte fondamentale à la chaîne humaine.

M. Alain Claeys, député, a déclaré que l'amendement proposé par le rapporteur pour l'Assemblée nationale, bien que moins restrictif que celui du Sénat, aurait dû autoriser plus nettement encore la poursuite de recherches sur l'embryon.

M. Bernard Cazeau, sénateur, a partagé cette position.

M. Paul Blanc, sénateur, a estimé que l'autorisation de la procréation médicalement assistée conduit obligatoirement à l'existence d'embryons surnuméraires condamnés. Il a estimé préférable, plutôt que de mettre brutalement fin à leur existence, que leur sacrifice puisse faire avancer la médecine humaine et embryonnaire.

M. Jean Chérioux, député, a rappelé que les règles de la procréation conduisaient à ce qu'un grand nombre d'embryons soient naturellement expulsés. Ces embryons sont dans la même situation que les embryons surnuméraires ne faisant plus l'objet d'un projet parental. D'un point de vue éthique, l'abandon du projet parental devrait entraîner la mort de l'embryon.

Toutefois, dans un esprit de compromis, il devrait être possible de procéder à des recherches sur des embryons surnuméraires à l'entrée en vigueur de la loi car ceux-ci n'ont pas été créés dans les conditions prévues pour définir le projet parental par le présent projet de loi.

Il a ensuite confirmé qu'il ne pourrait continuer à siéger au sein de la commission mixte paritaire si celle-ci revenait à la rédaction proposée par l'Assemblée nationale pour l'article 18.

M. Guy Fischer, sénateur, a rappelé que le vote négatif des membres du groupe communiste républicain et citoyen sur le projet de loi avait été motivé par la frilosité du texte sur certains de ses aspects, notamment les conditions trop restrictives permettant de procéder à des recherches sur les cellules souches embryonnaires.

Mme Christine Boutin, députée, a estimé que la transgression première avait été constituée dès 1992, par la création et la conservation d'embryons à des fins d'assistance médicale à la procréation. Elle a affirmé que l'Allemagne, en refusant la conservation des embryons, n'est pas confrontée aux difficultés posées par l'existence d'embryons surnuméraires.

M. Jean Leonetti, député, a également estimé que la véritable transgression réside dans l'autorisation que soient créés des embryons, mais a jugé que le plus important est le refus unanime de création des embryons à des seules fins de recherches.

A l'issue de ce débat, la commission a *adopté* l'article 18 dans la rédaction de l'Assemblée nationale.

CHAPITRE IV

Recherche sur l'embryon et les cellules souches embryonnaires et fœtales humaines

Article 19

(*art. L. 2151-1, L. 2151-2, L. 2151-2-1, L. 2151-2-2, L. 2151-3, L. 2151-3-1, L. 2151-3-2, L. 2151-4 du code de la santé publique*)

Recherche sur l'embryon et les cellules souches embryonnaires humaines

La commission a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 19 bis

Rapports en vue d'une évaluation des recherches sur l'embryon
et les cellules souches embryonnaires

La commission a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 20

(art. L. 1241-5 nouveau du code de la santé publique)

Tissus et cellules embryonnaires ou fœtaux
issus d'une interruption de grossesse

La commission a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

TITRE V

DISPOSITIONS DIVERSES ET TRANSITOIRES

Article 27

Date d'entrée en vigueur
des dispositions relatives à la recherche sur l'embryon

La commission a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 29

Conditions de révision de la loi et évaluation de son application

La commission a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

La commission mixte paritaire a ensuite adopté l'ensemble du
texte ainsi élaboré.

* *
*

Informations relatives à la commission mixte paritaire

A la suite des nominations effectuées par l'Assemblée nationale le mercredi 9 juin 2004 et par le Sénat dans sa séance du même jour, cette commission est ainsi composée :

Députés

Titulaires		Suppléants	
MM.	Jean-Michel DUBERNARD	Mme	Christine BOUTIN
	Pascal CLÉMENT	MM.	Yves BUR
	Pierre-Louis FAGNIEZ		Jean-Claude GUIBAL
	Jean LEONETTI		Dominique RICHARD
Mme	Valérie PÉCRESSE		Olivier JARDÉ
MM.	Alain CLAEYS	Mme	Catherine GÉNISSON
	Jean-Marie LE GUEN		<i>Non désigné</i>

Sénateurs

Titulaires		Suppléants	
MM.	Nicolas ABOUT	MM.	Paul BLANC
	Francis GIRAUD		Claude DOMEIZEL
	Jean CHÉRIOUX		Dominique LECLERC
	Gérard DÉRIOT		Roland MUZEAU
	Jean-Louis LORRAIN	Mmes	Anne-Marie PAYET
	Bernard CAZEAU		Janine ROZIER
	Guy FISCHER	M.	Alain VASSELLE

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

Mardi 22 juin 2004

Présidence de M. Claude Birraux, député, président.

L'Office parlementaire a procédé à l'examen du rapport de **MM. Jean Dionis du Séjour, député, et Jean-Claude Etienne, sénateur** sur « *les télécommunications à haut débit et Internet au service du système de santé* ».

Pour **M. Jean-Claude Etienne, sénateur, rapporteur**, le rapport sur « *l'Internet à haut débit et les systèmes de santé* » demandé par la Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale, se trouve au cœur de l'actualité : le débat en cours sur la maîtrise des dépenses du système de santé impose en effet de revoir en profondeur l'architecture de notre système de soins. Or, l'assimilation par la médecine des nouvelles technologies de l'information (NTIC) va transformer en profondeur l'organisation de la médecine, aussi bien au niveau de la mise en œuvre des thérapeutiques, de la conception de l'hospitalisation que des rapports entre les malades et le corps médical.

La révolution numérique va s'exercer à travers deux outils : l'Internet et les équipements de télémédecine.

M. Jean-Dionis du Séjour, député, rapporteur, a relevé que le développement des nouvelles technologies de l'information va transformer en profondeur les rapports que les patients entretiennent avec les professionnels de santé. Mieux informé, « propriétaire » de son dossier médical, associé à la définition du projet thérapeutique qui va lui être administré, capable d'aller chercher de l'information médicale le concernant, le patient redevient l'acteur de sa maladie et se trouve ainsi en position de mieux apprécier la stratégie thérapeutique. L'échange devient à la fois plus exigeant et mieux documenté avec toutefois un risque réel de dérapage vers un comportement consumériste qui risque de poser des problèmes en termes de rapports humains.

S'agissant du « Web », il convient de bien distinguer les sites professionnels des sites destinés au grand public. Ces derniers sont souvent fort utiles mais présentent des dangers dans la mesure où ceux qui les consultent

n'ont pas la compétence pour évaluer la qualité des informations qui leur sont communiquées.

En outre, le modèle économique viable en matière de sites « e-santé » pour le grand public reste encore à bâtir et il est probablement nécessaire d'aller au-delà des règles de déontologie posées par la CNIL, par exemple en obligeant les sites à préciser la nature de leurs liens avec les fournisseurs des produits donnés en référence.

La téléconsultation reste aujourd'hui interdite en France. Le problème est donc bien celui de la frontière à établir entre la délivrance d'une information générale sur un problème médical, d'une part, et une consultation qui conduirait à établir un diagnostic à distance, d'autre part.

S'agissant des sites réservés aux professionnels, le développement des expériences de réseaux de soins va renforcer le développement de ces sites et sera probablement un facteur important du décloisonnement entre la médecine hospitalière et la médecine libérale.

Le rapporteur a ensuite mis l'accent sur les problèmes de qualification des sites Web, sur la nécessité de mettre en place des organismes de veille ainsi qu'un système de labellisation.

S'agissant de la mise en place du dossier médical informatisé du patient, les rapporteurs ont constaté l'existence d'un large consensus sur l'intérêt de cet outil pour rendre plus cohérent notre système de santé. Toutefois, les rapporteurs ont noté la nécessité, pour faciliter la mise en commun des données détenues par les acteurs du système de santé, d'utiliser le numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques (plus communément appelé numéro INSEE).

L'insertion d'un dispositif législatif propre au dossier médical partagé dans la loi « informatique et liberté » permettrait de résoudre les problèmes de coordination entre les règles protectrices du patient et les règles de déontologie.

Après avoir défini la télémédecine, qui a pour vocation de soigner le malade à distance, **M. Jean Claude Etienne, sénateur, rapporteur**, a relevé que cette médecine est aujourd'hui au point mais que son développement est entravé par bien des obstacles alors qu'elle peut considérablement améliorer le confort et la qualité de prise en charge du patient.

En France, l'Ordre des médecins réprovoque les consultations par téléphone. C'est pourquoi la télémédecine est aujourd'hui un outil réservé aux hôpitaux car il permet de mieux gérer les pénuries de personnels médicaux et d'apporter à la population un accès à un service public de qualité indépendamment de la localisation géographique.

Il est d'ailleurs probable que l'installation de stations de télémédecine constitue le seul moyen de sauver les hôpitaux de proximité. L'intérêt de la télémédecine se situe à trois niveaux : elle permet d'assurer la continuité de l'accès aux soins pour une partie importante de la population ; elle est un outil précieux pour traiter des urgences médicales ; sa mise en œuvre favorise les réseaux multidisciplinaires dont la médecine de demain aura besoin.

Le rapporteur a pris l'exemple de la médecine pénitentiaire car l'organisation des unités de soins aux détenus n'est pas satisfaisante. Il existe un problème majeur de santé publique et de sécurité et il serait souhaitable que, dans le délai le plus bref possible, toutes les infirmeries des prisons françaises soient dotées de stations de télémédecine.

Par ailleurs, les rapporteurs ont souligné que l'émergence de la télémédecine allait considérablement complexifier le droit de la responsabilité médicale qui va être confronté à l'application de plusieurs législations et aux contradictions entre celles-ci.

Les craintes tenant au travail en réseau découlent en partie de ces incertitudes dans un contexte de fort développement de la responsabilité médicale.

En outre la télémédecine est parfois perçue comme de nature à aggraver la distance entre l'exercice de la médecine spécialisée et celle de la médecine générale.

M. Claude Birraux, député, président, a interrogé les rapporteurs sur les aspects techniques de la télémédecine, par exemple pour permettre aux détenus d'accéder à des scanners. Dans sa réponse, **M. Jean-Claude Etienne, sénateur, rapporteur**, a indiqué que ce n'était pas tant le problème d'accès au scanner qui se posait mais plutôt celui de l'évaluation de l'utilité de procéder à ce type d'examen. Dans cette perspective, le fait que les stations de télémédecine puissent permettre un meilleur diagnostic éviterait le recours à des examens inutiles et diminuerait les files d'attente, facilitant ainsi la réalisation des scanners lorsque ces derniers sont réellement indispensables.

M. Jean Dionis du Séjour, député, rapporteur, évoquant la mission qu'il avait réalisée aux États-unis a souligné l'absolue nécessité de doter les prisons de stations de téléconsultations.

M. Claude Birraux, député, président, s'est interrogé sur la formation continue des médecins travaillant dans les hôpitaux de proximité, assujettis à un très grand nombre de gardes et de permanences et qui, de ce fait, ont du mal à dégager le temps nécessaire à une telle formation. Il a évoqué l'articulation entre les CHU et les petits hôpitaux en matière de formation.

M. Jean Dionis du Séjour, député, rapporteur, a indiqué que le « e-learning » médical ne présente pas de spécificités et que la part des enseignements à distance va augmenter en particulier dans le cadre du CNED (Centre national d'enseignement à distance).

Pour **M. Jean-Claude Etienne, sénateur, rapporteur**, la remise à niveau des praticiens doit être déclinée au nombre des missions des CHU qui peuvent donner aux jeunes médecins des formations par télé-médecine. Au-delà, ces méthodes constituent une aide très précieuse en matière de pédagogie qui trouve là une dimension nouvelle. Au vu de son expérience, il considère que la télé-formation dans le domaine médical offre un mieux perçu pédagogique.

M. Jean-Pierre Door, député, évoquant son expérience personnelle, a souligné l'existence de permanences de soins virtuelles qui permettent aux médecins isolés d'être reliés à un centre régulateur. Ces méthodes sont particulièrement utiles en matière d'urgence, par exemple cardiologique, car le malade peut être mieux pris en charge et mieux orienté. Il a pu également mesurer l'utilité de la télé-médecine à travers le réseau de surveillance du cancer du sein qui permet aux radiologues de transmettre par ADSL des mammographies. Il a relevé que la formation continue des médecins allait devenir obligatoire, ce qui va gêner considérablement les médecins des cantons ruraux qui peuvent difficilement être remplacés. Internet leur permettra d'effectuer une formation validée à leur domicile et sera l'un des outils de lutte contre les manques de la démographie médicale.

Pour cela, il est toutefois nécessaire que les régions prennent en charge l'équipement du territoire en ADSL.

M. Jean Dionis du Séjour, député, rapporteur, a souligné que, d'une manière générale, la desserte du territoire en haut débit était impérative mais que, dans le domaine médical, le haut débit n'était pas d'une utilité absolument indispensable.

Mme Marie-Christine Blandin, sénatrice, a souligné le paradoxe qu'elle avait relevé dans un hôpital où le médecin de proximité avait, aux yeux du malade, une image dévalorisée par rapport aux médecins spécialistes.

Elle a craint que ces avancées technologiques ne produisent une nouvelle génération de médecins très axés sur la technologie et moins sur l'écoute du patient. Elle a fait part également de sa crainte de stigmatisation de certaines populations défavorisées qui n'auraient plus accès aux médecins que par l'intermédiaire de machines.

M. Jean-Claude Etienne, sénateur, rapporteur, a souligné qu'il n'avait pas l'intention de ressusciter les mânes de Charles Bovary, c'est-à-dire

les officiers de santé. L'exemple de la psychiatrie montre que la distance peut parfois être utile et permettre de recueillir des informations qu'il n'aurait pas été possible d'obtenir autrement. Mais, à ses yeux, rien ne saurait se substituer à l'examen clinique. Il faut réhabiliter celui-ci dans la formation des médecins qui n'ont que trop tendance à renvoyer à des examens complémentaires.

Pour **M. Jean Dionis du Séjour, député, rapporteur**, l'exemple carcéral illustre le fait que si le risque théorique peut exister, le problème immédiat est celui de l'accès à la médecine.

M. Claude Birraux, député, président, a insisté sur la nécessité d'une labellisation européenne des sites de santé.

Les rapporteurs ont indiqué qu'ils comptaient se rendre en Finlande et au CERN (Centre européen de recherches nucléaires) afin de compléter certains aspects techniques du dossier, appelés à figurer en annexe documentaire au rapport.

L'Office a adopté, à l'unanimité des membres présents, l'ensemble du rapport ainsi que les recommandations proposées par les rapporteurs.

*

L'Office parlementaire a examiné l'étude de faisabilité de **M. Jean-Pierre Door, député**, et de **Mme Marie-Christine Blandin, sénatrice**, sur « *le risque épidémique* ».

M. Jean-Pierre Door, député, rapporteur a indiqué que la commission des affaires culturelles, familiales et sociale de l'Assemblée nationale avait saisi l'Office parlementaire d'une demande d'étude sur « *le risque épidémique* » qui constitue un problème majeur de santé publique, à l'échelon de la planète, puisque les maladies infectieuses représentent un tiers de la mortalité observée annuellement.

Si, de tous temps, les maladies infectieuses (peste, syphilis, choléra, tuberculose, variole, diphtérie, grippe, etc.) ont représenté la première cause de mortalité, la science a cru, au début du XXème siècle, pouvoir les maîtriser. Toutefois l'optimisme engendré par cette « épopée » n'est plus aujourd'hui de mise.

Nous ne disposons contre les virus que d'un nombre très limité de molécules antivirales et des résistances apparaissent (résistance du VIH aux trithérapies notamment). Les maladies infectieuses et parasitaires restent très prévalentes dans les pays en développement, de nouvelles maladies infectieuses émergent ou ré-émergent de façon permanente tant dans les pays en

développement (fièvres hémorragiques...) que dans les pays industrialisés (coqueluche, diphtérie, tuberculose...).

Plusieurs raisons expliquent un certain pessimisme :

- Les bactéries ont une capacité extraordinaire d'adaptation à leur environnement, en particulier animal et humain.

- L'augmentation rapide de la population de la planète, particulièrement dans les pays en développement, maintient une situation alarmante en matière de maladies infectieuses du fait de l'accroissement du réservoir potentiel d'agents pathogènes et de la facilité de leur transmission.

- Les modifications écologiques majeures induites dans certaines régions du globe par l'expansion territoriale de l'espèce humaine établissent des conditions, auparavant inexistantes, dans lesquelles l'homme se trouve brutalement au contact d'espèces animales ou de vecteurs lui transmettant des micro-organismes.

- Les voyages, notamment en avion, permettent aux microbes, à travers ceux qui les hébergent, de se déplacer rapidement d'un bout à l'autre de la planète.

La première tâche des rapporteurs sera de quantifier le risque infectieux, probablement sous-évalué. Un certain nombre de maladies peuvent en effet être déclenchées par des virus. Cela est, par exemple le cas de certains cancers : au moins 16% d'entre eux sont d'origine infectieuse.

Une deuxième tâche sera d'évaluer les nouveaux facteurs de risques, en particulier le bioterrorisme, les facteurs liés à la vie sociale (nouveaux modes d'alimentation, modes de vie) et les infections nosocomiales.

Une troisième tâche sera d'évaluer l'efficacité des structures d'alerte en particulier pour les nouveaux risques et les perspectives offertes par la recherche

Les rapporteurs ont proposé de poursuivre l'étude sur les maladies infectieuses demandées par la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale.

Mme Marie Christine Blandin, sénatrice, rapporteure, a souligné la rapidité avec laquelle les microbes évoluaient et indiqué qu'elle avait l'intention d'étudier tout particulièrement le problème de la résistance aux antibiotiques.

M. Jean-Pierre Door, député, a souligné l'importance d'étudier l'évolution de la pratique médicale, par exemple l'utilisation à tort d'antibiotiques pour lutter contre la grippe.

Après les interventions de **M. Claude Birraux, député, président**, qui a suggéré de faire appel à l'Académie nationale de médecine à travers le comité de pilotage de l'étude et de **M. Henri Revol, sénateur, premier vice-président**, qui a souligné que l'Union Européenne venait de constituer un réseau d'étude des maladies virales transmissibles des animaux vers l'homme, l'Office a autorisé les rapporteurs à poursuivre leur travail.

**DÉLÉGATION À L'AMÉNAGEMENT
ET AU DÉVELOPPEMENT DURABLE DU TERRITOIRE**

Mercredi 23 juin 2004

– Audition de M. Augustin Bonrepaux, président du Conseil général de l'Ariège, député, membre de l'Assemblée des départements de France, sur la réforme des contrats de plan État-régions

**DÉLÉGATION AUX DROIT DES FEMMES
ET À L'ÉGALITÉ DES CHANCES
ENTRE LES HOMMES ET LES FEMMES**

Mardi 22 juin 2004

Auditions sur le thème du travail à temps partiel de :

*– M. Jean-Denis Combrexelle, directeur des relations du travail
au ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale*

*– M. Bernard Chave, directeur des ressources humaines,
M. Charles-Henri Bardot, directeur des affaires sociales du groupe ISS, et
Mme Christine Constantin, responsable d'agence*

**MISSION D'INFORMATION
DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE ET DU BUNDESTAG
SUR L'OFFICE FRANCO-ALLEMAND POUR LA JEUNESSE**

Jeudi 10 et vendredi 11 juin 2004

Présidence de M. Andréas Schockenhoff, coprésident

La mission d'information a rencontré les membres du Conseil d'administration de l'OFAJ et le personnel de l'Office en poste à Berlin.

La mission d'information se rendra à Berlin, le 17 juin 2004 afin d'assister à la présentation au Bundestag de la motion inter-groupes sur l'Office franco-allemand pour la Jeunesse.

* *
*

Jeudi 17 juin 2004

La mission d'information de l'Assemblée nationale et du Bundestag sur l'Office franco-allemand pour la Jeunesse s'est réunie à Berlin.

Elle a assisté à la présentation au Bundestag de la motion intergroupes sur l'Office franco-allemand pour la Jeunesse.

La mission d'information remettra son rapport au Président de l'Assemblée nationale le 23 juin 2004, en présence du Président du Bundestag.
