

# ASSEMBLÉE NATIONALE

## DÉBATS PARLEMENTAIRES

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

---

---

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

12<sup>e</sup> Législature

**SESSION ORDINAIRE DE 2002-2003**

42<sup>e</sup> séance

**COMPTE RENDU INTÉGRAL**

3<sup>e</sup> séance du mardi 29 octobre 2002



## SOMMAIRE

### PRÉSIDENCE DE M. RUDY SALLES

1. **Loi de financement de la sécurité sociale pour 2003.**  
– Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 4296).

#### DISCUSSION DES ARTICLES (*suite*) (p. 4296)

Après l'article 11 (p. 4296)

Amendement n° 45 de la commission des affaires culturelles : MM. Jean Bardet, rapporteur de la commission des affaires culturelles, pour l'assurance maladie et les accidents du travail ; Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. – Adoption.

Article 12 (p. 4296)

MM. Jean-Luc Prével, Maxime Gremetz, Jean-Marie Le Guen, Claude Evin.

Amendements identiques n°s 189 de M. Prével et 208 de M. Goulard : MM. Jean-Luc Prével, Jean Bardet, rapporteur ; le ministre. – Rejet.

Amendement n° 46 de la commission : MM. Jean Bardet, rapporteur ; le ministre. – Adoption.

Adoption de l'article 12 modifié.

Article 13 (p. 4300)

M. Jean-Luc Prével, Mme Jacqueline Fraysse, MM. Jean-Marie Le Guen, Claude Evin, Maxime Gremetz.

Amendements n°s 273 de la commission et 205 de M. Diard : MM. Jean Bardet, rapporteur ; Bruno Gilles, le ministre, Pascal Terrasse, Jean-Marie Le Guen, Claude Evin. – Adoption de l'amendement n° 273 ; l'amendement n° 205 n'a plus d'objet.

Adoption de l'article 13 modifié.

M. Maxime Gremetz.

#### *Suspension et reprise de la séance* (p. 4304)

Après l'article 13 (p. 4304)

L'amendement n° 13 de M. Morange a été retiré.

Amendement n° 243 de M. Cugnenc : M. Paul-Henri Cugnenc. – Retrait.

Article 14 (p. 4305)

MM. Jean-Luc Prével, Pierre Goldberg, François Goulard, rapporteur pour avis de la commission des finances.

Amendement n° 50 deuxième rectification de la commission : MM. Jean Bardet, rapporteur ; le ministre. – Adoption.

Amendement n° 49 de la commission : MM. Jean Bardet, rapporteur ; le ministre. – Adoption.

Adoption de l'article 14 modifié.

Après l'article 14 (p. 4307)

Amendement n° 52 de la commission, avec le sous-amendement n° 283 de M. Cugnenc : MM. Jean Bardet, rapporteur ; le ministre, Paul-Henri Cugnenc, Claude Evin. – Adoption du sous-amendement n° 283 et de l'amendement n° 52 modifié.

Article 15 (p. 4308)

M. Jean-Luc Prével, Mme Jacqueline Fraysse, MM. Jean-Marie Le Guen, Simon Renucci, Bernard Accoyer, Jean-Pierre Door.

Amendements identiques n°s 191 de M. Prével et 209 de M. Goulard : MM. Jean-Luc Prével, le rapporteur pour avis, Jean Bardet, rapporteur ; le ministre, Bernard Accoyer, Jean-Marie Le Guen, Pierre Hellier. – Rejet.

Amendement n° 53 de la commission : MM. Jean Bardet, rapporteur ; le ministre. – Adoption.

Adoption de l'article 15 modifié.

Article 16 (p. 4313)

MM. Jean-Luc Prével, Jean-Marie Le Guen.

Amendement de suppression n° 151 de M. Evin : MM. Jean Bardet, rapporteur ; le ministre, Claude Evin, Maxime Gremetz. – Rejet.

Amendement n° 54 rectifié de la commission, avec le sous-amendement n° 287 du Gouvernement : MM. Jean Bardet, rapporteur ; le ministre, Jean-Marie Le Guen. – Adoption du sous-amendement n° 287 et de l'amendement n° 54 rectifié modifié.

Adoption de l'article 16 modifié.

L'article 17 est réservé jusqu'après l'article 27.

Article 18 (p. 4317)

MM. Jean-Luc Prével, Jean-Pierre Door.

Amendement n° 56 rectifié de la commission : MM. Jean Bardet, rapporteur ; le ministre. – Adoption.

Amendement n° 58 rectifié de la commission : MM. Jean Bardet, rapporteur ; le ministre. – Adoption.

Amendement n° 60 rectifié de la commission : MM. Jean Bardet, rapporteur ; le ministre. – Adoption.

Amendement n° 61 rectifié de la commission : MM. Jean Bardet, rapporteur ; le ministre. – Adoption.

Amendement n° 62 rectifié de la commission : MM. Jean Bardet, rapporteur ; le ministre. – Adoption.

Amendement n° 153 de M. Le Guen : MM. Jean-Marie Le Guen, Jean Bardet, rapporteur ; le ministre. – Rejet.

Adoption de l'article 18 modifié.

Article 19 (p. 4319)

M. Jean-Luc Prével.

Amendement n° 63 de la commission : MM. Jean Bardet, rapporteur ; le ministre. – Adoption.

Adoption de l'article 19 modifié.

Après l'article 19 (p. 4319)

Amendement n° 126 de Mme Fraysse : Mme Jacqueline Fraysse, MM. Jean Bardet, rapporteur ; le ministre, Maxime Gremetz. – Retrait.

Amendement n° 65 de la commission, avec le sous-amendement n° 291 du Gouvernement, et amendement n° 206 de M. Gilles : MM. Jean Bardet, rapporteur ; le ministre, Bruno Gilles. – Retrait de l'amendement n° 206 ; adoption du sous-amendement n° 291 et de l'amendement n° 65 modifié.

Amendement n° 64 de la commission, avec le sous-amendement n° 292 du Gouvernement, et amendement identique n° 260 de M. Le Guen : MM. Yves Bur, rapporteur de la commission des affaires culturelles, pour les recettes et l'équilibre général ; Jean-Marie Le Guen, le ministre. – Adoption du sous-amendement n° 292 et des amendements identiques n°s 64 et 260 modifiés.

Article 20 (p. 4322)

M. Jean-Luc Prél, Mme Jacqueline Fraysse, MM. Jean-Marie Le Guen, Maxime Gremetz.

Amendement n° 66 de la commission : MM. Jean Bardet, rapporteur ; le ministre. – Adoption.

L'amendement n° 129 de Mme Fraysse est satisfait.

Amendement n° 278 de la commission : MM. Jean Bardet, rapporteur ; le ministre, Maxime Gremetz, Jean-Marie Le Guen. – Adoption.

L'amendement n° 192 de M. Prél n'a plus d'objet.

Adoption de l'article 20 modifié.

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

2. **Dépôt d'une proposition de résolution** (p. 4326).
3. **Dépôt d'un rapport d'information** (p. 4326).
4. **Ordre du jour des prochaines séances** (p. 4326).

# COMPTE RENDU INTÉGRAL

**PRÉSIDENTE DE M. RUDY SALLES,  
vice-président**

M. le président. La séance est ouverte.  
(*La séance est ouverte à vingt et une heures quinze.*)

1

## LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2003

Suite de la discussion d'un projet de loi

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 (n<sup>os</sup> 250, 330).

Discussion des articles (*suite*)

M. le président. Cet après-midi, l'Assemblée a poursuivi la discussion des articles et s'est arrêtée à l'amendement n<sup>o</sup> 45 portant article additionnel après l'article 11.

Après l'article 11

M. le président. L'amendement n<sup>o</sup> 45, présenté par M. Bardet, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour l'assurance maladie et les accidents du travail, et M. Morange, est ainsi rédigé :

« Après l'article 11, insérer l'article suivant :

« Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, sont validés les mandats globaux relatifs aux indemnisations des gardes effectuées par les internes ou faisant fonction d'interne en médecine dans les établissements publics de santé au titre des exercices 1998 à 2001, en tant que leur régularité est mise en cause sur le fondement de la prise en compte d'un taux d'indemnisation correspondant à celui des praticiens hospitaliers. »

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

M. Jean Bardet, rapporteur de la commission des affaires culturelles familiales et sociales, pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Monsieur le président, monsieur le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, mes chers collègues, cet amendement avait été présenté en commission par nos collègues Saddier, Morange et Accoyer et avait reçu un avis favorable.

Le problème est relativement simple : devant l'insuffisance de personnel dans les hôpitaux, un certain nombre de médecins avaient été engagés comme faisant fonction d'interne. On avait prévu, contractuellement, que lorsque ceux-ci feraient des gardes, ils seraient payés sur le tarif « senior » alors que c'était des « juniors ». Prétextant que l'indemnisation de ces gardes n'avait pas été rémunérée au taux réglementaire en vigueur, certaines chambres régionales des comptes ont remis en cause les sommes ainsi touchées par ces personnels au titre d'un service effectif et en accord, d'ailleurs, avec l'administration hospitalière.

Cet amendement vise à faire en sorte que ces personnels n'aient pas à rembourser les sommes qu'ils avaient perçues, de façon normale et contractuelle, pour un travail qu'ils avaient réellement accompli.

M. le président. La parole est à M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, pour donner l'avis du Gouvernement sur l'amendement n<sup>o</sup> 45.

M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Je m'en remets à la sagesse de l'Assemblée.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n<sup>o</sup> 45.  
(*L'amendement est adopté.*)

Article 12

M. le président. « Art. 12. – Au premier paragraphe de l'article L. 6122-19 du code de la santé publique : les mots "fondés sur une tarification à la pathologie" sont remplacés par les mots "fondés sur leurs activités et établis en fonction des informations qu'ils recueillent et transmettent en application des articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du présent code et du 7<sup>o</sup> de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale" ».

Sur cet article, plusieurs orateurs sont inscrits.

La parole est à M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél. L'article 12 prévoit d'aller vers un financement des établissements fondé sur leur activité. Nous espérons que ce mode de financement deviendra effectif prochainement, car il s'agissait d'un souhait exprimé depuis longtemps.

Deux problèmes se posent.

Les établissements de santé publique sont financés depuis 1984 par le budget global. Or, celui-ci a montré ses limites.

Les établissements dont l'activité augmente, parce que les patients leur font confiance, sont étranglés : 40 % d'entre eux ont dû procéder à un report de charges de 3 à 5 % et renoncer à des investissements pourtant nécessaires pour s'adapter.

Autre problème : la différence de financement injustifiée entre les établissements publics et privés. Depuis plusieurs années, beaucoup demandent une nouvelle tarification. Mais les bonnes volontés butent sur la prise en compte des missions de service public – urgences, enseignement, recherche pour les établissements publics – ainsi que sur la rémunération à l'acte des praticiens des cliniques et les différences de dépenses de personnel entre les établissements publics et privés – en raison de ratios différents et d'un différentiel de rémunération de l'ordre de 20 à 25 % au « profit » des établissements publics. M. Bernard Marrot a bien montré ces difficultés.

Cependant, il convient d'avancer vers la tarification à l'activité. C'est pourquoi, au nom de l'UDF, je salue, monsieur le ministre, votre volonté de vous engager dans ce sens en instituant une expérimentation de terrain dans quarante établissements.

Monsieur le ministre, je préside le conseil d'administration d'un hôpital un peu particulier, un hôpital départemental multisites, qui rencontre aujourd'hui de grandes difficultés de fonctionnement. Je serais heureux qu'il puisse être retenu pour expérimenter ce financement

prenant en compte l'activité réelle. Je pense d'ailleurs que de nombreux établissements en France souhaiteraient participer à cette expérimentation.

**M. le président.** La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

**M. Maxime Gremetz.** Si vous le permettez, monsieur le président, c'est moi qui interviendrai sur l'article 12 : je suis le porte-parole de Mme Fraysse. (*Sourires.*)

**M. le président.** Soit.

La parole est donc à M. Maxime Gremetz.

**M. Maxime Gremetz.** J'ai une mauvaise nouvelle à vous annoncer : Lens est mené 1 à 0 !

**M. Jean Bardet, rapporteur.** Il faut faire une minute de silence ?

**M. Maxime Gremetz.** Mais c'est important : c'est la réalité ! M. le ministre a dit tout à l'heure à ses collègues de la majorité : « Revenez un peu les pieds sur terre ». Et moi, je leur annonce, malheureusement, que Lens perd 1 à 0. Mais j'espère qu'il va égaliser...

L'article 12 part d'un constat évident : les différences de modes de tarification appliqués aux établissements de soins publics et aux établissements privés à but lucratif posent problème.

La dotation globale de fonctionnement, qui représente plus de 90 % des ressources financières, n'a pas évolué au rythme des besoins, tandis que des missions nouvelles étaient confiées à l'hôpital. Le budget global a servi d'outil de restructuration de l'offre de soins, non pas sur la base des besoins, mais bien en fonction des économies à réaliser et de l'obligation, de fait, de baisser les coûts. Or les malades sont bien là, et l'hôpital public ne trie pas ses malades.

Par ailleurs, le mode de tarification des cliniques, dont le rapport souligne les effets pervers, privilégie les domaines les plus rémunérateurs ; la chirurgie illustre assez tristement les déséquilibres auxquels cette situation aboutit.

L'article 12 nous propose de rapprocher les deux méthodes de tarification et de remplacer l'expérimentation de la tarification à la pathologie par la tarification à l'activité. Pourquoi pas ? La tarification à la pathologie présente des inconvénients graves ; le rapporteur s'interroge d'ailleurs sur la fiabilité des données issues du PMSI pour lui servir de base. Fondée sur des groupes homogènes de malades, cette tarification risque d'aboutir à une standardisation des soins, voire à un tri des malades, pour rester dans le cadre des dépenses jugées correctes.

La recherche des choix les plus rémunérateurs existe déjà dans le privé à but lucratif. Que deviendraient, si cette logique était étendue, ceux qui ont besoin de soins lourds et peu rémunérateurs pour les établissements ?

Nous ne savons pas grand-chose sur ce que serait une tarification à l'activité. Le rapport est d'ailleurs très discret sur ce sujet. Il ne détaille brièvement que la tarification à la pathologie ; ce qui pourrait donner à penser que ces deux systèmes ne sont pas différents. Les outils d'évaluation restent-ils les mêmes, fondés sur des groupes homogènes de malades ?

Or les outils d'évaluation ne s'élaborent pas en dehors des objectifs fixés. Et si les outils actuels, hérités du système américain, sont sans doute parfaits pour une maîtrise comptable, ils présentent des inconvénients quand il s'agit de mesurer l'efficacité de l'activité médicale.

Nous faisons le constat de l'insuffisance des ressources. Le système proposé s'inscrit dans ce contexte, mais sans envisager une nouvelle donne. Quels objectifs viserait un rééquilibrage effectué sous la houlette des ARH et dans ces conditions ?

Dès lors, ce qui nous est proposé demeure une tarification à la pathologie sous une nouvelle appellation, ou s'avère différent, mais sous une forme beaucoup trop obscure pour être acceptable.

Monsieur le ministre, pouvez-vous éclairer sur ce point ? Nous comptons sur vous pour nous déterminer.

**M. le président.** La parole est à Jean-Marie Le Guen.

**M. Jean-Marie Le Guen.** On pourrait s'étonner : pourquoi faudrait-il un article de loi pour changer un seul terme, sans pour autant changer le fond des choses ?

Sans doute les critères de la tarification à la pathologie sont-ils plus restreints que ceux de la tarification à l'activité.

La mesure de l'activité et de l'efficacité des services est présente dans notre droit depuis une dizaine d'années. Vous savez que nous y étions tout à fait favorables. Cela dit, les expériences étrangères, dont l'expérience américaine, ont montré certaines limites. On ne peut donc pas attendre de la tarification par pathologie – ou de la tarification selon l'activité – la garantie miraculeuse d'une véritable efficacité.

Toujours est-il que nous sommes favorables à l'idée d'avancer dans cette direction. Cela dit, monsieur le ministre, vous aviez fait des déclarations assez volontaristes concernant les années 2003 et 2004, vous aviez pris des engagements, mais ceux-ci ont finalement disparu de votre projet de loi. Sans doute est-ce plus raisonnable, car je ne suis pas certain que nous ayons encore les moyens de passer aussi rapidement à la tarification selon l'activité.

Au-delà de cet aspect des choses, je suis assez inquiet des discours qui accompagnent aujourd'hui ces éléments de modernisation de notre comptabilité. Nombre de nos collègues de la majorité attendent de cette réforme de la tarification la mise en évidence de résultats plus efficaces, qui justifieraient la croissance du secteur privé hospitalier par rapport au secteur public.

Ce serait un mauvais service à rendre à l'hôpital public et remettrait en cause notre vision globale de la santé. Certes, il est légitime de comparer différents services – répondant à peu près aux mêmes critères – du secteur public, d'un côté, et du secteur privé, de l'autre. Certes, des différences existent entre le secteur public et le secteur privé – statut des personnels, recherche, éducation et coûts. Mais nous savons, sans pouvoir toujours le mesurer parfaitement, combien ces différences sont justifiées par la nature des patients, par la nature du chemin qui les conduit dans tel ou tel service, etc. Le secteur public ne répondra jamais aux critères particuliers du secteur privé et réciproquement. C'est d'ailleurs la complémentarité du système public et du système privé – et non son opposition – qui fait la force de notre système de soins.

En conclusion, il serait tout à fait nuisible pour l'évolution et la modernisation de nos outils de gestion et pour notre système de santé, tel que nous le concevons dans sa globalité, de vouloir se servir de ces tarifications pour régler des comptes, comme semblent vouloir le faire un certain nombre de nos collègues.

**M. le président.** La parole est à M. Claude Evin.

**M. Claude Evin.** Il est bien évident que nous sommes favorables au passage progressif vers une tarification qui permette de distribuer les moyens, toutes choses étant comparables par ailleurs, dans la mesure où les missions

des établissements publics et celles des établissements privés sont différentes. Les moyens doivent être distribués en fonction de l'activité de l'établissement ou des pathologies qui y sont traitées.

Nous sommes d'autant plus favorables à ce dispositif qu'il était déjà inscrit dans la loi de juillet 1991, une expérimentation devant être mise en place sur cinq ans ; d'ailleurs, j'ai fortement regretté qu'elle n'ait pas été engagée en 1997. C'est un autre texte, le titre IV, de la loi de juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle, qui a de nouveau prévu de réaliser une expérimentation sur cinq ans. Depuis, une mission a été mise en place et je crois qu'elle a commencé à éclairer le débat sur ce difficile sujet.

Étant donné qu'une base législative permet d'avancer en matière d'expérimentation, je ne vois donc pas très bien pourquoi il est nécessaire d'y revenir aujourd'hui.

Vous nous proposez aujourd'hui une tarification à l'activité plutôt qu'à la pathologie. Il serait intéressant d'examiner vos intentions. Cela cache-t-il une différence d'appréciation, ou s'agit-il simplement d'une modification de termes qui ne porte pas sur le débat de fond concernant cette nécessaire tarification entre les deux types d'établissement ?

En tout état de cause, monsieur le ministre, je crois que nous avons tous envie qu'un tel dispositif soit mis en place le plus rapidement possible. Cela dit, et je l'ai déjà précisé lorsque j'ai défendu l'exception d'irrecevabilité, je crains que la vitesse avec laquelle vous voulez aller ne porte atteinte au projet lui-même, car les établissements ne disposent pas encore de tous les outils leur permettant de passer réellement à cette tarification.

Par ailleurs, il faudrait savoir ce que l'on entend par l'attribution de moyens en fonction de l'activité. Je vous ai cité l'utilisation des points ISA en comparant plusieurs établissements et je vous ai demandé quelles étaient vos intentions en la matière. Je crois qu'il serait utile que vous nous apportiez des éclaircissements ainsi qu'à l'ensemble des établissements hospitaliers publics et privés, pour que vous puissiez obtenir une certaine adhésion de leur part, adhésion à laquelle nous sommes nous aussi sensibles, étant donné l'attention que nous portons à ce dossier depuis déjà de nombreuses années.

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques, n<sup>os</sup> 189 et 208.

L'amendement n<sup>o</sup> 189 est présenté par MM. Prétel, Leteurtre, Jardé, Artigues et les membres du groupe Union pour la démocratie française et apparentés ; l'amendement n<sup>o</sup> 208 est présenté par M. Goulard.

Ces amendements sont ainsi libellés :

« Compléter l'article 12 par le paragraphe suivant :

« II. – Le deuxième alinéa de l'article L. 6122-19 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les organismes de protection sociale complémentaire présents dans la zone géographique d'expérimentation sont associés à ces travaux. »

La parole est à M. Jean-Luc Prétel, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 189.

**M. Jean-Luc Prétel.** J'aurai l'occasion de présenter, au nom du groupe, plusieurs amendements précisant le rôle des organismes de protection sociale complémentaire et leur implication dans les études et expérimentations diverses.

Cet amendement, que je suis heureux de voir présenté également par notre ami Goulard, concerne la prise en compte des organismes de protection sociale complémentaire. Ce sont en effet des financeurs importants des dépenses de santé. Ainsi, en 2001, les mutuelles, sociétés d'assurance et institutions de prévoyance ont contribué à hauteur de 13 % au financement des dépenses courantes de santé et de biens médicaux. Il est donc souhaitable de prévoir des modalités de consultation systématique de ces organismes sur les décisions liées à la politique de santé car il n'est pas possible de les ignorer.

La tarification à l'activité constitue une étape intéressante dans la connaissance des dépenses de santé. Une consultation des organismes de protection sociale complémentaire sur la mise en place de cette tarification sera donc très utile.

Par ailleurs, je veux dire à M. Le Guen que, dans notre esprit, la tarification à la pathologie ou à l'activité n'a pas pour but de privilégier, comme il semble le croire ou le faire croire, les établissements privés au détriment des établissements publics. Pour ma part, je suis très attaché à l'hôpital public, où j'ai exercé pendant de nombreuses années. La prise en compte réelle de l'activité me paraît nécessaire pour sortir enfin les nombreux hôpitaux dont l'activité a augmenté du carcan du budget global. Sinon, je ne vois pas comment ils pourront survivre.

**M. Jean-Marie Le Guen.** Nous sommes d'accord !

**M. le président.** L'amendement de M. Goulard est défendu.

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

**M. Jean Bardet, rapporteur.** La commission a émis un avis défavorable sur ces amendements qui risquent de rendre le dispositif beaucoup plus complexe. De plus, le terme « zone géographique » ne correspond pas à une définition précise.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Je souscris aux déclarations de M. Prétel lorsqu'il souligne l'importance de la participation des organismes de protection sociale complémentaire au financement des soins. Cette participation, d'ailleurs beaucoup plus importante pour les soins de ville que pour les soins hospitaliers, est reconnue.

Toutefois, je préciserai que l'expérimentation de la tarification à l'activité ne vise pas à modifier la quote-part financière de tel ou tel intervenant. Là n'est pas la question. Elle a pour objet de modifier la relation entre l'activité réalisée et le budget alloué.

Par ailleurs, monsieur Prétel, permettez-moi de vous dire avec un brin de malice, car, vous le savez bien, que, si l'on associait les régimes complémentaires, cela se révélerait sans doute vite impossible techniquement puisqu'on dénombre pas moins de 542 mutuelles versant des prestations maladie, sans compter les institutions de prévoyance et les sociétés et mutuelles d'assurance.

Autrement dit, monsieur Prétel, vous avez raison : nous jouerons naturellement avec les assurances complémentaires dans la politique de santé – je crois d'ailleurs que le sujet a déjà été abordé.

**M. Jean-Marie Le Guen.** Il le sera encore.

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Mais je ne vois pas bien la place qu'elles pourraient occuper dans la tarification à l'activité. Je suis donc défavorable à ces amendements.

**M. Jean-Marie Le Guen.** Vous ne répondez pas, monsieur le ministre ?

M. le président. Je mets aux voix par un seul vote les amendements nos 189 et 208.

*(Ces amendements ne sont pas adoptés.)*

M. le président. M. Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a présenté un amendement, n° 46, ainsi rédigé :

« Compléter l'article 12 par le paragraphe suivant :

« Le Gouvernement transmet chaque année au Parlement, au plus tard le 15 octobre, un rapport d'étude sur la mise en œuvre de la tarification à l'activité des établissements de soins. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean Bardet, *rapporteur*. Cet amendement, qui a été adopté par la commission, a pour objet de mieux informer le Parlement.

De même que celui-ci est destinataire de divers documents lui permettant d'apprécier la situation des comptes de la sécurité sociale, il doit aussi être informé en temps utile des résultats de la tarification à l'activité des établissements de soins qui constitue une des pièces maîtresses de la rationalisation des dépenses de santé.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Monsieur le président, si je n'ai pas répondu tout de suite aux orateurs, c'est parce que je pensais que le bon moment viendrait maintenant puisqu'il s'agit avec cet amendement d'informer le Parlement.

Claude Evin a souligné, à différentes reprises et à juste titre d'ailleurs, que certaines des dispositions que nous reprenons avaient été introduites dans des textes passés lorsque la majorité était différente. Je n'ai aucun scrupule à le reconnaître.

M. Claude Evin. On ne peut que s'en réjouir.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Simplement, ce qui m'étonne c'est que dès lors que l'on reprend une disposition que vous avez initiée elle devient suspecte à vos yeux.

M. Claude Evin. Non, on vous demande des précisions.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Cela dit, que souhaitons-nous faire ? Sans prétendre que nous allons nécessairement tenir les délais, notre politique, vous avez raison de le dire, est une politique volontariste. Pourquoi ?

Vous avez introduit la notion de tarification à la pathologie en 1991. De 1991 à 1993 puis de 1997 à 2002, les choses ont avancé. Vous avez approfondi ce qui était votre idée et la commission Marrot a travaillé sur le sujet.

Donc, presque tout est prêt. Alors, pourquoi attendrions-nous ? Six mois, ce n'est pas suffisant pour entrer dans la généralisation du système. Le monde hospitalier a bien fait comprendre que cela reposait sur une comptabilité analytique, qu'il s'agissait d'un véritable changement de culture et qu'on ne pouvait pas précipiter les choses.

Nous avons donc voulu marquer notre volonté de prendre cette direction et nous allons, au cours de l'année 2003, procéder à deux choses. Nous lancerons un appel d'offres au mois de novembre afin de trouver vingt établissements publics et vingt établissements privés pour entrer dans ce système de tarification à l'activité. Dans le même temps, une simulation totale de la tarification à l'activité sera réalisée dans cinq régions.

Vous le comprenez, on ne peut pas se lancer dans ce changement assez important sans prendre ses marques.

Si, comme nous l'espérons, il s'avère que le dispositif est opérationnel au milieu de l'année prochaine, nous le généraliserons rapidement, si possible à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004.

Pourquoi une tarification à l'activité et non à la pathologie ? Tout simplement parce que de plus en plus d'actes de prévention sont délivrés à l'hôpital et que l'on peut difficilement les rattacher à une pathologie. On y trouve aussi des services de médecine sportive et l'on ne voit pas très bien comment codifier les choses. Un électrocardiogramme, qu'il soit fait sur un sportif que l'on teste ou sur une personne atteinte d'un infarctus du myocarde, reste un électrocardiogramme. Il vaut donc beaucoup mieux tarifier l'activité que la pathologie.

Ensuite, il faut bien comprendre que nous sommes décidés à forcer l'allure parce que notre système ne nous permet pas aujourd'hui d'atteindre la cohérence hospitalière nécessaire entre le secteur privé et le secteur public. D'un côté, on a le secteur public, dont la dotation globale est opaque et injuste, parce que l'on privilégie ceux qui ont eu une activité à un moment donné tandis qu'on pénalise ceux qui développent une nouvelle activité à un autre moment. De l'autre, on a le secteur privé, dont le système de tarification à l'acte conduit à multiplier les actes. Je ne suis pas sûr que ce soit un bon système.

Il y a peu, je me suis rendu sur les terres varoises, dans l'arrière-pays de Saint-Tropez, non pour faire du tourisme mais pour visiter une nouvelle structure hospitalière assez originale. Dans le même bâtiment, tandis que les services de médecine et de maternité sont administrés sur le mode public, l'aile de chirurgie est gérée sur le mode privé - nous aimerions que de tels projets se développent davantage. Manifestement, d'un côté comme de l'autre, les médecins ont la même compétence. Les malades doivent être traités de la même façon dans le cadre d'un service public. Car, même si l'on parle d'établissements privés, n'oublions pas que, lorsqu'ils donnent des soins, ils remplissent une mission de service public.

Nous allons donc de l'avant, je crois qu'on ne peut pas nous le reprocher. Comme je vous l'ai déjà indiqué, nous le faisons avec une certaine modestie, mais avec une volonté égale à cette modestie. Les choses sont claires désormais, il n'y a pas d'arrière-pensée. Nous avons l'intention de changer ce système qui nous permettra de changer de culture pour aboutir à une culture commune. Ce n'est pas une modification à finalité économique. Il s'agit seulement de savoir qui fait quoi et à quel coût.

Enfin, vous ne seriez pas satisfaits - et vous auriez raison - si je laissais penser que l'hôpital public et l'hôpital privé seraient traités exactement de la même façon. Car, naturellement, il faut comparer ce qui peut l'être.

L'hôpital public, on le sait, doit assurer des contraintes de service public que n'a pas nécessairement le secteur privé. Il est quelquefois amené à exercer des spécialités qui ne sont pas parmi les plus profitables. C'est lui enfin qui conduit le plus souvent la recherche et l'enseignement. Il faut savoir en tenir compte.

Mais lorsque l'on aura évalué le socle de ce qui est obligatoire pour l'hôpital public, je ne vois pas pour quelle raison tel acte chirurgical ou tel acte médical serait plus cher ici que là. On observera peut-être d'importants décalages. C'est là que la mission d'audit et d'expertise prend tout son sens.

J'espère vous montrer la logique des mesures que nous vous présentons dans le cadre de cette réforme « hôpital 2007 » qui figure dans le PLFSS. *(Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la majorité présidentielle.)*

J'ajoute que je suis favorable à l'amendement.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 46. *(L'amendement est adopté.)*

**M. Claude Evin.** Encore un rapport supplémentaire !

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 12, modifié par l'amendement n° 46.

*(L'article 12, ainsi modifié, est adopté.)*

### Article 13

**M. le président.** « Art. 13. – I. – Les obligations et créances du Fonds pour la modernisation des cliniques privées créé par l'article 33 de la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000 sont transférées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2003 au Fonds pour la modernisation des établissements de santé créé par l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001.

« II. – Le solde disponible au 31 décembre 2002 du Fonds pour la modernisation des cliniques privées est versé au Fonds pour la modernisation des établissements de santé. Le montant du solde est constaté par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

« III. – Le VIII de l'article 33 de la loi du 29 décembre 1999 susmentionnée est abrogé à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2003.

« IV. – A l'article L. 6161-9 du code de la santé publique, les mots : "Fonds pour la modernisation des cliniques privées" sont remplacés par les mots : "Fonds pour la modernisation des établissements de santé".

« V. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du Fonds pour la modernisation des établissements de santé est fixé pour l'année 2003 à 450 millions d'euros. »

Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article 13.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

**M. Jean-Luc Prével.** Nous en arrivons à un problème important : celui des investissements dans les établissements de santé. Les divers établissements de santé ont aujourd'hui des besoins en investissements importants, liés à des restructurations importantes, à la nécessité de se moderniser, d'adapter les urgences à l'afflux des malades, d'offrir un hébergement de qualité, avec des chambres seul et des sanitaires dans chaque chambre, ce qui n'a pas toujours été le cas dans les établissements construits dans les années 1975-1980, sans compter l'adaptation des plateaux techniques aux nouvelles technologies et aux mesures de sécurité.

Par conséquent, les besoins en investissements sont extrêmement importants. Or on constate que des retards considérables se sont accumulés, faute de capacités financières. En effet, quand un établissement confronté à des difficultés financières fait des reports de charges pour acquitter le fonctionnement courant, il n'a pas capacité d'investir. Avec l'UDF, monsieur le ministre, je salue le plan quinquennal promis de 6 milliards d'euros et la première tranche de 300 millions en 2003.

Mais, monsieur le ministre, vous nous avez dit que ces 300 millions pouvaient conduire à un milliard de travaux, par un effet de levier. Ces travaux sont indispensables. Mais comment va fonctionner le levier ? Si j'ai bien compris, le financement sera assuré sans doute par les collectivités, mais surtout par des emprunts contractés par les établissements.

Comment les établissements rembourseront-ils les annuités d'emprunts, alors que la Fédération hospitalière de France avait demandé une enveloppe en augmentation

de 6 % cette année, uniquement pour assurer la poursuite des capacités actuelles pour reconduire les moyens ? Comment les établissements rembourseront-ils les annuités avec l'enveloppe dont ils disposeront cette année ? Quelle est la part réservée dans l'enveloppe hospitalière au financement des annuités d'emprunt ?

Monsieur le ministre, l'Etat perçoit toujours la TVA, c'est-à-dire que sur un milliard d'euros de travaux effectués, il percevra 200 millions d'euros.

Dans ces conditions, monsieur le ministre, je vous pose une question très précise : ne pourriez-vous pas apporter 300 millions d'euros nets pour l'investissement, aide dont les établissements ont un besoin réel ?

Cette aide est nécessaire et je suis prêt à vous aider à plaider cette cause auprès de Bercy. Il en est d'ailleurs de même pour la taxe sur les salaires.

**M. Jean-Marie Le Guen.** Vous avez d'autant plus raison que l'Etat n'apporte rien, monsieur Prével !

**M. le président.** Ne vous laissez pas interrompre, monsieur Prével !

**M. Jean-Luc Prével.** L'Etat apporte 300 millions...

**M. Jean-Marie Le Guen.** Mais non ! Ce n'est pas l'Etat !

**M. Jean-Luc Prével.** ... et espère récupérer 200 millions. Nous souhaiterions donc que la participation de l'Etat soit de 300 millions nets, ce qui serait une véritable aide.

Je suis prêt, je le répète, monsieur le ministre, à vous aider à plaider cette demande auprès de Bercy, qui n'a peut-être pas très envie d'abonder cette enveloppe.

Je vous félicite aussi d'assouplir les procédures, notamment pour permettre à une personne privée de construire les bâtiments. Peut-être les sommes inscrites seront-elles consommées plus rapidement, ce qui nous ferait gagner en efficacité.

**M. le président.** La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

**Mme Jacqueline Fraysse.** Monsieur le ministre, vous nous annoncez un programme d'investissement ambitieux sur cinq ans dans le cadre du plan Hôpital 2007. A cet égard, je dois formuler une première remarque : je trouve pour le moins curieux, et même incongru, qu'il nous soit demandé de nous prononcer sur un des articles traduisant un plan que nous ne connaissons pas. Certes, il nous a été indiqué qu'il prévoirait des investissements importants, mais, comme vient de le rappeler M. Prével, cela semble pour le moment limité à 300 millions d'euros, somme très modeste eu égard au retard important et au degré de vétusté que vous avez vous-même dénoncés.

**M. Edouard Landrain.** A qui la faute ?

**M. Daniel Mach.** Nous n'étions pas au pouvoir !

**Mme Jacqueline Fraysse.** Ensuite, le Gouvernement introduit dans la gestion hospitalière la multiplication, non pas des petits pains, mais des millions d'euros, puisque ces 300 millions vont devenir un milliard, nous dit-on. Selon l'exposé des motifs, cela serait dû à l'apport de capitaux privés et d'autres acteurs publics, mais quelles entreprises privées et quels acteurs publics ? Nous ne le savons pas. De plus, l'intervention de notre rapporteur n'a fait qu'accroître notre perplexité, en comparant cette arrivée de financements privés dans l'hôpital à ce que la loi du 22 juin 1987 a permis pour construire des prisons avec des capitaux privés.

Cet article 13 prononce la fusion entre le Fonds de modernisation des cliniques privées et le Fonds pour la modernisation des établissements de santé. Hier, monsieur le ministre, vous vous êtes indigné que nous



puissions vous soupçonner de mauvaises intentions à l'encontre du secteur public. Dont acte. Mais reconnaissez que le secteur public que vous nous préparez nous semble fortement imprégné de privé dans son financement et dans son fonctionnement. Pouvez-vous nous éclairer sur tous ces points, sur ces investissements, sur ces fonds, sur cette comparaison avec les prisons à capitaux privés ?

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

**M. Jean-Marie Le Guen.** Cet article nous place devant une situation particulière dans la mesure où il touche à plusieurs domaines qui ont l'air initialement sans rapport, mais qui convergent cependant à différents égards.

En premier lieu, il prévoit la fusion de deux fonds préexistants, le FMES et le FMCP. Les raisons peuvent apparaître justifiées en termes de préparation des dossiers, de gestion, de regroupement administratif ou d'ARH, mais, une fois de plus, comme dans l'un des articles précédents, on va mêler les besoins du secteur public et ceux du secteur privé.

Ensuite, certaines de ses dispositions sont liées au financement du plan Hôpital 2007 dont on a entendu parler, au-delà de ce qui est dans ce texte, par un certain nombre d'échos de presse. Certes, la relance de l'investissement en matière hospitalière, surtout s'il est lié à la restructuration hospitalière, correspond à une nécessité ; nous n'en contestons donc pas l'idée. En revanche, il nous semble que l'on est pour le moins dans l'abus de langage – et le terme est faible – quand on nous affirme que ce plan, élaboré pour respecter des promesses présidentielles, mettra en œuvre 6 milliards d'euros sur cinq ans. En effet, la construction financière qui nous est proposée est étrange et elle devrait particulièrement intéresser ceux d'entre vous qui exercent des responsabilités dans des collectivités locales.

Ainsi, le milliard de la première année – qui sera en fait la somme de trois fois 300 millions – ne devra rien à l'Etat. Il sera d'abord financé par 300 millions provenant de la sécurité sociale, en application de ce PLFSS.

**M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.** Pourquoi pas ?

**M. Jean-Marie Le Guen.** Les 300 millions suivants proviendront tout simplement des emprunts, c'est dire qu'ils ont également vocation à être remboursés par la sécurité sociale, plus particulièrement par l'assurance maladie, qui utilisera les investissements correspondants.

Enfin, les derniers 300 millions seront dédiés au privé et aux collectivités locales. Chacun saisit donc bien ce que cela signifie : nous sommes déjà dans la perspective de la décentralisation et de la régionalisation prônée par le Premier ministre. Apparaissent ainsi les premiers éléments d'un transfert de charges qui étaient traditionnellement assumées par l'Etat ou, partiellement, par la sécurité sociale. Désormais, il appartiendra aux collectivités locales de supporter une part importante de ces investissements, quand leur financement ne sera pas tout simplement confié à des entreprises privées.

A cet égard, nous avons déjà lu dans la presse que des banques commençaient à se positionner sur ce marché, en prenant effectivement comme exemple ce qui s'est passé en matière de construction de lycées dans certaines régions. Nous avons également appris que certaines entreprises étaient prêtes à assumer la responsabilité de la maîtrise d'ouvrage pour tel ou tel équipement. Nous risquons donc de nous engager sur une pente que nous croyons dangereuse.

D'abord, M. Prél l'a souligné, le paradoxe est que sur un milliard dépensé – 600 millions d'euros par la sécurité sociale, 300 millions d'euros par le privé et par les collectivités locales – l'Etat récupérera 200 millions de TVA, alors qu'il est censé intervenir pour aider.

Ensuite, nous assistons à une transformation progressive de la nature même de notre système hospitalier, à travers ces nouvelles modalités de financement des investissements. Avec ce mélange entre public et privé, on va bien au-delà de la simple fusion des deux fonds telle qu'elle est annoncée dans cet article.

Il y a donc pour le moins, je le répète, un abus de langage quand on parle de plan national de l'Etat pour le secteur hospitalier. En effet, il s'agira essentiellement d'une intervention de l'assurance maladie, payée par les cotisations des assurés, avec un énorme risque de mélange systématique entre le privé et le public. Or cet élément, monsieur le ministre, est un fil continu de l'ensemble des articles que vous nous proposez, dont certains consistent simplement à changer le nom de telle ou telle dénomination déjà présente dans le code de la santé publique.

**M. le président.** Il faut conclure, monsieur Le Guen.

**M. Jean-Marie Le Guen.** Je termine.

Au fil de ce débat, le secteur privé transparaît derrière la volonté politique que vous exposez dans ce PLFSS.

**M. le président.** La parole est à M. Claude Evin.

**M. Claude Evin.** Monsieur le ministre, mon intervention se situe dans le droit fil de celle de M. Le Guen. Je ne reprendrai donc pas ses arguments, préférant poser des questions précises sur lesquelles nous avons besoin d'être éclairés.

Ainsi, vous allez supprimer des dispositions relatives au fonds de modernisation des cliniques privées, en particulier l'article 33 de la loi de financement du 29 décembre 1999. Or ce dernier précisait les conditions nécessaires pour accéder au FMCP. Que deviennent ces conditions ? Vont-elles perdurer ? Il faut nous donner des précisions à ce sujet afin que nous sachions quelles seront les conditions d'accès au nouveau fonds unifié. Par exemple, les ARH auront-elles leur mot à dire quant au bénéfice des dotations pour les établissements ?

Par ailleurs, qui gèrera le nouveau fonds ? S'agira-t-il de la Caisse des dépôts et consignations ou d'un autre organisme ?

Les fonds précédents avaient des natures différentes et il existait aussi le FIMHO – le fonds d'investissement pour la modernisation des hôpitaux –, dont on n'a pas parlé et qui était, lui, alimenté par le budget de l'Etat. Que deviendra-t-il ?

Nous attendons des éclaircissements sur ces sujets car l'article 13 ne permet pas de savoir où nous allons.

**M. le président.** La parole est à M. Maxime Gremetz.

**M. Maxime Gremetz.** Je veux évoquer un problème à propos duquel j'ai déjà sollicité M. le ministre. J'aurais donc mauvaise grâce à ne pas intervenir de nouveau aujourd'hui à ce sujet.

Au-delà du débat de fond entre public et privé, m'est revenu à l'esprit un cas qui touche au fonds de modernisation. Votre sourire, monsieur le ministre, me montre que vous avez compris l'objet de mon intervention.

A Amiens, où nous avons actuellement un hôpital nord et un hôpital sud, a été avancé le projet formidable de restructurer les deux établissements pour les rassembler. Or notre département connaît déjà des retards extraordinaires, et je ne veux évoquer que ceux existant dans le domaine de la santé. Nous sommes la région la plus industrielle où l'on constate le plus de maladies

professionnelles et où le nombre des accidents du travail est le plus élevé. Et c'est là que l'on veut mettre en œuvre ce projet, accepté par le Gouvernement, proposé et soutenu par l'ARH, de regrouper les deux établissements. M. Borloo sera sans doute terriblement choqué, car cela donnera naissance à un véritable désert hospitalier dans un grand secteur sensible de 30 000 habitants, soit l'équivalent d'une petite ville.

Alors que nous parlons des 300 millions payés par l'assurance maladie, le coût de cette opération sera supérieure à 3 milliards de francs.

**Plusieurs députés du groupe de l'Union pour la majorité présidentielle.** Parlez en euros !

**M. Maxime Gremetz.** Je parle en francs, parce que, à l'époque où j'ai transmis le dossier au ministre, il s'agissait encore de francs. Cela étant, si vous saviez bien compter, vous sauriez que cela représente plus de 420 millions d'euros ! (*Exclamations sur les bancs du groupe de l'Union pour la majorité présidentielle.*)

Ce coût est donc supérieur à la dotation du fonds de modernisation tel qu'il est prévu aujourd'hui.

Or ce projet est toujours d'actualité. Il est conduit sans consultation des élus après avoir été décidé dans un bureau de l'ARH, par quelques personnes avec le directeur de l'hôpital. Le préfet, avec l'accord du ministre, l'a ensuite accepté. Monsieur le ministre, je vous adjure d'y mettre un terme, d'autant que ce projet asséchera votre fonds avant même qu'il ne soit créé. Sinon, il serait inutile de voter : tout irait à Amiens. (*Sourires.*)

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements, n<sup>os</sup> 273 et 205, pouvant être soumis à une discussion commune.

L'amendement n<sup>o</sup> 273, présenté par M. Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, est ainsi libellé :

« I. – Rédiger ainsi le III de l'article 13 :

« III. – A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2003, le VIII de l'article 33 de la loi du 29 décembre 1999 susmentionnée est abrogé et, dans le I de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, après les mots : "fonds pour la modernisation des établissements de santé", sont insérés les mots : "publics et privés". »

« II. – En conséquence, dans le IV de cet article, après le mot : "santé", insérer les mots : "publics et privés". »

« III. – En conséquence, procéder à la même insertion dans le V de cet article. »

L'amendement n<sup>o</sup> 205, présenté par M. Gilles et M. Diard, est ainsi rédigé :

« I. – Après le II de l'article 13, insérer le paragraphe suivant :

« II *bis* – Le nouveau fonds né de la fusion du fonds pour la modernisation des cliniques privées et du fonds pour la modernisation des établissements de santé est dénommé : "fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés". »

« II. – En conséquence, compléter le IV de cet article par les mots : "publics et privés". »

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 273.

**M. Jean Bardet, rapporteur.** Ainsi que les différents orateurs l'ont déjà souligné, l'article 13 prévoit la fusion du fonds pour la modernisation des cliniques privées et du fonds pour la modernisation des établissements de santé. Ce nouveau fonds, dit de modernisation des établissements de santé, devant servir à la fois aux cliniques

privées et au secteur public, il semble nécessaire d'opérer l'ajout proposé afin d'éliminer toute ambiguïté quant à l'affectation des dotations correspondantes.

**M. le président.** La parole est à M. Bruno Gilles, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 205.

**M. Bruno Gilles.** Il s'agit de la même demande qui a été excellemment défendue par M. Bardet.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Sur ces deux amendements, c'est la sagesse de l'Assemblée qui prévaudra. Cela étant, je tiens à répondre aux intervenants sur l'article pour essayer de clarifier certains points.

En vous écoutant, monsieur Evin – j'aurais pu avoir la même pensée en écoutant M. Le Guen –, je me disais : « Cachez ce privé que je ne saurais voir. »

**M. Pierre-Louis Fagniez.** Très bien !

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** En effet, dès que nous discutons, vous faites preuve d'une sorte de malice pour cultiver artificiellement une différence de philosophie, en tout cas dans l'affichage, car, vous savez bien, comme tous ceux qui ont des responsabilités dans les collectivités territoriales, qu'à tel ou tel moment, pour tel ou tel équipement, il faut recourir à l'emprunt. Aucune collectivité territoriale ne peut réaliser des travaux importants sans emprunter.

Il n'y a donc rien d'infamant à emprunter, surtout pour réaliser un investissement appelé à durer. Cela est habituel pour le public comme pour le privé, ainsi que pour les sociétés d'économie mixte.

Par ailleurs, vous semblez oublier que, chaque année, 60 % des 2,7 milliards d'euros investis dans notre pays pour les hôpitaux proviennent de l'emprunt.

**M. François Goulard, rapporteur pour avis de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan.** Eh oui !

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** D'ailleurs, ces 2,7 milliards se divisent à peu près en 1,1 milliard pour de nouveaux investissements et 1,6 milliard d'entretien, de rénovation, de réhabilitation de l'existant.

Or ce plan de 6 milliards viendra s'ajouter à ces dépenses annuelles. Ce qui veut dire que, de 2,7 nous passons à 3,7, voire à 3,9 chaque année. Nous aurions pu le présenter ainsi. Nous n'avons pas voulu. C'est un « plus » que nous apportons. Donc – je vous le dis maintenant –, c'est 2,7 plus chacune des tranches annuelles.

Je vais entrer encore un peu plus dans le détail.

Comme vous êtes, pour beaucoup dans cette assistance, des gestionnaires avertis, vous investissez et vous empruntez. Vous savez donc qu'avec 70 millions d'euros vous pouvez en emprunter 700. C'est le ratio.

Or, dans le plan dont nous discutons aujourd'hui, 300 millions d'euros sont inscrits pour le FMES transformé, auxquels s'ajoutent les 70 millions d'euros compris dans l'ONDAM. Avec ces 70 millions d'euros, vous pouvez en emprunter 700. Si vous ajoutez à ces 700 millions d'euros les 300 du FMES, vous obtenez bien un milliard. Il n'y a aucun tour de passe-passe. C'est d'une simplicité, d'une transparence absolue. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe de l'Union pour la majorité présidentielle.*)

C'est un problème que l'on peut poser en classe de CM 1 ou de CM 2. Sachant que vous avez 70 millions d'euros et que vous pouvez emprunter dix fois plus, combien pouvez-vous emprunter ? Réponse : 700 millions

d'euros. Sachant qu'on vous donne 300 millions d'euros et que vous pouvez en emprunter 700, de combien disposerez-vous ? D'un milliard d'euros ! Si vous ajoutez un milliard à 2,7 milliards, combien avez-vous en tout ? Réponse : 3,7 milliards d'euros.

Je poursuis mes explications.

Qui va gérer ces sommes ? La Caisse des dépôts et consignations a naturellement vocation à le faire.

Qui va décider de la justesse de tel ou tel projet ? Les ARH, car nous sommes dans un processus de déconcentration, de régionalisation.

Pour avoir maintenant quelques mois d'expérience - et Claude Evin a la même - je me demande si c'est le ministre de la santé, au 8, avenue de Ségur, qui est le mieux qualifié pour savoir si, dans tel ou tel département, il est justifié ou non de rapprocher tels ou tels établissements ou de fermer tel ou tel service. Il me semble que cela est de la responsabilité des ARH et qu'il faut leur faire confiance.

M. Maxime Gremetz. Voilà !

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Le rôle du ministre est d'assurer l'égalité d'accès aux soins et de veiller au respect de l'égalité dans l'aménagement du territoire en matière de santé. C'est le rôle de l'Etat garant. Quant aux gérants, ce seront les ARH pour les décisions et la Caisse des dépôts pour la gestion des sommes.

Mes explications sont d'une simplicité extrême. N'importe quel maire de n'importe quelle commune les comprend très vite puisqu'il applique le même raisonnement pour ses investissements et ses emprunts. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la majorité présidentielle.*)

M. le président. La parole est à M. Pascal Terrasse.

M. Pascal Terrasse. Je ne suis pas certain d'être d'accord avec la démonstration de M. le ministre sur les emprunts.

Il y a quelques années, j'étais moi-même directeur d'établissement et je peux vous dire que cela ne fonctionne pas du tout comme vous le dites, monsieur le ministre. Pourquoi ? Tout simplement parce que, quand vous contractez un emprunt, ce dernier se décline en annuités.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Qu'est-ce qui se passe actuellement ?

M. Pascal Terrasse. Et la question qu'il faut se poser est : qui paie ensuite les annuités puisque le fonds d'investissement ne vaut, à ce qu'il semble, que pour un exercice budgétaire et n'est pas reconduit ?

Je ne suis pas certain, monsieur le ministre, que votre démonstration soit valable pour les investissements d'aujourd'hui car qui paiera demain les annuités si ce n'est les établissements ? Ceux-ci auront donc besoin de financement. Or, compte tenu des éléments que vous nous avez donnés concernant l'évolution des tarifs hospitaliers pour l'année prochaine et de l'incertitude dans laquelle nous sommes quant au taux directeur, je doute de la bonne santé financière de ceux-ci.

Par ailleurs, les collectivités locales, quand elles empruntent, récupèrent une partie de la TVA. Le FCTVA ne rembourse pas en effet la totalité de celle-ci.

M. François Goulard, *rapporteur pour avis*. Si !

M. Pascal Terrasse. Non, il ne rembourse que 80 % du montant global de la TVA.

Finalement, vous allez permettre à certains établissements de faire des investissements, grâce aux crédits de l'assurance maladie, mais ils ne pourront pas récupérer la TVA, qu'elle soit à 18,6 % ou à 5,5 % dans le cas de rénovations. C'est un regret que je formule là.

Enfin, le secteur médico-social est le grand absent du projet de budget, puisque seul est évoqué le secteur sanitaire. Malheureusement, et j'ai eu l'occasion de le déplorer à plusieurs occasions, le titre VI du budget du ministère de la santé ne prévoit pas grand-chose en matière d'investissements, en dehors des contrats de plan. Une grande partie des régions ne peuvent aujourd'hui investir, ne serait-ce que pour remettre à niveau certains établissements. Je pense en particulier à ceux qui accueillent des personnes âgées. Il est important de répondre à la demande du secteur médico-social. Un amendement a d'ailleurs été défendu à ce sujet en commission.

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Comme nous ne sommes qu'au début du plan « Hôpital 2007 » et comme je vous ai annoncé qu'il n'y aurait pas de grande loi hospitalière, je répondrai pas à pas aux questions que vous poserez. Vous êtes là pour en poser et moi pour y répondre.

Les 70 millions d'euros dont je parlais sont évidemment pérennes, c'est-à-dire chaque année répétés. Donc, les emprunts de 700 millions peuvent eux aussi se répéter chaque année. Vous semblez étonnés que des établissements soulèvent aujourd'hui le problème des annuités. Mais comment cela se passe-t-il actuellement ?

M. Jean-Marie Le Guen. Oui, d'accord !

M. Pascal Terrasse. C'est bon, nous avons compris !

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Je n'insiste pas. Je crois que c'est clair.

Je ferai simplement une incidente. Vous avez parlé de la récupération de la TVA. C'est parce que je pensais à elle que j'ai proposé que les conseils régionaux interviennent. Cela n'a pas toujours été bien compris, probablement par ma faute. Ce n'est pas du tout pour qu'ils s'approprient la fonction hospitalière publique ou qu'ils deviennent les propriétaires de l'hôpital, mais parce que, eux, peuvent investir et récupérer la TVA, et se rembourser ensuite naturellement année après année. C'est ce qui a été fait d'ailleurs dans plusieurs régions. C'est une démarche intelligente : si l'on veut régionaliser, il faut mobiliser les régions. Si la région paie ou, tout au moins, investit au début, elle aura son mot à dire sur l'implantation et sur la localisation. Voilà ce qui me semblait de la régionalisation intelligente !

M. François Goulard, *rapporteur pour avis*. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen, pour une brève intervention.

M. Jean-Marie Le Guen. Je prends acte de ce que vous avez dit, monsieur le ministre. Nous comprenons parfaitement qu'on ait recours à l'emprunt pour des investissements de cette importance. La question n'est pas là.

Elle est sur le recours à des capitaux privés, d'une part, et aux collectivités locales, d'autre part.

Vous avez parfaitement détaillé la construction financière, monsieur le ministre, mais vous avez exclu tous capitaux privés et tout appel aux collectivités locales.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Pas du tout. Me permettez-vous de vous interrompre, monsieur Le Guen ?

M. Jean-Marie Le Guen. Je vous en prie, monsieur le ministre.

M. le président. La parole est à M. le ministre, avec l'autorisation de l'orateur.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Qu'il n'y ait pas de malentendu. Je n'ai rien exclu. J'ai dit que 300 millions d'euros étaient apportés au titre du FMES et 70 millions au titre de l'ONDAM, et qu'avec cette source de financement il appartenait à celui qui voulait réaliser un hôpital, de trouver les prêts nécessaires pour réunir la somme voulue. Les fonds peuvent provenir d'une collectivité territoriale, d'un prêt bonifié, et même du privé, pourquoi pas ? Je ne vois d'ailleurs pas en quoi cela pourrait vous gêner.

M. Pascal Terrasse. C'est la privatisation du système de santé ! (*Protestations sur les bancs du groupe de l'Union pour la majorité présidentielle.*)

M. Jean-Marie Le Guen. Je pense que nous avons là un certain nombre de divergences.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Puisque vous cherchez la petite bête, je vous invite à visiter le palais de justice de Strasbourg. Savez-vous qui l'a payé ? Le privé. Savez-vous pour qui il fonctionne ? Pour le public. Qui s'en plaint ? Personne ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la majorité présidentielle et du groupe Union pour la démocratie française.*)

M. Claude Evin. Ce ne sont pas les mêmes règles qui s'appliquent là !

M. Jean-Marie Le Guen. Heureusement, monsieur le ministre, que vous ne nous avez pas dit que la construction du palais de justice était remboursée par la sécurité sociale, comme le sera apparemment le plan Hôpital que vous allez mettre en œuvre ! (*Exclamations sur les bancs du groupe de l'Union pour la majorité présidentielle.*)

M. le président. Je crois que l'on va s'en tenir là, monsieur Le Guen. Je vais mettre aux voix les amendements.

M. Jean-Marie Le Guen. Je vous demande de respecter mon temps de parole, monsieur le président, ou je pourrais me montrer aussi méchant que M. Gremetz ! (*Sourires.*)

M. François Goulard, rapporteur pour avis. Ce n'est pas possible !

M. Maxime Gremetz. Je ne suis pas méchant ! (*Sourires.*)

M. le président. Monsieur Le Guen, vous vous étiez engagé à être bref...

M. Jean-Marie Le Guen. S'il vous plaît, monsieur le président. J'avais cinq minutes !

M. le président. Pas du tout. Je vous avais donné la parole pour une brève intervention.

M. Jean-Marie Le Guen. J'en ai pour deux secondes, monsieur le président. Ce n'est pas parce que je dis des choses gênantes pour votre majorité que vous devez écarter ainsi mon temps de parole. (*Protestations sur les bancs du groupe de l'Union pour la majorité présidentielle et du groupe Union pour la démocratie française.*) J'agis de manière très courtoise et avec un total respect du règlement...

J'ai entendu, dans votre seconde intervention, monsieur le ministre, des éléments que je trouve en contradiction avec ceux que vous avez énoncés dans la première.

M. Daniel Mach. C'est reparti !

M. Jean-Marie Le Guen. Quant à votre problématique sur la TVA, avouons que vous avez imaginé une construction vraiment anecdotique pour éviter que l'État ne se paye à lui-même sa propre TVA. Concevons des

constructions plus simples et faisons en sorte, comme le demande M. Prével, qu'à partir du moment où l'État attend des travaux qu'il déclenche par le biais de l'assurance maladie un certain nombre de recettes, il participe et mette au pot. Ce serait beaucoup plus simple d'élaborer des constructions « off-shore » pour que les régions puissent récupérer la TVA au nom de l'État.

M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission. Monsieur Le Guen, 70 % du patrimoine hospitalier est dans un état déplorable !

M. le président. La parole est à M. Claude Evin, pour une intervention vraiment très courte.

M. Claude Evin. Je serai très bref, monsieur le président.

Sauf erreur de ma part, monsieur le ministre, un arrêt ou un avis du Conseil d'État s'oppose aux investissements privés dans les établissements publics de santé. J'aimerais avoir confirmation de ce point.

Selon votre raisonnement, du patrimoine hospitalier pourrait être détenu par le privé mais cela s'opposerait à un certain nombre de règles du droit actuel.

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Monsieur Evin, je vois que vous connaissez bien la question.

Nous allons modifier cela par l'ordonnance de simplification. (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. Claude Evin. Voilà !

M. Jean-Marie Le Guen. C.Q.F.D. !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 273.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. En conséquence, l'amendement n° 205 tombe.

Je mets aux voix l'article 13, modifié par l'amendement n° 273.

(*L'article 13, ainsi modifié, est adopté.*)

M. Maxime Gremetz. Monsieur le président, Mme Fraysse avait demandé la parole avant que vous ne mettiez aux voix l'article !

En signe de protestation, je demande, au nom de mon groupe, une suspension de séance. (*Exclamations sur les bancs du groupe de l'Union pour la majorité présidentielle.*)

#### Suspension et reprise de la séance

M. le président. La séance est suspendue.

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

M. le président. La séance est reprise.

#### Après l'article 13

M. le président. L'amendement n° 13 de M. Morange a été retiré.

La parole est à M. Paul-Henri Cugnenc.

MM. Cugnenc, Anciaux, Audifax, Bernier, Boisseau, Mmes Bourrage, Boutin, MM. Bur, Calvet, Couanau, Cosyns, Decool, Domergue, Door, Dupont, Gilles, Fagniez, Gard, Geveaux, Giro, Hamelin, Heinrich, Mme Kosciusko-Morizet, MM. Lachaud, Lasbordes, Lett, Jardé, Mme Louis-Carabin, M. Luca, Mme Martinez, M. Morange, Mme Morano, MM. Pinte, Roubaud, Samitier, Mme Zimmermann, M. Aeschlimann, Mme Aurillac, MM. Bernard, Ferrand, Dubrac, Fromion, Goasguen, Godfrain, Grand, Jeanjean, Lecou, Lefranc,

Le Fur, Lemoine, Leonetti, Mme Levy, MM. Mach, Mancel, Jean-Claude Mignon, Morel-A-L'Huissier, Mourrut, Pemezec, Mme Pons, MM. Raoult, Roustan, Saint-Léger, de Saint-Sernin, Spagnou, Tiberi, Vitel ont présenté un amendement, n° 243, ainsi rédigé :

« Après l'article 13, insérer l'article suivant :

« L'article 54 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle est abrogé. »

La parole est à M. Paul-Henri Cugnenc.

M. Paul-Henri Cugnenc. L'amendement n° 243 est également retiré. J'en reprendrai la teneur, si vous le permettez, dans le sous-amendement n° 283 à l'amendement n° 52, après l'article 14.

M. le président. L'amendement n° 243 est retiré.

#### Article 14

M. le président. « Art. 14. - I. - A l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique, il est créé un I comportant les dix alinéas de cet article.

« II. - Le même article est complété par un II comportant quatre alinéas ainsi rédigés :

« II. - Le fonds pour l'emploi hospitalier contribue en outre, dans les conditions fixées par décret, au financement des droits à congés acquis au titre de la réduction du temps de travail non pris ou portés dans un compte épargne temps en raison de la réalisation progressive des recrutements. Ne peuvent être financés à ce titre que les droits acquis en 2002, 2003 et 2004 par les médecins, pharmaciens et odontologistes mentionnés au 1° et au dernier alinéa de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique et en 2002 et 2003 par les agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions relatives à la fonction publique hospitalière et sous réserve que les rémunérations des uns et des autres sont prises en compte pour le calcul des ressources allouées par l'assurance maladie à l'établissement.

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe, chaque année, le montant des crédits ouverts à ce titre dans les comptes du fonds.

« Les opérations du fonds réalisées pour l'exercice de cette mission font l'objet d'un suivi distinct en comptabilité.

« Les régimes obligatoires d'assurance maladie abondent le fonds pour l'exercice de cette mission à hauteur du montant des crédits ouverts chaque année à ce titre par l'arrêté ministériel prévu au sixième alinéa du présent article. La répartition entre les différents régimes est effectuée dans les conditions définies par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale. »

Sur l'article 14, plusieurs orateurs sont inscrits.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. L'article 14 nous permet de nous exprimer sur la mise en œuvre des 35 heures à l'hôpital, ce qui n'est pas une mince affaire. J'avais questionné à plusieurs reprises Mmes Aubry et Guigou sur cette question, à la lumière de la pénurie de personnel médical et paramédical. J'avais rappelé qu'il s'agissait d'une promesse que le parti socialiste avait faite en 1997 et que le Gouvernement avait eu cinq ans pour prévoir sa mise en œuvre. Hélas, rien n'a été préparé. On a improvisé de façon étonnante, on a bricolé, notamment avec le compte-épargne-temps, qu'il convient aujourd'hui de financer. Pour les médecins, la prise en compte des gardes

et astreintes dans le temps de travail va conduire à une grande désorganisation des services, en particulier des urgences, du fait des pénuries de personnel et des conséquences du repos compensateur.

Monsieur le ministre, j'aimerais donc savoir comment vous envisagez d'assurer la continuité des soins. Lorsqu'un malade confie ses problèmes à un médecin ou à une infirmière le lundi, il aimerait pouvoir retrouver les mêmes interlocuteurs le mardi ou le mercredi. Nous pouvons craindre que, demain, cela ne soit plus possible.

M. le président. La parole est à M. Pierre Goldberg.

M. Pierre Goldberg. Les questions abordées par l'article 14 sont au cœur des problèmes actuels de l'hôpital. Je pense notamment aux conditions de mise en place des 35 heures et à la pénurie de personnel qui touche toutes les professions, des aides-soignantes aux médecins.

On peut, bien sûr, considérer ce dernier problème par le petit bout de la lorgnette. C'est, nous semble-t-il, ce que fait cet article en constatant que, puisqu'il y a bien pénurie de personnel qualifié, il faut se résigner à payer les heures supplémentaires qui sont inévitables, en tout cas aujourd'hui. Cela est malheureusement indiscutable. Mais vous comprendrez que, après la loi Fillon que notre assemblée vient de discuter, nous soyons sur nos gardes.

L'article que vous nous proposez est-il une solution provisoire, le temps de faire face à un problème réel, ou bien, plus grave, s'agit-il d'une disposition définitive remettant ainsi en cause les 35 heures à l'hôpital ? Vous comprendrez certainement que les député-e-s communistes, et bien plus encore avec eux les hospitaliers, attendent une réponse claire à cette question.

Vous vous êtes engagé, monsieur le ministre, à créer 45 000 postes en trois ans. Mais cela ne sera pas possible sans un effort important pour redresser la situation.

Votre ministère annonce, pour les jours prochains, la publication d'un rapport sur la mise en œuvre des 35 heures. Les parlementaires auraient apprécié de disposer de ce rapport pour en discuter en connaissance de cause. Peut-être pourriez-vous nous en donner la primeur dès ce soir. Faute de disposer d'éléments officiels de la part du ministère, il nous faut donc remercier la fédération Santé de la CGT qui a rendu publique une étude portant sur un quart des effectifs de la fonction publique hospitalière. Selon cette étude, sur les 12 400 créations de postes prévues en 2002, il en manquerait 4 000. Pour les médecins hospitaliers, la situation est encore plus grave, puisque les décrets d'application de l'accord sur la RTT ne sont même pas parus. Aucun des 1000 postes annoncés pour 2002 n'a été créé.

Vous avez porté *le numerus clausus* à l'entrée des études médicales à 5100. Le professeur Langlois, président de l'ordre des médecins, parle de « catastrophe » : « A ce rythme-là, dit-il, on va rapidement manquer de médecins un peu partout et en 2015 on connaîtra la pénurie. » Et il ajoute : « Il faudrait au moins que le *numerus clausus* soit porté à 7000. Et cela aurait dû être fait depuis plusieurs années. » Voilà en effet plusieurs années que les parlementaires communistes alertent sur ce sujet. (*Exclamations sur quelques bancs du groupe de l'Union pour la majorité présidentielle.*)

En ce qui concerne le reste du personnel hospitalier, et pas seulement les infirmières, on connaît d'ores et déjà la pénurie. Le 1<sup>er</sup> octobre, le délégué général de la fédération hospitalière de France déclarait à la presse que 12 000 à 20 000 postes sont aujourd'hui vacants. Il faut naturellement ajouter à ce chiffre officiel tous les besoins qui ne

sont pas couverts. Enfin, rien n'est prévu pour faire face à l'augmentation des départs en retraite dans les années qui viennent.

Il est donc particulièrement grave d'entendre dire que la situation de pénurie se résorbera dès 2004. Un effort a été fait après la grève de l'hiver 2000 pour augmenter le nombre de places à l'entrée des écoles d'infirmières. Mais cela ne suffira pas si l'on s'arrête là.

Les infirmières manquent partout et pas seulement à l'hôpital. Essayez par exemple, chers collègues, de trouver une infirmière libérale pour un traitement de diabétique insulino-dépendant. On en compte actuellement 26 000 par an. Il en faudrait 40 000, selon l'étude que je viens de citer.

**M. Roland Chassain.** Pourquoi ne l'avez-vous pas fait avant ?

**M. Pierre Goldberg.** Le problème est le même pour les aides-soignantes ou les auxiliaires de puériculture. Ceux d'entre nous qui sont élus locaux – et ils sont nombreux – savent bien que l'on commence à être obligé de fermer des crèches faute de trouver le personnel formé.

**M. Bruno Gilles.** N'exagérons pas !

**M. Pierre Goldberg.** On nous objecte que, dans certaines régions, on ne trouve pas assez de candidats pour remplir les écoles. C'est bien la preuve de la profondeur de la crise de notre système de soins.

**M. Daniel Mach.** Vous n'avez rien réglé !

**M. Pierre Goldberg.** Il y a donc urgence à prendre des mesures d'ampleur.

La première serait de payer les études des aides-soignantes et des infirmières. Savez-vous qu'il y a encore des aides-soignantes qui ont réussi le concours d'entrée à l'école d'infirmière et qui renoncent faute d'avoir la garantie d'être payées durant les trois années d'étude ?

Il faudrait également parler de l'amélioration des conditions de travail ou de logement. Quand on veut trouver des gardiens de prison, on paye leurs études et on leur offre un logement.

**M. le président.** Monsieur Goldberg, je vous demande de bien vouloir conclure. Votre temps de parole est expiré.

**M. Pierre Goldberg.** Je conclus, monsieur le président. Pourquoi ne pas le faire pour le personnel hospitalier ?

**M. Daniel Mach.** Parce que vous ne l'avez pas fait !

**M. Pierre Goldberg.** En conclusion, je dirai donc que d'autres réformes devraient être étudiées, comme la validation des acquis professionnels qui, avec des formations plus rapides, permettrait à certaines sages-femmes de devenir obstétriciennes, aux aides-soignantes de devenir infirmières ou aux CES de devenir aides-soignants ?

En clair, comme l'an dernier, le groupe communiste propose que soit lancé un véritable plan d'urgence pour la formation, afin de sortir l'hôpital et le système de santé de la crise actuelle.

**M. le président.** La parole est à M. François Goulard.

**M. François Goulard, rapporteur pour avis de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan.** Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, nous sommes confrontés là à un aspect, et à un aspect seulement, de la politique des 35 heures. Quelques-uns s'en souviennent, lorsque les 35 heures ont été annoncées, puis lorsque le premier projet de loi a été présenté, la ministre d'alors nous jurait qu'elles ne concernaient que le secteur privé et que ce secteur public ne serait pas du tout touché. Nous avons répliqué que des

revendications assez légitimes se feraient jour et que l'on ne voyait pas comment les 35 heures pourraient ne pas atteindre le secteur public. On sait ce qu'il en est.

Dans toutes les administrations, dans toutes les collectivités publiques, la mise en place des 35 heures pose des problèmes considérables. Pour résumer, elle se traduit soit par un coût supplémentaire, soit par une réduction du service offert aux usagers. La plupart du temps, c'est un mélange des deux qui est opéré. En tant que gestionnaires de collectivités locales, nous sommes conduits, que nous le voulions ou non, à augmenter les impôts pour compenser la baisse de la durée du travail, et les prestations que nous offrons aux usagers diminuent malheureusement dans la même proportion que la disponibilité de nos collaborateurs.

A l'hôpital, cette situation a un coût : plusieurs centaines de millions d'euros chaque année. A cela s'ajoute la pénurie de personnel que nous connaissons et qui, par parenthèse, n'est pas à l'honneur de notre administration et de nos gouvernements qui n'ont pas su prévoir, sur un plan strictement démographique, l'évolution des effectifs des personnels médicaux.

Nous devons aujourd'hui payer chèrement cette facture. Je voulais néanmoins en rappeler la raison, parce qu'il est trop facile d'oublier, en quelques mois, les conséquences d'une politique conduite pendant cinq ans. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la majorité présidentielle et du groupe Union pour la démocratie française.*)

**M. le président.** M. Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a présenté un amendement, n° 50 deuxième rectification, libellé comme suit :

« Rédiger ainsi le I de l'article 14 :

« L'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique est ainsi modifié :

« 1° Ses dispositions actuelles constituent un I ;

« 2° A la fin du dernier alinéa, le mot : "article" est remplacé par la mention : "I". »

La parole est à M. le rapporteur.

**M. Jean Bardet, rapporteur.** Il s'agit d'un amendement de clarification rédactionnelle.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Favorable.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 50 deuxième rectification.

(*L'amendement est adopté.*)

**M. le président.** M. Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a présenté un amendement, n° 49, libellé comme suit :

« Rédiger ainsi la première phrase du dernier alinéa de l'article 14 :

« Les régimes obligatoires d'assurance maladie alimentent le fonds pour l'exercice de cette mission à la hauteur du montant des crédits ouverts chaque année à ce titre par l'arrêté interministériel mentionné au deuxième alinéa du présent II. »

La parole est à M. le rapporteur.

**M. Jean Bardet, rapporteur.** Il s'agit, là encore, d'un amendement de clarification rédactionnelle.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 49. (*L'amendement est adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'article 14, modifié par les amendements adoptés.

(*L'article 14, ainsi modifié, est adopté.*)

#### Après l'article 14

M. le président. M. Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a présenté un amendement, n° 52, ainsi libellé :

« Après l'article 14, insérer l'article suivant :

« L'article L. 6154-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

« I. - Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Le praticien exerçant une activité libérale choisit de percevoir ses honoraires directement ou, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital.

« II. - Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation aux dispositions du 2° de l'article L. 161-28-1 du code de la sécurité sociale, les informations pertinentes relatives à l'activité et aux recettes de praticiens exerçant une activité libérale sont transmises au président de la commission de l'activité libérale mentionnée à l'article L. 6154-5 de l'établissement public de santé dans lequel ils exercent cette activité. »

Sur cet amendement, M. Cugnenc a présenté un sous-amendement, n° 283, ainsi libellé :

« Rédiger ainsi le dernier alinéa du II de l'amendement n° 52 :

« Les organismes gestionnaires d'un régime de base d'assurance maladie communiquent au président de la commission de l'activité libérale mentionnée à l'article L. 6154-5 de l'établissement public de santé dans lequel le praticien exerce ses consultations sur ses recettes, le nombre de ses consultations et le volume des actes qu'il effectue. »

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 52.

M. Jean Bardet, rapporteur. Cet amendement a trait à l'activité des médecins à plein temps à l'hôpital. Vous le savez, depuis la loi de 1958 qui a créé le plein temps à l'hôpital, les médecins à plein temps ont le droit d'exercer une activité privée dans le cadre de leur activité hospitalière. Jusqu'en 1999, ils avaient la possibilité de se faire verser leurs honoraires soit à la caisse de l'hôpital, soit par accord mutuel, comme c'est le cas dans toute activité libérale. La loi du 27 juillet 1999 leur a retiré la faculté de choisir, puisqu'ils doivent obligatoirement passer par la caisse de l'hôpital. Cette loi n'est pas seulement vexatoire pour les médecins, dont elle semble encadrer l'activité d'une certaine méfiance, elle a en outre l'inconvénient de ne pas être applicable. Dans plus de 50 % des hôpitaux, en effet, elle n'a pas pu être mise en place à cause du manque de personnel qu'a entraîné la RTT et parce que les activités privées des médecins se déroulent bien souvent en dehors des heures d'ouverture des caisses, si bien que les malades ne peuvent pas s'y rendre.

C'est pourquoi il est proposé de supprimer l'article L. 6154-3 du code de la santé publique.

Par ailleurs, dans un souci de transparence, et puisque cette activité médicale a comme corollaire le fait que les médecins reversent à l'hôpital une partie de leurs hono-

raires, cet amendement prévoit que les médecins exerçant une activité libérale transmettent au président de la commission de l'activité libérale de l'hôpital les informations pertinentes relatives à leur activité, de façon que celle-ci puisse être contrôlée.

Cet amendement a été adopté par la commission des affaires sociales.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Le Gouvernement est favorable, sous réserve de l'adoption du sous-amendement.

M. le président. La parole est à M. Paul-Henri Cugnenc, pour soutenir le sous-amendement n° 283.

M. Paul-Henri Cugnenc. Ce sous-amendement a pour but de ménager la nécessaire transparence de cette activité libérale à l'hôpital public. Il avait également pour but de rétablir un climat de confiance avec la communauté des praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale à l'hôpital.

Ce sous-amendement reprend pour l'essentiel l'amendement n° 243 portant article additionnel après l'article 13, que j'ai retiré. Ce qu'a dit à l'instant M. Bardet est très important : les dispositions des dernières années ont entraîné de graves dysfonctionnements à l'hôpital, liés à l'exercice libéral statutaire des praticiens hospitaliers à temps plein.

De nombreux postes de médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux sont actuellement vacants : 850 pour la seule spécialité chirurgicale, et près de 3 000 pour l'ensemble des autres spécialités. Les dispositions de la loi Debré de 1958 et de la loi Barzach de 1987 affichaient la volonté d'attirer et de fixer à l'hôpital public des praticiens de grande qualité, et cet objectif a été atteint pendant quarante ans. Des praticiens de grande qualité ont accédé à un complément de revenus décent, sans grever les finances sociales et sans nuire en quoi que ce soit à la transparence, qui était totale.

L'article 54 du 27 juillet 1999 remettait gravement en cause le fonctionnement de cette activité en supprimant le régime d'option entre la rémunération directe par le malade - laquelle, convenons-en, reste le mode de fonctionnement classique de tout exercice libéral - et l'encaissement des honoraires par l'administration hospitalière.

Nous avons tous noté que, trois ans après la promulgation de cette loi, la majorité des hôpitaux sont encore incapables de l'appliquer. Ceux qui avaient tenté de le faire le font aujourd'hui dans un total désordre, compte tenu des horaires d'ouverture et de fermeture des caisses et des guichets, largement perturbés par la loi relative aux 35 heures. Quant à ceux qui ne l'appliquent pas, ils devraient, s'ils voulaient la mettre en œuvre, augmenter leur personnel administratif, grevant ainsi les finances publiques dans le contexte très difficile que nous connaissons.

J'insiste d'un mot sur le fait que la limite de 20 % d'activité hospitalière globale consacrée à l'objectif libéral est parfaitement raisonnable, à condition que le texte législatif l'exprime d'une manière réelle, pragmatique, et non dogmatique. Ces 20 % du temps, ce devrait être le temps auquel les praticiens s'astreignent, et non le temps statutaire auquel ils sont astreints. Nous savons tous que la différence est souvent du simple au double, et quelquefois du simple au triple.

Le but recherché par cet amendement est d'en revenir à des modalités pratiques, applicables, incitatives, qui gommement le caractère vexatoire et suspicieux, ou ressenti comme tel, des dispositions précédentes.

J'ajoute qu'il faut veiller à ce que les dispositions destinées à assurer la transparence soient réellement applicables. Or il semble que le II de l'amendement n° 52 ne soit pas directement applicable, puisque le SNIR, le système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie, n'a pas vocation, *a priori*, à être utilisé à des fins de contrôle. Le sous-amendement que je propose permet d'avoir recours à un système d'information finalement analogue, qui mettra à la disposition de chaque président de commission de l'activité libérale toutes les données nécessaires pour connaître le nombre de consultations et le nombre d'actes effectués par les praticiens exerçant une activité libérale.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur le sous-amendement n° 283 ?

**M. Jean Bardet, rapporteur.** Avis favorable.

**M. le président.** Je rappelle que le Gouvernement est, lui aussi, favorable au sous-amendement.

La parole est à M. Claude Evin.

**M. Claude Evin.** Cette question du secteur privé à l'hôpital public et de l'obligation faite aux praticiens de percevoir leurs honoraires d'activité libérale par l'intermédiaire de la caisse de l'hôpital est débattue depuis maintenant assez longtemps. Nous n'allons pas aujourd'hui relancer ce débat sur le fond : nous savons bien que nous sommes en désaccord sur ce point.

Je voudrais quand même rectifier quelques données. D'après ce que je crois savoir, à peu près 60 % des établissements ont mis en œuvre le versement des honoraires par l'intermédiaire de la caisse de l'hôpital. Cela veut dire que, depuis 1999, 60 % des établissements ont appliqué la loi.

Plusieurs députés du groupe de l'Union pour la majorité présidentielle. Faux !

**M. Claude Evin.** Il est exact que certains grands établissements ne l'ont pas fait. Je pense par exemple à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris. Mais on peut justement le regretter. Et je trouve particulièrement dommage de remettre en cause ce dispositif aujourd'hui. Car c'est une prime à ceux qui n'ont pas appliqué la loi. Au moment où certains appellent au respect des règles, à l'autorité de l'Etat, ce n'est pas un signal positif en direction des gestionnaires d'établissement.

Cela étant, le dispositif qui avait été adopté en 1999 avait pour objet de garantir la plus grande transparence possible. Depuis que nous discutons de cet amendement en commission, je constate que s'est exprimé au cours du débat le souci de garantir une certaine transparence, avec la transmission d'informations, assurée par le SNIR, aux présidents des commissions de l'activité libérale au sein des établissements publics. Je prends acte du fait que cette transparence est maintenue, même si les choses ne sont pas totalement satisfaisantes.

Nous ne voterons pas cet amendement, mais je tenais surtout à mettre les choses au point quant à la réalité de la mise en œuvre des dispositions prévues dans la loi de 1999.

**M. le président.** Je mets aux voix le sous-amendement n° 283.

*(Le sous-amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 52, modifié par le sous-amendement n° 283.

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

## Article 15

**M. le président.** « Art. 15. – I. – L'article L. 162-5-9 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« A. – Le III est remplacé par les dispositions suivantes :

« III. – Les dispositions du présent article sont applicables à chacune des professions de santé mentionnées à l'article L. 162-1-13, après consultation de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ainsi que, pour chaque profession, des organisations syndicales représentatives et, en tant que de besoin, de l'organisation en charge des questions de déontologie de cette profession. »

« B. – Le IV est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ce règlement fixe les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus par les assurés sociaux aux professionnels concernés en dehors des cas de dépassements autorisés. »

« II. – Dans la section 3-1 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du même code, la sous-section 2 comprenant les articles L. 162-15-2 et L. 162-15-3 est abrogée.

« III. – A l'article L. 162-5-13 du même code, les mots : "à l'article L. 162-15-2" sont remplacés par les mots : "aux articles L. 162-14-2 et L. 162-5-9".

« IV. – A l'article L. 162-15 du même code, les mots : "Sous réserve des dispositions de l'article L. 162-15-3," sont supprimés.

« V. – A l'article L. 322-5-1 du même code, la référence à l'article L. 162-15-2 est remplacée par la référence à l'article L. 162-5-9.

« VI. – L'article L. 162-12-16 du même code est ainsi modifié :

« A. – Le troisième alinéa est abrogé.

« B. – Au quatrième alinéa, les mots : "ou, à défaut, par le comité médical régional mentionné à l'article L. 315-3" sont supprimés. »

« VII. – L'article L. 315-3 du même code est abrogé.

« VIII. – Au troisième alinéa de l'article L. 615-13 du même code, les mots : ", L. 315-2-1 et L. 315-3" sont remplacés par les mots : "et L. 315-2-1".

« IX. – Au premier alinéa de l'article L. 732-5 du code rural, les mots : "et L. 315-3" sont remplacés par les mots : "et L. 315-2-1". »

Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article 15.

La parole est à M. Jean-Luc Préel.

**M. Jean-Luc Préel.** L'article 15 supprime les lettres-clés flottantes ainsi que les CMR, les comités médicaux régionaux.

Au nom du groupe UDF, je m'étais vigoureusement opposé aux sanctions collectives, et notamment à la mise en place des lettres-clés flottantes. Monsieur le ministre, vous avez raison de supprimer cette logique de maîtrise comptable et ces sanctions collectives qui n'ont d'ailleurs jamais fonctionné. Comment accepter, en effet, qu'un médecin sérieux, consciencieux, puisse être pénalisé parce que ses collègues ne l'auraient pas été ? Vous supprimez également les CMR, qui n'ont pas davantage fonctionné. Vous avez ainsi, avec d'autres mesures, comme la revalorisation des consultations et des visites des généralistes, renoué des relations de confiance avec les professionnels. Bravo, monsieur le ministre ! Cela était absolument nécessaire !

Vous vous engagez dans la mise en place d'une maîtrise médicalisée et nous vous soutenons. Mais, monsieur le ministre, cette maîtrise médicalisée, dont vous dites qu'elle est un pari, ne pourra réussir que si l'on s'en



donne les moyens. Il faut mettre en place, enfin, et de manière effective, le codage des actes et des pathologies ; il faut confier le recueil de ces données à un organisme indépendant, reconnu comme tel par les partenaires ; il faut développer les bonnes pratiques médicales et le bon usage du médicament.

Si ces moyens ne sont pas mis en œuvre, je doute fort que l'on puisse obtenir une réelle maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Et demain, nous serions confrontés à des difficultés extrêmement importantes. Si, en revanche, ils sont mis en œuvre, cela permettra d'optimiser les dépenses et nous serons ainsi en mesure de garantir à tous nos concitoyens l'accès à des soins de qualité.

Bref, monsieur le ministre, je souhaite avec vous que vous réussissiez votre pari. J'espère surtout que l'on mettra en œuvre les moyens pour le tenir.

**M. le président.** La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

**Mme Jacqueline Fraysse.** Nous enregistrons avec satisfaction la suppression d'un élément de la maîtrise comptable avec la suppression des lettres-clés flottantes qui subsistaient dans le règlement conventionnel minimal.

Nous notons également avec satisfaction la disparition des comités médicaux régionaux.

Permettez-moi d'ajouter qu'il s'agit là de dispositions que nous n'avons eu de cesse de demander, et je crois pouvoir dire que nous sommes les seuls à n'avoir jamais varié sur ce sujet.

Néanmoins, nous avons proposé ces suppressions dans le cadre d'une cohérence d'ensemble. C'est-à-dire que nous nous inscrivions – et nous nous inscrivons toujours – contre toutes les mesures qui visent la maîtrise comptable des dépenses de santé. Nous nous prononçons pour une rupture avec toute vision de restriction des dépenses qui serait strictement budgétaire. De ce point de vue, la situation nous donne raison, tant les budgets sont étriés, insuffisants pour permettre à notre système de santé de fonctionner et de répondre dans la qualité et la suffisance aux immenses besoins manifestés.

Il faut insister sur le besoin de dépenser à bon escient, d'accorder les moyens nécessaires, notamment aux hôpitaux – on ne le dira jamais assez –, de permettre aux professionnels de la santé d'exercer correctement leurs activités. Et c'est pourquoi nous restons très préoccupés.

De même, nous notons le nouveau rôle dévolu aux médecins conseils, qui sortent enfin de cette fonction de « gendarme médical » prévue à l'article 19.

**M. François Goulard, rapporteur pour avis.** Il y a de bonnes choses, finalement, dans ce PLFSS.

**Mme Jacqueline Fraysse.** Cette nouvelle définition du rôle des médecins conseils, qui ne seront pas uniquement une force de contrôle et de sanction, mais une force qui participe aux évolutions des comportements dans le système de santé, va dans le bon sens. Je tenais à le dire.

**M. François Goulard, rapporteur pour avis.** Nous sommes soutenus par Mme Fraysse !

**Mme Jacqueline Fraysse.** Mais il faudra que le décret d'application qui sera pris fasse perdre aux médecins conseils leur rôle de contrôleurs des pratiques médicales au profit de missions nouvelles : conseils aux assurés, participation à des réflexions communes avec les médecins pour l'amélioration des comportements et des pratiques médicales, participation à des actions d'information relatives aux avis et recommandations scientifiques émanant des instances compétentes, aux évolutions de la législation et de la réglementation de la sécurité sociale.

**M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission.** Jusque-là tout va bien !

**Mme Jacqueline Fraysse.** Toutefois, derrière ces nouvelles dispositions, vous en cachez une autre, monsieur le ministre, qui est prévue à l'article 20. En effet, de nouvelles sanctions pour pratiques abusives contraires aux objectifs de bonne pratique et de bon usage des soins apparaissent. Comme vous l'avez précisé dans un document, « cette démarche vise à faire s'approprier par les médecins libéraux eux-mêmes les moyens par lesquels ils auto-réguleront les dépenses de soins » !

Ces sanctions, nous l'avons déjà dit, vont à l'encontre du but recherché, à savoir améliorer la pratique médicale par des actions collectives de bon usage des soins dans le cadre d'un accord conventionnel librement consenti, chaque partenaire étant pleinement responsable. Nous nous opposons donc une nouvelle fois à toute tentative de sanctions individuelles par les caisses touchant strictement à la pratique médicale. C'est inutile, et c'est une logique qu'il faut vraiment abandonner.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

**M. Jean-Marie Le Guen.** L'article 15, comme d'ailleurs un certain nombre d'autres articles, illustre parfaitement votre volonté – ou du moins votre volonté affichée – de mener une politique fondée sur la confiance, cette confiance que vous voulez instaurer avec les professions libérales. Nous pensons que cette politique est juste.

**M. Bernard Accoyer.** Très bien !

**M. Jean-Marie Le Guen.** Elle aurait cependant justifié de votre part l'annonce d'une suspension des différentes mesures avant la tenue des négociations conventionnelles qui vont avoir lieu. Certes, nous comprenons tout à fait que, à la veille d'une politique conventionnelle, les pouvoirs publics manifestent la volonté de faciliter la rencontre de l'ensemble des acteurs du système de santé. Mais la suppression pure et simple de ces dispositions – et pas simplement leur suspension – nous installe et nous enferme dans une logique de non-retour. Vous faites le pari de la confiance, mais sans véritable garantie.

Cela posera un problème dans votre communication avec l'ensemble des partenaires sociaux. Il est évident que, d'une façon ou d'une autre, la collectivité – fût-elle incarnée par les caisses, d'un côté, et par les acteurs du système de santé, de l'autre – doit avoir un regard sur l'action des différents professionnels. Dans le domaine de la santé comme ailleurs, il y a forcément un certain nombre de professionnels qui gèrent moins bien que d'autres l'ensemble des procédures visant à soigner les malades. Car il est bien évident, et nous l'avons dit à plusieurs reprises, que tout professionnel de santé, qu'on le veuille ou non, a forcément une responsabilité économique.

Que cet article ne s'inscrive pas dans une logique de maîtrise comptable est une bonne chose. Mais nous pensons que vous faites là une démonstration en quelque sorte abusive. Vous le faites pour des raisons qui tiennent à la politique de santé, mais aussi pour des raisons plus politiques. Vous devez faire repentance, et, dans ce registre, vous en rajoutez. (*Exclamations sur les bancs du groupe de l'Union pour la majorité présidentielle.*)

**M. Lucien Degauchy.** Pas de grands mots !

**M. Jean-Marie Le Guen.** Cette manœuvre peut être dangereuse. Mais, après tout, nous verrons. J'espère qu'elle nous amènera tout de même à des négociations conventionnelles positives...

**M. Bernard Accoyer.** Sûrement !

M. Jean-Marie Le Guen. ... et que les outils d'une maîtrise médicalisée seront sauvegardés dans la convention future. Toujours est-il qu'aujourd'hui, le Gouvernement ne se donne en aucune façon les moyens de revenir à la table de discussion.

M. le président. La parole est à M. Simon Renucci.

M. Simon Renucci. Nous abordons un sujet tout à fait nouveau en apparence, mais qui nous ramène en fait quelques années en arrière puisque vous avez, à mon avis, une volonté politique inébranlable qui est de commencer par supprimer les CMR, ces tribunaux sans réelle parité où on convoquait les médecins à la demande des unions régionales des médecins libéraux. Cela n'a jamais marché, et je peux en témoigner pour avoir reçu des convocations à des réunions qui n'avaient jamais lieu. Il est bon de supprimer un dispositif créé par les ordonnances du plan Juppé et qui ne fonctionne pas. C'est très bien.

Concernant la deuxième partie de l'article, on se dirige vers la suppression de la convention précédente et l'ouverture de négociations en vue d'une nouvelle convention. Cela nécessitera, comme cela a été dit précédemment, la mise en place d'outils. Et ces outils, monsieur le ministre, nécessitent de votre part un certain nombre de choix.

Et c'est quand on choisit, que vraiment on existe ! (*Murmures sur les bancs du groupe de l'Union pour la majorité présidentielle et du groupe Union pour la démocratie française.*)

M. François Goulard, rapporteur pour avis. Il faudra en parler à Luc Ferry !

M. Simon Renucci. Je ne comprends pas pourquoi vous m'interrompez, j'ai voté pour le même candidat que vous au deuxième tour ! (*Rires.*)

M. le président. Personne ne vous interrompt, monsieur Renucci. Poursuivez.

M. Simon Renucci. Je parle de choses que je connais bien, c'est-à-dire des sanctions infligées par les comités médicaux régionaux.

M. Bernard Accoyer. Mais vous venez de nous dire qu'ils n'avaient jamais marché !

M. Simon Renucci. Aujourd'hui, vous les supprimez, et je vous félicite. Je n'aurais jamais pensé qu'un jour je puisse le faire. (*Sourires.*)

Sur le plan pratique, il est nécessaire d'engager un dialogue avec les syndicats, prévoir une coordination. Ce dialogue nécessaire devrait déboucher sur une nouvelle définition du statut du médecin et de la place de celui-ci. Mais c'est précisément là que les difficultés commencent. C'est pourquoi je suis très modeste et je pense que vous l'êtes aussi. En effet, vous n'avez pas encore gagné le pari consistant à établir un contrat avec les médecins et avec les autres organismes médicaux.

M. Pierre Hellier. Ça va tout de même mieux que par le passé !

M. Simon Renucci. Je n'ai jamais prétendu que ça avait bien marché, et je suis bien placé pour le savoir. Du reste, c'est pour cette raison que j'ai demandé à intervenir. Cela dit, j'ai été élu, comme vous, normalement, aussi je vous demande de me laisser finir.

M. Hervé Novelli. En Corse, ce n'est jamais normal !

M. Simon Renucci. Les médecins n'ont jamais été autant défendus qu'aujourd'hui. Malheureusement, les syndicats ne sont pas nécessairement aussi représentatifs qu'on le croit. C'est entre les unions régionales de médecins libéraux et les caisses d'assurance maladie que doit s'engager le dialogue, c'est le seul endroit où peut s'établir

un véritable partenariat. Au moment des ordonnances Juppé, ce dialogue n'a pas existé, même si les médecins ont été reçus par des collaborateurs du ministre de la santé de l'époque, auprès duquel nous avons insisté sur cette nécessité.

De fait, il ne peut y avoir de régulation sans autorégulation par les médecins. Un tel système est appliqué en Allemagne, et s'il connaît un échec relatif, c'est pour diverses raisons propres à ce pays.

Quoi qu'il en soit, je souhaite que vous gagniez votre pari et que l'on pourra ainsi sauver la sécurité sociale.

M. Pierre Hellier. Très bien ! Vous avez dit beaucoup de choses vraies !

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. François Goulard, rapporteur pour avis. Enfin une voix modérée !

M. Lucien Degauchy. Nous allons enfin entendre des choses sérieuses !

M. Bernard Accoyer. Je vous remercie, monsieur le ministre, de vouloir mettre un terme à la régulation comptable des dépenses de santé qui a prévalu pendant ces cinq dernières années, sous le gouvernement Jospin.

M. Jean-Marie Le Guen. Vous oubliez un peu vite les ordonnances Juppé !

M. Jean-Luc Prével. Vous les avez aggravées par les lettres-clés flottantes.

M. Bernard Accoyer. De 1997 à 2002, la politique conventionnelle et le paritarisme ont été complètement laissés à l'abandon. (*« Eh oui ! » sur les bancs du groupe de l'Union pour la majorité présidentielle.*) Vous proposez, monsieur le ministre de revenir sur le dispositif des lettres-clés flottantes imaginé par la ministre des affaires sociales de l'époque, Mme Aubry,...

M. Lucien Degauchy. Une grande démocrate !

M. Bernard Accoyer. ... et par elle seule, monsieur Le Guen, car les ordonnances de 1996 n'en faisaient nulle mention.

M. Jean-Marie Le Guen. Je n'ai jamais prétendu le contraire !

M. Bernard Accoyer. Les lettres-clés flottantes sont un pur produit de la XI<sup>e</sup> législature,...

M. Jean-Marie Le Guen. C'est un sous-produit, une sorte de Juppé light ! (*Sourires.*)

M. Bernard Accoyer. ... durant laquelle, vous apparteniez à la majorité et souteniez M. Jospin.

Ce dispositif est particulièrement pervers. Imagine-t-on une profession, quelle qu'elle soit, où plus on travaille et plus on répond aux besoins, moins on est rétribué ?

M. Claude Evin. Ce n'est pas tout à fait de cette façon que cela marche !

M. Bernard Accoyer. Nous vous remercions, monsieur le ministre, de mettre fin à cette manifestation d'un certain sectarisme à l'égard des professions de santé.

S'agissant des comités médicaux régionaux, ils n'ont jamais marché, non plus que les dispositifs figurant dans les ordonnances de 1996, qui ont été rejetés par la profession.

Si entre 1995 et début 1997, la gauche a hurlé, protesté contre la réforme profonde de la sécurité sociale, qui, pourtant, nous permet de débattre aujourd'hui de l'agrégat monétaire le plus élevé mobilisé par la nation, maintenant tout le monde trouve normal que le Parlement puisse se prononcer sur l'effort financier que consent la nation pour sa protection sociale. Depuis, la

gauche n'a rien fait pour essayer de faire vivre cette réforme, de l'adapter ou d'en corriger les défauts comme celui que constituait la maîtrise comptable des dépenses de santé. Au contraire, elle a laissé la situation se dégrader, et le gouvernement Jospin, passant par-dessus le conseil d'administration des caisses, est allé jusqu'à imposer les tarifs des différentes spécialités, manifestant ainsi un mépris total à l'égard des partenaires sociaux. Si bien que le paritarisme n'y a pas survécu, ce qui est extrêmement dommageable pour l'avenir de la sécurité sociale.

Heureusement, les choses se remettent en ordre de marche. Vous avez choisi, monsieur le ministre, de bâtir votre politique sur la confiance, et les événements vous donnent raison. L'accord de mise à niveau, notamment du montant du C, que vous avez conclu avec les médecins généralistes a permis d'accroître les prescriptions de médicaments génériques et de freiner les dépenses de médicaments, qui représentent un poste très lourd.

Ce choix de la confiance, on le retrouve dans votre volonté de réactiver la vie conventionnelle.

Cette politique positive est la seule possible pour sauver notre système d'assurance maladie.

Pour toutes ces raisons, le groupe UMP votera l'article 15. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la majorité présidentielle et du groupe Union pour la démocratie française.*)

M. Maxime Gremetz. C'est un scoop !

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Il est difficile d'intervenir après Bernard Accoyer,...

M. Jean-Marie Le Guen. C'est Attila ! (*Sourires.*)

M. Jean-Pierre Door. ... parce qu'il a dit beaucoup de choses très justes.

Je tiens à remercier Mme Fraysse pour ce qu'elle a dit sur cet article, car beaucoup de ses préoccupations sont proches des nôtres.

Je crois que nous revenons au raisonnable et à la raison. Les règles du jeu conventionnel ont été faussées par les lettres-clés flottantes. En effet, quelle profession peut accepter de voir son activité flotter en fonction de données comptables établies à la suite d'une décision unilatérale ? Ce système a eu des effets pervers sur les investissements des cabinets, en particulier sur les plans technique et matériel, puisque les investissements se font en fonction de l'activité, et, bien sûr, sur le volume des actes, qui ont augmenté, contrairement à l'objectif souhaité.

L'article 15 constitue un geste de conciliation avec les professionnels de santé et va ouvrir la voie à une négociation conventionnelle sereine et loyale entre toutes les parties, c'est-à-dire le ministère, les caisses et les professions de santé. Bien entendu, nous le voterons. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la majorité présidentielle.*)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n<sup>os</sup> 191 et 209.

L'amendement n<sup>o</sup> 191 est présenté par MM. Préel, Leteurtre, Jardé, Artigues et les membres du groupe Union pour la démocratie française et apparentés ; l'amendement n<sup>o</sup> 209 est présenté par M. Goulard.

Ces amendements sont ainsi rédigés :

« Dans le dernier alinéa du A du I de l'article 15, après le mot : "salariés", insérer les mots : "et des organismes de protection sociale complémentaire". »

La parole est à M. Jean-Luc Préel, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 191.

M. Jean-Luc Préel. Cet amendement, que j'ai déjà défendu, vise à faire participer les organismes de protection sociale complémentaire à la politique de santé en prévoyant qu'ils seront consultés pour l'établissement du règlement conventionnel minimal. En effet, ils jouent un rôle important, notamment, ainsi que l'a fait remarquer M. le ministre, dans le financement des dépenses de soins ambulatoires.

J'ai entendu votre argumentation, monsieur le ministre, et pas davantage que mon ami Goulard pour son amendement, je pense que vous puissiez émettre un avis favorable sur le mien. Nous le regrettons tous les deux par avance.

M. le président. Il ne faut pas préjuger le résultat, monsieur Préel. (*Sourires.*)

La parole est à M. François Goulard, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 209.

M. François Goulard, *rapporteur pour avis*. En effet, mon amendement est identique à celui de Jean-Luc Préel. Je vais faire un aveu que l'on fait rarement dans cet hémicycle. (« Ah ! » *sur divers bancs.*) Nous voyons assez fréquemment le même amendement, avec le même exposé des motifs, déposé plusieurs fois par différents collègues, comme si chacun avait été inspiré de la même façon, dans les mêmes termes. En réalité, cela signifie que tel ou tel groupement, telle ou telle association, tel ou tel syndicat,...

Mme Catherine Génisson. Tel ou tel lobby !

M. François Goulard, *rapporteur pour avis*. ... tel ou tel lobby en effet,...

M. Bernard Accoyer. Oui !

M. François Goulard, *rapporteur pour avis*. ... a tenté de faire valoir une cause, qui n'est pas par définition illégitime et qui peut être parfaitement fondée.

M. Pierre Hellier. Tout a fait !

M. François Goulard, *rapporteur pour avis*. J'avoue que cet amendement m'a été inspiré,...

Mme Catherine Génisson. Par M. Préel ! (*Sourires.*)

M. François Goulard, *rapporteur pour avis*. ... non par M. Préel, qui n'est pas un lobby mais un honorable parlementaire - un des plus remarquables d'entre nous -, mais par des représentants de mutuelles.

Et si j'interviens, c'est parce qu'il me paraît intéressant que les mutuelles, les assureurs complémentaires, se soucient aujourd'hui de la maîtrise de la dépense, ce qui n'a pas toujours été le cas.

M. Pierre Hellier. C'est récent !

M. François Goulard, *rapporteur pour avis*. On avait plutôt l'habitude de voir les mutuelles se soucier davantage, et très légitimement d'ailleurs, d'accroître le nombre de leurs adhérents, ou de leurs clients pour les assureurs complémentaires. Considérant que le coût pour elles était limité par rapport à celui supporté par l'assurance maladie, elles préféraient satisfaire les adhérents ou les clients, quitte à avoir un rôle plutôt inflationniste dans notre système d'assurance maladie.

Or, j'observe avec satisfaction l'amorce d'un changement de comportement, qui peut d'ailleurs très bien s'expliquer par l'ampleur du rôle des mutuelles dans la couverture sociale de nos compatriotes. C'est en ce sens que mon amendement, monsieur le ministre, me paraît non dépourvu d'intérêt. En effet, nous avons besoin, et vous l'avez dit à maintes reprises, que tous les acteurs fassent preuve de davantage de responsabilités. C'est vrai pour l'assurance maladie, c'est vrai pour les professionnels de santé, c'est vrai, vous avez eu raison de le dire, manifes-

tant ainsi un certain courage, pour les patients, mais c'est vrai aussi pour les mutuelles et pour les assureurs complémentaires. Nous avons absolument besoin d'aller tous dans le même sens, celui d'une maîtrise intelligente, qu'on qualifie de médicalisée, des dépenses de santé.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur ces deux amendements ?

**M. Jean Bardet, rapporteur.** Ces amendements visent à introduire la consultation des organismes complémentaires d'assurance maladie dans l'établissement d'un règlement conventionnel minimal. Selon l'article L. 162-5-9 du code de la sécurité sociale, un tel règlement s'applique en l'absence de convention nationale entre la caisse et la profession concernée, et il fixe les tarifs et les honoraires des professions considérées. Ces amendements rendant la procédure plus complexe, la commission les a rejetés.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Le Gouvernement maintient l'avis qu'il a exprimé tout à l'heure. Néanmoins, je suis très sensible à ce qu'a dit M. Goulard. Je pense qu'à l'avenir, les organismes d'assurance complémentaire seront associés aux décisions que nous prendrons.

**M. Jean-Marie Le Guen.** De plus en plus !

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Toutefois, j'estime qu'il est trop tôt pour formaliser les choses, et surtout dans un cadre liant tous les organismes de protection sociale, qui, comme je l'ai déjà indiqué, sont près de cinq cents. En raison de leur nombre, il est impossible de consulter tous les organismes.

Par ailleurs, permettez-moi de rappeler que les organismes complémentaires sont déjà représentés au conseil d'administration de la CNAM, laquelle est consultée préalablement à la publication du règlement conventionnel normal. Les auteurs des amendements ont donc déjà satisfaction.

**M. le président.** La parole est à M. Bernard Accoyer.

**M. Bernard Accoyer.** Les amendements et la déclaration de M. le ministre montrent, chacun en convient, qu'il faut aller vers une évolution consensuelle, vers la responsabilisation de tous les acteurs.

Les régimes obligatoires méritent certainement qu'on s'attarde davantage sur les mécanismes qui impliquent leur responsabilité, mais les régimes complémentaires ont incontestablement constitué jusqu'à ce jour un étage de protection qui a contribué, en particulier avec la multiplication des tiers payant, à déresponsabiliser les patients, en faisant apparaître les soins comme gratuits. Le réalisme doit désormais prévaloir quant au coût de soins, des médicaments, des actes et des séjours. Il faut bien reconnaître qu'au fil du temps, on s'est éloigné de la réalité.

Sans revenir sur la capacité des organismes obligatoires, comme des organismes complémentaires, à rembourser 100 % des dépenses, j'estime que l'introduction du niveau de couverture complémentaire est un moyen naturel d'impliquer le malade ou sa famille. Ainsi, la responsabilisation s'installera à tous les niveaux : régime obligatoire, régime complémentaire, prestataires et, *in fine*, patients. Bien entendu, tout cela ne concerne pas les affections de longue durée, les mécanismes de tiers payant appliqués à des thérapeutiques au coût élevé, les séjours prolongés ou les interventions dont le coût est supérieur à K50.

Monsieur le ministre, le signal d'ouverture que vous avez donné à nos collègues permettra, je n'en doute pas, de progresser dans le sauvetage de notre système d'assurance maladie.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

**M. Jean-Marie Le Guen.** On pouvait penser que le débat sur ces amendements serait bref puisque, comme l'a souligné M. Prél, il s'agissait d'amendements itératifs. Mais, finalement, l'intervention de Bernard Accoyer, qui a mis en lumière certains points, m'incite à intervenir.

J'observe qu'on revient à la problématique du ticket modérateur comme facteur de responsabilité des assurés. Je vous rappelle que le ticket modérateur d'ordre public fut appliqué à la fin des années 70...

**M. François Goulard, rapporteur pour avis.** En 1967 !

**M. Jean-Marie Le Guen.** Non, le ticket modérateur d'ordre public a été appliqué par le président Giscard d'Estaing, en l'occurrence par Raymond Barre, à la fin des années 70.

Il a même créé un tel émoi que certains commentateurs ont prétendu qu'il était à l'origine de la défaite politique du Président Giscard d'Estaing.

**M. Claude Evin.** Jacques Barrot était alors ministre des affaires sociales.

**M. Jean-Marie Le Guen.** En effet, et Raymond Barre était Premier ministre ; vous pourrez les consulter sur ce sujet.

En ce qui me concerne, je ne crois pas que l'idéologie et la pratique du ticket modérateur d'ordre public représentent l'avenir politique et social de notre couverture sociale.

Le deuxième élément apparu dans le débat de ce soir, et qui est aussi important, c'est le retour de la problématique des complémentaires. Hier soir, Jean-Pierre Raffarin a évoqué les complémentaires lorsque la question lui a été posée de l'évolution de notre système de santé, et plus précisément du moyen de combler le déficit des années 2003-2004.

En fait, vous semblez vous orienter vers un transfert à la fois de financement et de responsabilité du système obligatoire vers les complémentaires.

**M. François Goulard, rapporteur pour avis.** C'est un procès d'intention !

**M. Bernard Accoyer.** Il n'a rien compris.

**M. Jean-Marie Le Guen.** L'avenir tranchera, et sans doute rapidement. Ce n'est pas pour rien que des tables rondes sur la gouvernance ont été organisées. Ce n'est pas pour rien que notre collègue Prél, avec beaucoup de clarté, souligne la nécessité de recourir au pilotage de notre système de santé notamment par le biais des complémentaires.

Bien sûr, cela donnera lieu à des transferts de charges, que ce soit par des remboursements directs en faisant baisser les taux, ou que ce soit par la révision de ce que l'on appellera du doux nom, plus moderne, du « panier de soins », qui fera sortir un certain nombre de démarches médicales de ce qui est aujourd'hui la couverture médicale obligatoire pour les mettre sur les complémentaires. J'espère me tromper, mais franchement je ne le crois pas. Il suffit de vous entendre, de voir la situation de l'assurance maladie, à laquelle d'ailleurs ce PLFSS ne procure aucune amélioration, bien au contraire. (*Protestations sur les bancs du groupe de l'Union de la majorité présidentielle.*) Je pense que, petit à petit, vous en arriverez à trouver beaucoup de vertus aux politiques suggérées par notre collègue.

M. le président. La parole est à M. Pierre Hellier.

M. Pierre Hellier. La position des assurances complémentaires est toute récente, et c'est le mérite de ces amendements que de le souligner. Mais je ne peux pas engager une polémique avec M. Le Guen. En tout cas, si on veut arriver à une maîtrise des dépenses de santé, si on veut médicaliser les dépenses de santé, il faut mobiliser tous les acteurs en ce sens.

M. Jean-Marie Le Guen. En quoi la position des assurances complémentaires est-elle nouvelle ? Elles soutenaient le plan Juppé en 1996. Elles sont pour la maîtrise des dépenses depuis dix ans !

M. le président. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n<sup>os</sup> 191 et 209.

(Après une épreuve à main levée déclarée douteuse, l'Assemblée est consultée par assis et levé.)

M. le président. Ces amendements ne sont pas adoptés. (Exclamations sur divers bancs.)

M. Jean-Marie Le Guen. Et par un prompt renfort... (Sourires.)

M. François Goulard, rapporteur pour avis. Certains avaient sans doute des fourmis dans les jambes. (Sourires.)

M. le président. M. Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a présenté un amendement, n<sup>o</sup> 53, ainsi rédigé :

« Après le III de l'article 15, insérer le paragraphe suivant :

« III bis - A l'article L. 162-45 du code de la sécurité sociale, les mots "L. 162-14, L. 162-15-2 et L. 162-15-3" sont remplacés par les mots : "et L. 162-14". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean Bardet, rapporteur. Il s'agit d'un amendement de coordination.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n<sup>o</sup> 53. (L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 15, modifié par l'amendement n<sup>o</sup> 53.

(L'article 15, ainsi modifié, est adopté.)

#### Article 16

M. le président. « A l'article L. 228-1 du code de la sécurité sociale, le quatrième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : "Le conseil de surveillance de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés veille à la cohérence des conventions passées entre les caisses d'assurance maladie et les professionnels de santé avec l'objectif national prévu au 4<sup>o</sup> de l'article L.O. 111-3". »

La parole est à M. Jean-Luc Prével, inscrit sur l'article 16.

M. Jean-Luc Prével. Ah ! comme la cohérence politique est difficile : on défend des amendements et on finit par voter contre. Enfin, c'est la vie, on a déjà connu ça ! (Exclamations sur les bancs du groupe de l'Union pour la majorité présidentielle.)

M. Bernard Accoyer. Nous, on soutient le Gouvernement !

M. Jean-Luc Prével. Bernard Accoyer est tellement brillant qu'il emporte tout le monde et c'est ainsi que certains qui avaient envie de se lever finissent par se rasseoir. Sans doute est-ce là la liberté : chacun vote comme il pense devoir le faire.

M. Pascal Terrasse. Bernard Accoyer s'occupe des investitures, c'est normal. (Rires.)

M. Jean-Luc Prével. Il faudrait rétablir un peu de discipline ici, monsieur le président ! (Exclamations sur les bancs du groupe de l'Union pour la majorité présidentielle.)

M. le président. Revenons donc à l'article 16.

M. Jean-Luc Prével. Avec l'article 16, nous changeons de sujet. C'est d'ailleurs le côté agréable du PLFSS : on change de sujet à chaque article, et donc on n'a pas le temps de s'ennuyer.

L'article 16 élargit les missions du conseil de surveillance pour veiller à la cohérence des conventions passées avec les professionnels. C'est intéressant car il faut bien reconnaître que le rôle du conseil de surveillance est aujourd'hui ambigu et particulièrement mal défini. Pour l'essentiel, il veille, avec des moyens dérisoires, à la mise en œuvre du contrat entre la caisse et l'Etat. Pour avoir siégé au conseil de surveillance de la caisse vieillesse, pour siéger maintenant dans les deux caisses vieillesse et santé, je sais que les problèmes sont réels.

Il conviendrait d'abord, monsieur le ministre, de définir clairement les rôles respectifs de l'Etat et de l'assurance maladie. Aujourd'hui, l'Etat est responsable de l'essentiel puisque le ministre est responsable des hôpitaux, des cliniques, du médicament et qu'il valide les conventions passées entre la caisse et les professionnels. La CNAM n'est responsable que des dépenses déléguées, c'est-à-dire, en simplifiant, des honoraires, sous la surveillance étroite du ministère. Et lorsque Martine Aubry, d'un trait de plume...

M. Bernard Accoyer. Cela peut être dangereux un trait de plume !

M. Jean-Luc Prével. En effet, certains se blessent.

On a bien vu comment Martine Aubry a remis en cause des accords qui avaient été passés avec les cardiologues, avec les dentistes, etc. Le rôle de la caisse doit être clarifié, notamment dans ses relations avec l'Etat.

Monsieur le ministre, vous envisagez une nouvelle gouvernance. A plusieurs reprises, je vous ai donné le point de vue de l'UDF. Pour elle, la nouvelle gouvernance suppose le renforcement du rôle des partenaires sociaux dans leur domaine de compétence, la mise en œuvre d'une réelle régionalisation permettant d'obtenir une prise en compte des besoins, le développement d'une politique de santé de proximité et la volonté de rendre chacun acteur responsable.

Si le rôle du conseil de surveillance de la Caisse nationale d'assurance maladie n'est pas clairement redéfini, lui demander de contrôler les conventions passées avec les professionnels posera un réel problème.

Je souhaiterais, monsieur le ministre, obtenir quelques éclaircissements sur ce point.

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

M. Jean-Marie Le Guen. Avant de donner ma position et celle de mon groupe sur cet article, je voudrais vous faire part de mon expérience en tant que président du conseil de surveillance sortant de la Caisse nationale d'assurance maladie.

Tout d'abord, chers collègues, je vous en prie, ne vous laissez pas abuser par le mot : si dans n'importe quelle entreprise le conseil de surveillance a une signification assez forte, ce n'est pas du tout la même chose au sein de la caisse nationale d'assurance maladie.

D'abord, le conseil de surveillance est composé d'une façon si hétérogène qu'il n'est souvent pas possible de dégager un point de vue par exemple pour un vote sur

telle ou telle question concernant l'assurance maladie. En effet, outre que les parlementaires y sont extrêmement minoritaires, les personnes qualifiées, et même très qualifiées, qui siègent dans ce conseil de surveillance, ne sont pas fondamentalement intéressées par les problématiques de l'assurance maladie. Ce sont plutôt des personnes qui auraient préféré siéger au conseil d'administration de la CNAM.

En outre, ce conseil a une fonction principale, celle d'étudier la COG, la convention d'objectifs et de gestion, c'est-à-dire les rapports qui existent entre l'Etat et la caisse nationale d'assurance maladie. Or, je peux en témoigner, indépendamment des questions politiques, l'Etat, à l'évidence, n'a jamais voulu se soumettre à l'examen du conseil de surveillance. Si la Caisse nationale d'assurance maladie a joué le jeu, l'Etat – entre 1997 et 2002 – n'a jamais accepté la réciprocité.

Il convient donc de nous attacher à modifier la composition du conseil, à préciser ses compétences, et cela dans le cadre de cette nouvelle gouvernance dont vous nous parlez. Mais, à l'évidence, ce conseil de surveillance, s'il doit exister – je pense pour ma part qu'une commission parlementaire qui serait chargée d'intervenir d'une façon plus structurée serait plus utile –, devrait attendre que la nouvelle gouvernance, puisque telle est la tâche à laquelle vous vous attentez, soit définie.

J'en viens enfin à la proposition qui nous est faite dans cet article. Pour toutes les raisons que je viens d'indiquer, cette proposition d'étudier les rapports qui existent entre la Caisse nationale d'assurance maladie et les professions de santé nous semble, vous l'aurez compris, prématurée. Je le dis franchement : ce n'est en aucune façon le rôle de ce conseil de surveillance.

On ne peut pas à la fois proclamer la logique du contrat, la logique conventionnelle, souhaiter que la nouvelle structure d'assurance maladie contracte avec les professionnels de santé et demander à des parlementaires, ou éventuellement à des personnes du monde associatif si l'on conservait l'actuelle composition du conseil de surveillance, d'intervenir pour savoir ce qui se passe entre les professions de santé et le conseil de surveillance.

Je ne serai plus ni président du conseil de surveillance, ni animateur, ni membre du conseil de surveillance pour les années qui viennent. Mais je ne souhaite pas que le conseil de surveillance se trouve lancé sur de fausses pistes de travail.

Je crois très sincèrement, monsieur le ministre, que vous devriez attendre que les problématiques de gouvernance aient véritablement avancé de votre côté pour ajuster, peut-être après consultation des parlementaires, les nouvelles tâches du conseil de surveillance. Je vous suggère donc un *statu quo*, qui n'est sans doute pas satisfaisant, je le concède, mais qui, au moins, éviterait d'anticiper sur des situations qui risquent de ne plus être d'actualité.

Plus que l'intervention, voilà le témoignage que je voulais apporter.

**M. le président.** M. Evin, M. Jean-Marie Le Guen, Mme Clergeau, M. Terrasse, Mmes Guinchard-Kunstler, Hélène Mignon, Génisson et les membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 151, ainsi rédigé :

« Supprimer l'article 16. »

La parole est à M. Claude Evin.

**M. Claude Evin.** Cet amendement vient d'être défendu par M. Le Guen.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur l'amendement ?

**M. Jean Bardet, rapporteur.** Cet amendement, qui vise à supprimer l'article 16, a été rejeté par la commission.

L'article 15 du projet conduit à supprimer les rapports d'équilibre transmis par les caisses qui permettaient une certaine forme d'information du Parlement. Il convient donc de compenser d'une certaine manière cette suppression. L'article 16 propose d'élargir les missions du conseil de surveillance où siègent six parlementaires, dont l'un est d'ailleurs président, et donc d'améliorer l'information du Parlement.

De plus, comme M. Prél l'a souligné en commission, le présent article contribue à permettre le respect des objectifs fixés dans le cadre de l'ONDAM. Il peut donc être considéré comme comportant des incidences sur le financement de la sécurité sociale.

Pour ces deux raisons, l'article 16 entre pleinement dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale tel qu'il a été défini par la loi organique de 1996.

Sur le fond, il me paraît opportun, comme le propose le Gouvernement, d'impliquer davantage le conseil de surveillance dans la politique conventionnelle et dans sa cohérence avec l'ONDAM. Sa composition permet une approche et une expertise différentes et originales qui permettront d'enrichir la réflexion. En outre, l'article, en liant ONDAM et politique conventionnelle, permet de mieux responsabiliser les caisses.

En revanche, je partage les remarques formulées dans l'exposé des motifs de l'amendement quant au caractère flou du dispositif, et je propose, par l'amendement n° 54, une procédure d'application de cet article 16.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Le Gouvernement est défavorable à cet amendement, qui va me permettre de répondre à l'intervention de M. Le Guen dans laquelle il nous a livré son expérience.

Nous avons l'intention de faire bouger les choses, car nous en avons assez d'attendre. Or, alors que je dois nommer un certain nombre de membres de ce conseil de surveillance, nous sommes encore interrogatifs sur l'avenir de notre gouvernance de l'assurance maladie.

Je le répète, je souhaite le maintien du paritarisme actuel. Mais dans cette hypothèse, il faut quand même laisser une plus grande place aux professionnels de santé et aux usagers pour qu'ils participent de plus près à l'organisation de notre système. Vous l'avez dit en d'autres lieux : il faut intéresser les usagers au système et il faut y associer les professionnels de santé. Aujourd'hui, je propose de confier des tâches nouvelles à ce nouveau conseil de surveillance qui sera composé et présidé différemment.

Alors de deux choses l'une : ou bien le paritarisme se fixe, et le MEDEF revient, dans des conditions dont nous aurons à débattre, et à ce moment-là, ce conseil de surveillance exercera un rôle plus précis sur le cours des choses ; ou bien le MEDEF ne revient pas, et il nous faudra bien trouver un nouveau système. Je l'ai déjà dit, il n'est pas question pour nous d'étatiser la chose, il faudra faire intervenir à côté des syndicats, qui resteront naturellement la cheville ouvrière du système, des usagers et des professionnels de santé, sauf à avoir un système totalement déséquilibré.

**M. Jean-Marie Le Guen.** Mais c'est déjà le cas à l'heure actuelle.

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Nous voulons donner aux usagers et aux professionnels de santé la possibilité de se rapprocher davantage du système et peut-être de mieux le comprendre. Nous ne perdons rien à essayer de perfectionner le système. A quoi cela servirait-il d'attendre ? Commençons tout de suite et nous verrons, au fur et à mesure, comment ajuster le dispositif.

**M. le président.** La parole est à M. Claude Evin.

**M. Claude Evin.** Monsieur le ministre, vous prétendez vouloir bouger, mais on ne voit pas encore très bien où vous voulez aller. En effet, vous mélangez allègrement dans votre argumentation – les comptes rendus de nos débats en feront foi – les missions du conseil d'administration des caisses et celles du conseil de surveillance. Il serait intéressant que vous soyez un peu plus précis en la matière.

**M. Pascal Terrasse.** Tout à fait !

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Je vais l'être, il n'y a pas de problème.

**M. Claude Evin.** Dans l'article 16, on ne parle pas du conseil d'administration des caisses. Pour autant, on sent bien que vous êtes tenté de remettre en cause le mécanisme conventionnel.

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Pas du tout !

**M. Claude Evin.** Mais si ! Tout à l'heure, vous indiquiez qu'il était nécessaire que, dans cette discussion sur l'organisation et le financement du système, les professionnels, les usagers soient davantage associés avec les partenaires sociaux, organisations syndicales et patronales, qui négocieraient les conventions.

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** En effet !

**M. Claude Evin.** Mais vous avez lancé le débat sur la gouvernance. Il faut que ce débat aille à son terme. Peut-être se rendra-t-on compte alors qu'il convient en effet de changer l'organisation actuelle. En tout cas, aujourd'hui, je refuse de me prononcer sur les conclusions de ce débat, auquel nous participerons à condition que les réunions n'aient pas lieu au moment où nous siégeons dans l'hémicycle comme ce matin. De votre côté, n'anticipez pas sur les modes d'organisation que vous risquez de devoir imaginer à l'issue de ce débat.

Concrètement, que nous proposez-vous ? Que, dans les rapports conventionnels entre le conseil d'administration des caisses et les professionnels, un tiers s'immisce, à savoir le conseil de surveillance de la CNAMTS, pour veiller « à la cohérence des conventions passées entre les caisses d'assurance maladie et les professionnels de santé avec l'objectif national »...

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Oui, avec l'ONDAM !

**M. Claude Evin.** ... alors que vous n'avez pas précisé ce que pourront éventuellement être les relations entre l'Etat et les caisses de sécurité sociale dans la définition de la nouvelle gouvernance.

Dans la ligne des propos de M. Le Guen, nous vous disons qu'il n'y a pas lieu de se précipiter. Nous ne sommes donc pas à six mois près. En l'occurrence, les mécanismes conventionnels qui courent les six prochains mois se fondent sur la loi du 6 mars 2002. Avant de décider, il faut savoir précisément ce que sera la nouvelle architecture.

L'article 16 jette la suspicion sur les conseils d'administration des trois caisses de sécurité sociale. Or ces caisses ont aujourd'hui la responsabilité de négocier les conventions médicales. Il faut leur faire crédit qu'elles le feront dans le cadre de l'ONDAM voté par le Parlement.

Faire s'immiscer le conseil de surveillance dans les relations entre les caisses et les professionnels nous semble dangereux et en tout cas contraire au principe de confiance que vous avez évoqué de multiples fois.

**M. le président.** La parole est à M. le ministre.

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Monsieur Evin, puisque vous n'avez pu assister à la réunion qui s'est tenue ce matin, allons plus loin dans le débat !

Je voudrais vous rappeler que la CNAM a émis un avis favorable au PLFSS, y compris son article 16, sur lequel elle n'a d'ailleurs formulé aucune remarque.

**M. Jean-Marie Le Guen.** Ce n'est pas vrai !

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** La caisse a émis un avis favorable explicite, vous dis-je. Vous ne pouvez soutenir le contraire.

**M. Jean-Marie Le Guen.** Nous avons auditionné ses représentants en commission !

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Je ne sais ce qu'il vous ont dit en commission, mais je sais lire les documents que je reçois : le PLFSS a fait l'objet d'un avis favorable de la CNAM, et cet avis est explicite.

**M. Bernard Accoyer.** C'est vrai !

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Cela étant rappelé, j'aurais compris que vous harmonisiez vos violons.

Monsieur Le Guen, vous nous avez dit que vous avez présidé un conseil de surveillance pendant des années et que ce conseil de surveillance ne servait à rien. C'est à peu près ce que vous avez déclaré à mots couverts.

**M. Maxime Gremetz.** Je le confirme !

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Si vous aviez été logique avec vous-même, vous auriez proposé un amendement tendant non pas à supprimer l'article 16, mais à supprimer le conseil de surveillance lui-même.

**M. Maxime Gremetz.** Absolument !

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Pardonnez-moi, mais maintenir un conseil de surveillance fantoche ne m'intéresse pas.

**M. Maxime Gremetz.** Moi non plus !

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** J'essaie donc de donner à ce conseil un peu plus de poids, en élargissant son rôle et en impliquant les professionnels et les usagers, qui ne doivent surveiller ni la CNAM ni le Parlement, lequel vote l'ONDAM. Ce que je souhaite, c'est intéresser directement les professionnels et les usagers à la déclinaison de l'ONDAM au regard des processus conventionnels.

Demander une revalorisation ou je ne sais quoi d'autre quand on est en dehors du système, c'est bien joli. Mais lorsque l'on est au cœur du système, il est plus facile de connaître la réalité des choses.

**M. Claude Evin.** Qui négocie les conventions si ce n'est les professionnels ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Ce que je propose est très simple : il s'agit d'une démarche de responsabilisation et des usagers et des médecins, qui participeront d'un peu plus près au dispositif.

M. Claude Evin. Avec qui les caisses signent-elles les conventions si ce n'est avec les médecins ?

M. le président. La parole est à M. Maxime Gremetz.

M. Maxime Gremetz. J'ai été membre du conseil de surveillance présidé par M. Le Guen.

Le problème sur lequel nous avons toujours buté – j'attire votre attention sur ce point puisque vous êtes un nouveau ministre (*Sourires*) – concerne la définition des responsabilités des uns et des autres.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Et voilà !

M. Maxime Gremetz. Cela est si vrai qu'un jour nous avons même fait adopter par notre conseil de surveillance une résolution prévoyant l'audition de la ministre pour qu'elle nous explique ses choix et sa conception des relations entre l'Etat et la CNAM.

La situation était tout à fait malsaine et le conseil de surveillance ne servait manifestement à rien. Or les personnes qui siégeaient à ce conseil voulaient jouer un rôle important. Or de deux choses l'une – sur ce point, je suis d'accord avec vous, monsieur le ministre, d'autant que je m'en suis ouvert au conseil de surveillance –, on sert à quelque chose ou on ne sert à rien. Si une instance ne sert à rien, il faut la supprimer, c'est évident. Il vaut mieux ne pas perdre son temps.

En ce qui me concerne, je suis persuadé que le conseil de surveillance doit servir à quelque chose, mais encore faut-il bien définir ses missions. Il est clair qu'il n'a pas à jouer le rôle du conseil d'administration. Cela dit, je trouve que sa composition était assez représentative.

Le rôle du conseil d'administration et celui du conseil de surveillance ainsi que les rapports entre l'Etat et la CNAM doivent être redéfinis car je me souviens que l'on ne savait plus qui faisait quoi. Il n'y avait pas de relations de partenariat : c'était la guerre en permanence. Telle est l'expérience que j'ai vécue au détriment de la caisse maladie. Il ne faut pas la renouveler !

Nous ne proposons pas quant à nous de supprimer l'article 16, mais nous pensons qu'une nette amélioration s'impose.

M. Pierre Hellier. Très bien !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 151.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. M. Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a présenté un amendement, n° 54 rectifié, ainsi libellé :

« I. – Rédiger ainsi le premier alinéa de l'article 16 :

« Après le quatrième alinéa de l'article L. 228-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : »

« II. – En conséquence, compléter le dernier alinéa de cet article par les quatre phrases suivantes :

« Lorsque le conseil de surveillance, saisi à cet effet par le conseil d'administration de la Caisse, estime qu'une ou plusieurs dispositions d'une convention ne sont pas cohérentes avec le respect de l'objectif national prévu au 4° du I de l'article L.O. 111-3, il en informe le conseil d'administration en adoptant un avis motivé à la majorité de ses

membres, le président ayant une voix prépondérante. Le conseil d'administration transmet l'avis au Parlement et au Gouvernement. En outre, le conseil de surveillance rend chaque année, avant le 30 juin, un rapport sur la politique conventionnelle de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Ce rapport, adopté à la majorité de ses membres, le président ayant une voix prépondérante, est transmis au Parlement et au Gouvernement. »

Sur cet amendement, le Gouvernement a présenté un sous-amendement, n° 287, ainsi rédigé :

« Substituer à la première phrase du dernier alinéa du II de l'amendement n° 54 rectifié les deux phrases suivantes :

« Le conseil de surveillance est saisi par le conseil d'administration de la caisse de l'accord-cadre, des conventions, de leurs annexes et avenants, mentionnés aux articles L. 162-1-13, L. 162-14-1 et L. 162-14-2 du présent code. Lorsqu'il estime qu'une ou plusieurs dispositions de l'accord-cadre ou d'une convention ne sont pas cohérentes avec le respect de l'objectif national prévu au 4° du I de l'article L.O. 111-3, il en informe le conseil d'administration en adoptant un avis motivé à la majorité de ses membres, le président ayant une voix prépondérante. »

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 54 rectifié.

M. Jean Bardet, rapporteur. Cet amendement vise à préciser les conditions dans lesquelles le conseil de surveillance de la CNAM veille à la cohérence des conventions conclues entre la Caisse nationale et les professions de santé avec l'ONDAM.

L'article 16 est assez bref et il prête à de nombreuses interprétations. L'expression « veille à la cohérence » est assez floue. Dans l'exposé des motifs, on trouve peu d'indications sur la façon dont le conseil de surveillance pourra agir. C'est pourquoi je propose de préciser son rôle, conformément à la nouvelle mission prévue par l'article 16.

D'une part, le conseil pourrait donner son avis convention par convention. D'autre part, il pourrait adopter un rapport annuel sur la politique conventionnelle globale de la CNAMTS. Ses avis et ses rapports seraient transmis au Parlement, ce qui contribuerait à améliorer l'information et le contrôle de celui-ci.

M. le président. La parole est à M. le ministre, pour donner l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 54 rectifié et défendre le sous-amendement n° 287.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Je suis favorable à l'amendement sous réserve qu'il soit sous-amendé. En effet, le Gouvernement souhaite qu'il soit bien précisé que le conseil de surveillance est saisi de l'ensemble des textes conventionnels afin qu'il soit pleinement en mesure de se positionner sur leur éventuelle incohérence avec l'ONDAM.

Qu'il me soit permis de saluer au passage le travail du rapporteur, qui apporte une réponse aux interrogations de M. Gremetz.

Les tâches du conseil de surveillance seront ainsi mieux définies.

M. le président. Monsieur Bardet, je suppose que la commission est favorable au sous-amendement ?

M. Jean Bardet, rapporteur. La commission ne l'a pas examiné. Cependant, j'y suis, à titre personnel, favorable.

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



**M. Jean-Marie Le Guen.** Mes chers collègues, je suis un peu déchiré. (« Oh ! » sur les bancs du groupe de l'Union pour la majorité présidentielle et du groupe Union pour la démocratie française.)

Avec un peu de malignité politique, je crois que je vais me résoudre à vous dire : allez-y ! Il est heureux que l'on n'ait pas prévu que M. Accoyer serait responsable du dépassement de l'ONDAM sur ses biens propres. (*Soupires.*)

Premièrement, on parle de la « gouvernance » de demain, mais on est déjà en train d'en régler les détails, voire les sous-détails.

Deuxièmement, vous êtes en train de vous immiscer dans les discussions conventionnelles entre la CNAM, ou ce qui lui succédera, et les professionnels de santé. Vous allez mettre votre bras au milieu.

Troisièmement, vous prétendez donner un droit de vote à un conseil qui, quelle que soit la qualité de ses membres – la question n'est pas là – n'aura aucune légitimité pour se prononcer.

Quelle est sa composition actuelle ? Y siègent autant de représentants des syndicats médicaux qu'il y a de syndicats médicaux. Mais on n'y trouve qu'un seul représentant de la Fédération française des sociétés d'assurance, un représentant du CETIP, qui rassemble les organismes d'assurance complémentaire, et un représentant d'un organisme minoritaire, la FNIM, la Fédération nationale interprofessionnelle des mutuelles. La FNMF, la Fédération nationale de la mutualité française, n'y est pas non plus, puisqu'elle est représentée au conseil d'administration. En revanche, la FFMF, la Fédération des médecins de France, y est parce qu'elle est minoritaire, tout comme l'UNAPEI, la Croix-Rouge et un certain nombre d'autres associations qui interviennent dans le médico-social et qui comptent toutes en leur sein des personnalités tout à fait remarquables.

Indépendamment des moyens, quelle légitimité auront les personnes qui siégeront au conseil de surveillance ? Quelles compétences leur donnerez-vous pour qu'elles votent sur les interpellations de l'ONDAM ?

Nous faisons notre travail de parlementaires avec l'esprit le plus positif possible. En l'occurrence, faites ce que vous vous voulez, mais on vous aura prévenus. (*Exclamations sur plusieurs bancs du groupe de l'Union pour la majorité présidentielle.*)

**M. le président.** Je mets aux voix le sous-amendement n° 287.

(*Le sous-amendement est adopté.*)

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 54 rectifié, modifié par le sous-amendement n° 287.

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

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 16, modifié par l'amendement n° 54 rectifié.

(*L'article 16, ainsi modifié, est adopté.*)

**M. le président.** A la demande de la commission et du Gouvernement, l'article 17 est réservé jusqu'après l'article 27.

#### Article 18

**M. le président.** « Art. 18. – I. – Dans le code de la sécurité sociale, les mots : “service du contrôle médical” sont remplacés par les mots : “service médical de l'assurance maladie”.

« II. – Au cinquième alinéa de l'article L. 183-1 du même code, les mots : “des services de l'échelon régional du contrôle médical” sont remplacés par les mots : “de

l'échelon régional du service médical de l'assurance maladie”. Au même alinéa, les mots : “des services du contrôle médical” sont remplacés par les mots : “des services médicaux de l'assurance maladie”.

« III. – L'intitulé du chapitre V du titre I<sup>er</sup> du livre III du même code est remplacé par l'intitulé suivant : “Bon usage des prestations et relations avec les professionnels de santé”.

« IV. – Le premier alinéa de l'article L. 315-1 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« Le service médical de l'assurance maladie a pour mission d'examiner tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité et d'analyser l'activité des prestataires de soins, en vue de promouvoir les bonnes pratiques et de lutter contre les prescriptions abusives. »

« V. – Après l'article L. 315-1 du même code, il est inséré un article L. 315-1-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 315-1-1. – Le service médical de l'assurance maladie assure également les missions suivantes :

« 1<sup>o</sup> En relation notamment, en ce qui concerne les médecins, avec les unions mentionnées à l'article L. 4134-1 du code de la santé publique, la réalisation d'actions de bon usage des soins destinées à promouvoir des avis et recommandations scientifiques émanant des instances compétentes, notamment de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, tant auprès des professionnels de santé que des assurés sociaux ;

« 2<sup>o</sup> La participation aux actions des caisses d'assurance maladie destinées à porter à la connaissance des professionnels de santé les évolutions de la législation et de la réglementation de la sécurité sociale ;

« 3<sup>o</sup> A partir notamment des analyses prévues aux III et IV de l'article L. 315-1, la mise à disposition des professionnels de tous documents de nature à leur permettre d'analyser leur activité individuelle et d'améliorer leur exercice.

« Les conditions de mise en œuvre du présent article sont fixées par décret. »

« VI. – Au troisième alinéa de l'article L. 615-13 du même code, après la référence à l'article L. 315-1, est insérée la référence à l'article L. 315-1-1.

« VII. – Au premier alinéa de l'article L. 732-5 du code rural, après la référence à l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, est insérée la référence à l'article L. 315-1-1 du même code. »

Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article 18.

La parole est à M. Jean-Luc Préel.

**M. Jean-Luc Préel.** Je serai très bref.

L'article 18 est important car il redéfinit le rôle des médecins-conseils des caisses. Leur compétence et leur dévouement ne sont nullement en cause, mais ils sont perçus, à tort ou à raison, comme des gendarmes et à ce titre peu appréciés par les professionnels.

Le rôle des médecins-conseils est réorienté vers la promotion de la qualité des soins et des bonnes pratiques, en direction des assurés et des diverses professions de santé.

La définition de ce nouveau rôle dans le cadre d'une maîtrise médicalisée est essentielle et j'espère qu'elle sera suivie d'effets.

**M. le président.** La parole est à M. Pascal Terrasse.

**M. Pascal Terrasse.** J'y renonce, monsieur le président.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Pierre Door.

**M. Jean-Pierre Door.** Monsieur le président, j'avais déposé un amendement, mais il n'a pas été retenu par la commission.

Le texte proposé pour l'article L. 315-1-1 du code de sécurité sociale prévoit la « mise à disposition des professionnels de tous documents de nature à leur permettre d'analyser leur activité individuelle et d'améliorer leur exercice ».

Monsieur le ministre, vous avez reçu les représentants des unions régionales au mois de juillet dernier. Ils vous ont certainement demandé de faire en sorte qu'ils obtiennent des caisses les outils nécessaires à leurs missions découlant du décret du 14 décembre 1993. Le docteur Renucci ne me dira pas le contraire. (*Sourires.*)

Je vous rappelle que ce décret fait référence à des analyses et à des études relatives au fonctionnement du système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie, à l'évolution et l'évaluation des besoins médicaux. Or, depuis neuf ans, les unions régionales, qui regroupent toutes les tendances syndicales, n'ont jamais été en possession de ces documents.

Je vous encourage donc à répondre au vœu des unions régionales. Je souhaite que celles-ci puissent avoir avec les caisses des rapports non pas plus intimes (*Sourires*), mais proches de l'idéal.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

**M. Jean-Marie Le Guen.** Je renonce également à m'exprimer, monsieur le président.

**M. le président.** M. Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a présenté un amendement, n° 56 rectifié, ainsi libellé :

« Rédiger ainsi le I de l'article 18 :

« I. – A. – Dans le code de la sécurité sociale, au premier alinéa de l'article L. 162-1-2 et de l'article L. 162-4-1, au quatrième alinéa de l'article L. 162-12-16, au cinquième alinéa de l'article L. 162-12-18, au dernier alinéa de l'article L. 224-7, au II, III, IV et V de l'article L. 315-1, au premier, deuxième et dernier alinéa de l'article L. 315-2, par trois fois au premier alinéa de l'article L. 315-2-1, à l'article L. 544-3 et à l'article L. 766-1-4, les mots : "service du contrôle médical" sont remplacés par les mots : "service médical de l'assurance maladie".

« B. – Dans le code rural, au quatrième alinéa de l'article L. 752-6 et au troisième alinéa de l'article L. 752-24, les mots : "service du contrôle médical" sont remplacés par les mots : "service médical de l'assurance maladie". »

La parole est à M. le rapporteur.

**M. Jean Bardet, rapporteur.** Le I de l'article 18 prévoit que, dans le code de la sécurité sociale, les mots : « service du contrôle médical » sont remplacés par les mots : « service médical de l'assurance maladie ».

Il importe que, dans toutes les dispositions du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, dans d'autres codes, la même modification soit faite.

En conséquence, j'invite l'Assemblée à adopter l'amendement n° 18, qui est de coordination.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Favorable.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 56 rectifié.

(*L'amendement est adopté.*)

**M. le président.** M. Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a présenté un amendement, n° 58 rectifié, ainsi libellé :

« Après le III de l'article 18, insérer le paragraphe suivant :

« III *bis*. – A. – L'intitulé de la section II du chapitre V du titre I<sup>er</sup> du livre sixième du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Dispositions relatives aux soins. – Bon usage des prestations. »

« B. – L'intitulé de la sous-section 3 de la section II du chapitre V du titre I<sup>er</sup> du livre sixième du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Bon usage des prestations et relations avec les professionnels de santé. »

« C. – Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 615-13 du code de la sécurité sociale, les mots "assurent le contrôle médical" sont remplacés par les mots "examinent tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service des prestations et analysent l'activité des prestataires de soins".

« D. – Dans le deuxième alinéa du même article, le mot "contrôle" est remplacé par le mot "service". »

La parole est à M. le rapporteur.

**M. Jean Bardet, rapporteur.** Il s'agit là encore d'un amendement de coordination.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Favorable.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 58 rectifié.

(*L'amendement est adopté.*)

**M. le président.** M. Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a présenté un amendement, n° 60 rectifié, ainsi libellé :

« Après le IV de l'article 18, insérer le paragraphe suivant :

« IV *bis*. – Le quatrième alinéa de l'article L. 752-12 du code rural est ainsi rédigé :

« – d'examiner tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité, et d'analyser l'activité des prestataires de soins, en vue de promouvoir les bonnes pratiques et de lutter contre les prescriptions abusives, conformément aux articles L. 315-1 à L. 315-2-1 du code de la sécurité sociales ; ».

La parole est à M. le rapporteur.

**M. Jean Bardet, rapporteur.** Même cas que précédemment.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Favorable.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 60 rectifié.

(*L'amendement est adopté.*)

**M. le président.** M. Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a présenté un amendement, n° 61, ainsi rédigé :

« Dans le premier alinéa du texte proposé pour l'article L. 315-1-1 du code de la sécurité sociale, substituer au mot : "assure", le mot : "exerce". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean Bardet, *rapporteur*. Il s'agit d'un amendement rédactionnel, monsieur le président.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 61. *(L'amendement est adopté.)*

M. le président. M. Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a présenté un amendement, n° 62, ainsi rédigé :

« Dans l'avant-dernier alinéa du texte proposé pour l'article L. 315-1-1 du code de la sécurité sociale, après le mot : "professionnels", insérer les mots : "de santé". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean Bardet, *rapporteur*. Cet amendement tend à apporter une précision.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 62. *(L'amendement est adopté.)*

M. le président. M. Jean-Marie Le Guen et les membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 153, ainsi libellé :

« Après le mot : "sont", rédiger ainsi la fin du dernier alinéa du texte proposé pour l'article L. 315-1-1 du code de la sécurité sociale : "déterminées au sein de la convention d'objectif et de gestion telle que définie à l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale entre l'autorité compétente de l'Etat et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés". »

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

M. Jean-Marie Le Guen. Cet amendement vise à introduire dans la convention d'objectif et de gestion, c'est-à-dire le contrat qui lie l'Etat et la CNAM, et non pas la CNAM et les partenaires sociaux, la définition du service médical de l'assurance maladie.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean Bardet, *rapporteur*. La commission a émis un avis défavorable.

Je comprends bien l'intention des auteurs de l'amendement, mais il semble que l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, qui préconise la consultation du conseil d'administration des caisses sur toute mesure législative ou réglementaire, soit suffisant. Cette disposition permettra de renforcer la concertation avant la promulgation du décret.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 153.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

M. le président. Je mets aux voix l'article 18, modifié par les amendements adoptés.

*(L'article 18, ainsi modifié, est adopté.)*

#### Article 19

M. le président. « L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un 15° ainsi rédigé :

« 15° Les mesures et procédures applicables aux méde-

cins dont les pratiques abusives sont contraires aux objectifs de bonnes pratiques et bons usages des soins fixés par la convention. »

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

M. Jean-Luc Préel. La plupart des professionnels sont vertueux. La disparition des sanctions collectives est saluée par tous comme une nécessité pour la reprise des relations de confiance entre l'Etat, les caisses et les professionnels. Il est possible cependant que certains professionnels abusent et n'appliquent pas le bon usage des soins ou les bonnes pratiques.

Même si les dispositions nécessaires doivent être négociées dans le cadre conventionnel, au moment où nous nous engageons clairement dans une maîtrise médicalisée, il convient de réaffirmer qu'il n'est pas possible d'admettre des conduites abusives qui lèsent les professionnels, les malades et l'assurance maladie. Nous devons affirmer haut et fort la responsabilité individuelle, avec tout ce que cela implique.

M. le président. M. Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a présenté un amendement, n° 63, ainsi rédigé :

« Dans le dernier alinéa de l'article 19, substituer aux mots : "bons usages", les mots : "de bon usage". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean Bardet, *rapporteur*. Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 63. *(L'amendement est adopté.)*

M. le président. Je mets aux voix l'article 19, modifié par l'amendement n° 63.

*(L'article 19, ainsi modifié, est adopté.)*

#### Après l'article 19

M. le président. Mme Fraysse, Mme Jacquaint, M. Gremetz et les membres du groupe des député-e-s communistes et républicains ont présenté un amendement, n° 126, ainsi libellé :

« Après l'article 19, insérer l'article suivant :

« L'article L. 5121-8 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les entreprises ayant obtenu une autorisation de mise sur le marché déposent une demande d'inscription sur la liste des spécialités remboursables visée à l'article L. 162-17-1 du code de la sécurité sociale. »

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. L'une de nos propositions, que nous défendons depuis un certain temps, se fonde sur le constat du dysfonctionnement manifeste de la politique du médicament.

Certains médicaments considérés comme très utiles n'ont pas été ou ne sont actuellement pas remboursés : soit la demande n'en est pas faite, soit le Gouvernement ne les a pas inscrits sur la liste des médicaments remboursables.

Dès lors, certains laboratoires ayant obtenu une AMM ne déposent pas de demande en vue de leur remboursement par les régimes d'assurance maladie. Cette démarche aboutit à ce que des médicaments à service médical rendu important échappent aux procédures visant à autoriser le remboursement et à fixer le prix des médicaments.

Dans ce cas de figure, le prix est libre. Il est même souvent trop élevé pour les personnes en difficulté ou disposant de faibles revenus. C'est ici que commence la médecine à deux vitesses, évolution néfaste de notre système de santé, et que nous condamnons. Pourquoi certains, grâce à leurs revenus, auraient-ils accès à des soins, et pas d'autres ? Encore une fois, l'accès aux soins ne doit souffrir d'aucune condition de revenus. Il doit être un droit pour tous.

L'amendement proposé vise donc à rendre obligatoire le dépôt d'une demande d'inscription sur la liste des médicaments remboursables des produits ayant obtenu une AMM. Une telle procédure évitera que des médicaments à service médical rendu important passent à côté de l'impérieuse nécessité, médicale et thérapeutique, d'être remboursés aux assurés sociaux. Nous insistons sur le fait que le Gouvernement devra jouer tout son rôle en donnant rapidement, à l'issue de la procédure, son aval à l'inscription du médicament sur la liste des médicaments remboursables.

C'est à nos yeux une question de santé publique, qui doit être prise au sérieux et déconnectée de toute vision mercantile.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Jean Bardet, rapporteur.** La question que soulève Mme Fraysse est importante.

Personnellement, j'ai déjà eu l'occasion de soulever le problème des médicaments dont le service médical rendu est important mais qui ne sont pas remboursés par la sécurité sociale parce que le laboratoire ne l'a pas demandé.

Le problème existe aussi pour certains dispositifs médicaux, dont les fabricants ne demandent pas le remboursement. En raison de leur prix, ces dispositifs, la plupart du temps, ne sont pas commercialisés en France, ce qui retire aux malades habitant sur notre territoire des chances d'améliorer leur état.

Sur le principe, personnellement, je suis assez d'accord. Malheureusement, cet amendement est inapplicable. En effet, il est impossible de contraindre les entreprises à déposer un dossier auprès de la commission de la transparence ; ce serait contraire au principe constitutionnel de la liberté du commerce et de l'industrie.

Voilà pourquoi la commission a rejeté cet amendement. Avis défavorable, donc.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Le Gouvernement n'est pas favorable à cet amendement. Nous n'avons pas le temps maintenant, mais je reprendrai volontiers ce dialogue avec Mme Fraysse.

Je crois, madame Fraysse, que vous contribuez à entretenir une confusion entre médicament et remboursement. N'aurait le nom de médicament que quelque chose qui serait remboursé, et l'on ne rembourserait que les médicaments. Ce serait une grave erreur : tous les médicaments n'ont pas vocation à être remboursés et certains d'entre eux peuvent être livrés à l'automédication.

A partir du moment où l'AMM est obtenue, le laboratoire peut souhaiter le mettre en vente libre et donc en automédication. On ne peut pas passer systématiquement de l'inscription au remboursement. Cela relève du choix du laboratoire.

**Mme Jacqueline Fraysse.** Si un médicament rend un service indiscutable, il faut permettre de le rembourser !

**M. Jean-Marie Le Guen.** Le Viagra ! (*Sourires.*)

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Je ne vais pas revenir sur ce médicament...

Madame Fraysse, vous évoquez des « entreprises ayant obtenu une autorisation de mise sur le marché » – sans préciser que la molécule a été évaluée, son type, etc. – qui « déposent une demande d'inscription sur la liste des spécialités remboursables ». Autrement dit, vous établissez une adéquation entre l'autorisation de mise sur le marché et l'inscription sur la liste des médicaments remboursables. Sans doute n'était-ce pas ce que vous souhaitiez. Quoi qu'il en soit, on ne peut accepter une telle rédaction.

**M. Maxime Gremetz.** Alors, proposez un sous-amendement, monsieur le ministre !

Monsieur le président, puis-je prendre la parole ? (*« Oh non ! » sur les bancs du groupe de l'Union pour la majorité présidentielle.*)

**M. le président.** La parole est à M. Maxime Gremetz.

**M. Maxime Gremetz.** J'ai cru comprendre que M. Bardet était d'accord sur le principe...

**M. Jean Bardet, rapporteur.** Eh oui !

**M. Maxime Gremetz.** Si seule notre rédaction est en cause, on peut sous-amender.

**M. le président.** La parole est à M. le ministre.

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Monsieur Gremetz, je ne suis pas en situation de sous-amender en séance un amendement qui n'a pas été correctement rédigé par son auteur, et qui ne correspond pas à la pensée de ce dernier.

Permettez-moi de me tourner vers vous, notamment vers Mme Fraysse qui a siégé au Sénat, pour vous rappeler qu'il y aura là-bas une lecture de ce projet de loi. Comme il existe un groupe communiste au Sénat, je vous invite à prendre contact avec vos collègues, qui pourront peut-être en affiner la rédaction.

**M. le président.** La parole est à M. Maxime Gremetz.

**M. Maxime Gremetz.** Monsieur le ministre, vous me confirmez que vous n'êtes pas en désaccord avec l'esprit de cet amendement, même si vous avez des réserves sur son écriture. Nous proposons avec Mme Fraysse de retirer cet amendement, de le retravailler et de le déposer à nouveau au Sénat, puis ici en deuxième lecture. Vous êtes d'accord, Mme Fraysse ?

**M. le président.** Mme Fraysse, retirez-vous votre amendement ?

**Mme Jacqueline Fraysse.** Je n'avais pas prévu de le retirer, mais puisque M. Gremetz vient de le dire (*Rires sur plusieurs bancs.*)...

**M. le président.** Il a dit tout à l'heure qu'il était votre porte-parole... (*Sourires.*)

**Mme Jacqueline Fraysse.** Il faudra en effet affiner cet amendement en y précisant « les médicaments dont le service est médicalement reconnu ». Je vais donc le retirer. Nous le rédigerons mieux la prochaine fois.

**M. le président.** L'amendement n° 126 est retiré.

Je suis saisi de deux amendements, n°s 65 et 206, pouvant être soumis à une discussion commune.

L'amendement n° 65, présenté par M. Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, est ainsi rédigé :

« Après l'article 19, insérer l'article suivant :

« I. – Dans la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale, les mots : “ Ces conventions déterminent les

relations entre le comité et chaque entreprise », sont remplacés par les mots : « Ces conventions, dont le cadre peut être précisé par un accord conclu avec un ou plusieurs syndicats représentatifs des entreprises concernées, déterminent les relations entre le comité et chaque entreprise ».

« II. - La première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « et que cette convention soit en outre conforme aux modalités définies par un accord conclu en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4 ». »

Sur cet amendement, le Gouvernement a présenté un sous-amendement, n° 291, ainsi rédigé :

« Compléter le dernier alinéa de l'amendement n° 65 par les mots : « sous réserve qu'un tel accord ait été conclu ». »

L'amendement n° 206, présenté par M. Gilles, est ainsi rédigé :

« Après l'article 19, insérer l'article suivant :

« Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale, après les mots : « ministres compétents » sont insérés les mots : « et des accords-cadres conclus le cas échéant entre l'Etat et un syndicat représentatif des entreprises concernées ». »

La parole est à M. le rapporteur, pour défendre l'amendement n° 65.

**M. Jean Bardet, rapporteur.** Cet amendement, qui a été accepté par la commission, est important. Il vise à inscrire dans la loi l'accord-cadre sectoriel entre l'industrie pharmaceutique et les autres signataires.

La parole est à M. Bruno Gilles, pour défendre l'amendement n° 206.

**M. Bruno Gilles.** Cet amendement vise à officialiser les accords-cadres en les faisant apparaître dans la loi. Ainsi, ils deviendraient symboles de confiance et renforceraient les engagements souscrits par chacune des parties.

**M. le président.** La parole est à M. le ministre, pour défendre le sous-amendement n° 291 et donner l'avis du Gouvernement sur les amendements n°s 65 et 206.

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Les amendements n°s 206 et 65 poursuivent le même but. Je préfère la rédaction du n° 65, M. Gilles ne m'en voudra pas. Quant au sous-amendement n° 291, la précision qu'il apporte me paraît évidente ; je n'ai pas besoin de détailler davantage.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur le sous-amendement n° 291 ?

**M. Jean Bardet, rapporteur.** La commission ne l'a pas examiné. A titre personnel, je donne un avis favorable.

**M. Bruno Gilles.** Dans ces conditions, je retire l'amendement n° 206.

**M. le président.** L'amendement n° 206 est retiré.

Je mets aux voix le sous-amendement n° 291.

*(Le sous-amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 65, modifié par le sous-amendement n° 291.

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

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 64 et 260.

L'amendement n° 64 est présenté par M. Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, et M. Bur ; l'amendement n° 260 est présenté par

MM. Jean-Marie Le Guen, Evin, Mmes Clergeau, Hélène Mignon, Génisson, M. Terrasse, Mme Guinchard-Kunstler et les membres du groupe socialiste.

Ces amendements sont ainsi rédigés :

« Après l'article 19, insérer l'article suivant :

« Dans le III de l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (n° 2001-1246 du 21 décembre 2001), les mots : « , pour la durée fixée par l'agrément » sont remplacés par les mots : « jusqu'au 31 décembre 2003 ». »

Sur l'amendement n° 64, le Gouvernement a présenté un sous-amendement, n° 292, ainsi rédigé :

« A la fin de l'amendement n° 64, substituer aux mots : « jusqu'au 31 décembre 2003 », les mots : « un an après la durée fixée par l'agrément et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2004 ». »

La parole est à M. Yves Bur, pour soutenir l'amendement n° 64.

**M. Yves Bur, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour les recettes et l'équilibre général.** Cet amendement concerne des réseaux créés en application de l'article 6 de l'ordonnance du 24 avril 1996, et dont l'agrément arrive à échéance le 31 décembre prochain. Il convient de leur permettre de continuer à fonctionner.

Au sein de l'ONDAM, il est prévu, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, d'identifier une partie des dépenses sous le label « dotation nationale aux réseaux ». Cette somme est déterminée par arrêté ministériel ainsi que sa répartition par région.

Aujourd'hui, les réseaux Soubie dont il est question sont financés dans l'ONDAM où sont incluses les dépenses correspondantes. Elles ne sont pas imputées au sein de la dotation réseau car cette identification n'est pas opérationnelle à ce jour.

La prolongation des réseaux Soubie reste fonction des résultats de l'évaluation à laquelle ils sont tous soumis conformément à leur agrément. Le maintien de l'imputation sur l'ONDAM n'entraînerait aucune dépense nouvelle. Cela permettrait simplement d'autoriser le fait que les dérogations tarifaires ne soient pas isolées au sein de l'ONDAM sous la rubrique « dotation aux réseaux », les frais de structure pouvant être couverts par le Fonds d'amélioration à la qualité des soins de ville. Sont concernés divers réseaux de la MSA, le réseau Oncorèse, des réseaux de soins palliatifs, le réseau Espoir en néphrologie.

Un décret qui était en préparation vient d'être publié. Il permettra, par décision conjointe des directeurs des ARH et des directeurs d'URCAM, d'autoriser le renouvellement ou la création de réseaux. Mais une telle procédure risque de ne pas être opérationnelle lorsque les expérimentations arriveront à leur terme. La concertation est en effet assez longue.

C'est la raison pour laquelle je vous propose de prolonger la durée de vie de ces réseaux jusqu'au 31 décembre 2003.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Marie Le Guen, pour soutenir l'amendement n° 260.

**M. Jean-Marie Le Guen.** Nous partageons le souci que vient d'exprimer M. Bur. Il n'est pas besoin ici de souligner l'importance, pour l'avenir de la gestion de l'offre de santé dans notre pays, de la construction des réseaux de soins. D'ailleurs, nous n'allons vraisemblablement pas assez vite en la matière. Les expériences sont encore trop peu nombreuses. On parle maîtrise des dépenses médica-

lisées, évaluation, formation. Or toutes ces questions seront beaucoup plus faciles à régler lorsqu'on pourra s'appuyer sur des réseaux de soins.

Monsieur le ministre, je voudrais vous interpeller : l'enveloppe de 150 millions prévue dans le cadre de l'ONDAM est insuffisante au yeux de tous ceux qui animent ces réseaux, et certains parlent même aujourd'hui d'un risque d'arrêt de leurs activités. Je me permets d'attirer votre attention sur le fait que cette expérimentation est tout à fait fondamentale et que ce n'est pas pour quelques millions de francs ou d'euros (« *Une paille !* » sur les bancs du groupe de l'Union pour la majorité présidentielle.) que nous devons arrêter des expériences riches d'enseignement.

M. le président. La parole est à M. le ministre, pour défendre le sous-amendement n° 292 et donner l'avis du Gouvernement sur les amendements n°s 64 et 260.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Je partage l'avis de M. Bur et de M. Le Guen. Je souhaite simplement ajouter un sous-amendement. En effet, fixer la date du 31 décembre 2003 me paraît encore trop rigide. Prolonger jusqu'au 31 décembre 2004 la durée d'activité des réseaux expérimentaux agréés permettra de disposer du temps nécessaire à l'élaboration et à la mise en place de la nouvelle réglementation prévue pour les réseaux de santé. Et je vous rassure, monsieur Le Guen : les réseaux constituent pour nous un élément essentiel et nous ferons ce qu'il faut pour qu'ils fonctionnent.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur le sous-amendement n° 292 ?

M. Yves Bur, rapporteur. La commission ne l'a pas examiné. Mais, à titre personnel, j'y suis favorable.

M. le président. Je mets aux voix le sous-amendement n° 292.

(Le sous-amendement est adopté).

M. le président. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n°s 64 et 260, modifiés par le sous-amendement n° 292.

(Ces amendements, ainsi modifiés, sont adoptés).

#### Article 20

M. le président. « Art. 20. – Avant l'article L. 162-18 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-17-8 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-17-8. – Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 162-16-4, l'entreprise qui exploite un médicament peut, lorsque ce médicament présente, par son caractère innovant ou l'importance du service médical rendu, un intérêt particulier pour la santé publique, demander à bénéficier d'une procédure d'inscription accélérée sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17.

« Un décret en Conseil d'Etat précise notamment les conditions requises pour bénéficier de cette procédure, ses modalités de mise en œuvre et la nature des engagements que doit prendre l'entreprise. »

Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article 20.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Il s'agit, là encore, d'un article important, qui concerne les molécules et les médicaments innovants. Il devrait permettre de les mettre plus rapidement à disposition.

Aujourd'hui, la procédure suivie dans notre pays est extrêmement longue, puisqu'elle peut durer près d'un an. Le mécanisme envisagé est donc le suivant : après avis de

l'agence, et donc obtention de l'autorisation de mise sur le marché, la commission de transparence donnera son avis sur l'amélioration du service médical rendu. Dès lors, le laboratoire pourra déposer un prix qu'il estimera juste, et ce prix sera applicable, sauf opposition du ministre, dans un délai de quinze jours. Cette procédure permettra de diminuer considérablement les délais de mise à disposition des molécules innovantes.

Seulement, il s'agira d'un prix provisoire. D'où mes deux questions : combien de temps ce prix provisoire sera-t-il valable, et à quelle date le prix négocié avec le comité économique sera-t-il revu ? Quelles seront les possibilités d'obtenir une diminution de prix lorsque celui-ci aura été jugé juste et raisonnable par le laboratoire et correspondra au niveau européen ?

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. L'article 20 pourrait paraître de bon sens. En effet, qui oserait contester qu'un médicament innovant rendant un service médical important puisse être mis à la disposition des malades le plus rapidement possible ? On peut pourtant s'interroger sur le fait que d'autres médicaments pourraient être admis sur le marché sans être innovants ou ne rendant pas un service médical important. Il est donc probable que tout laboratoire souhaitant commercialiser un nouveau médicament affirmera qu'il remplit bien les conditions requises. C'est là, à nos yeux, que les choses se compliquent.

Ce que l'article L. 162-17-8 appelle pudiquement une procédure d'inscription accélérée définie par un décret en Conseil d'Etat devient, si l'on en croit l'exposé des motifs, la liberté donnée au laboratoire de fixer lui-même le prix de ce médicament et cela pour une période non délimitée puisqu'il s'agit d'attendre le « résultat de la négociation conventionnelle portant sur le prix ». Autrement dit, le laboratoire fixe seul le prix et cela jusqu'à ce qu'il se soit mis d'accord avec le ministère sur le prix définitif.

C'est la revendication essentielle des laboratoires pharmaceutiques qui est ainsi satisfaite. Ils obtiennent la liberté des prix pour tous les médicaments nouveaux.

Deux arguments sont mis en avant.

Il s'agirait d'accélérer la mise à disposition des médicaments pour les malades. Mais si votre ministère manque de personnels pour mener des discussions avec les laboratoires dans des délais raisonnables, dites-le-nous ! Nous vous soutiendrons pour obtenir les postes nécessaires.

Les laboratoires considèrent, pour leur part, que la liberté des prix est la condition nécessaire pour financer une recherche de plus en plus coûteuse. Mais alors, monsieur le ministre, avez-vous le courage d'empêcher Aventis de fermer le site de Romainville en échange de cette fameuse liberté ?

Je sens bien que vous risquez de m'accuser d'*a priori* idéologique. Pourtant, je ne fais que relater des faits.

Nous aurons l'occasion, lors d'autres discussions parlementaires sans doute, de comparer les mérites respectifs du droit au travail et du droit d'entreprendre. Mais ce n'est pas le débat d'aujourd'hui. Quand nous parlons de l'industrie pharmaceutique, nous parlons d'une industrie qui, avec la protection du brevet, bénéficie d'une situation de monopole absolu.

Que signifie la liberté des prix dans une situation de monopole ? Nous parlons de produits qui ne peuvent être vendus que parce que la collectivité nationale prend en charge leur financement. N'oublions pas que les médicaments les plus coûteux sont pris en charge à 100 % par la

sécurité sociale ou payés par les budgets hospitaliers. Vous le savez bien puisque vous nous proposez un budget spécial pour aider l'hôpital à faire face à ce surcoût.

Monsieur le ministre, vous êtes médecin, comme moi, et par conséquent bien placé pour savoir qu'il n'est pas acceptable de considérer le médicament comme une banale marchandise.

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

M. Jean-Marie Le Guen. Cet article est en quelque sorte un produit d'appel, mais il risque de créer des dérives qui pourraient être lourdes de conséquences en matière de dépenses de santé, en l'occurrence sur le poste médicaments.

Sur le principe d'un dépôt de prix, voire d'une liberté des prix, nous n'avons pas forcément d'opposition systématique, à condition que le dispositif soit bien encadré. Et j'imagine, monsieur le ministre, que vous allez nous le préciser.

De quels médicaments s'agit-il? Des médicaments ASMR I et II, c'est-à-dire les médicaments reconnus comme étant les plus innovants et les plus utiles en matière de santé? Dans ce cas, il n'y a pas de problème.

En revanche, s'il s'agit de médicaments ASMR III et IV, les difficultés pour mettre en œuvre les dépôts de prix sont plus grandes. Pour tout dire, nous risquons encore une fois de baisser complètement les bras devant certaines pressions. Celles-ci sont légitimes puisqu'il doit y avoir discussion, mais la réflexion sur la fixation des prix est nécessaire puisque nous sommes tous d'accord pour considérer que le marché du médicament ne doit pas être fixé librement. Et comme le médicament n'est pas une marchandise comme une autre, il nous faut intégrer une réglementation. C'est pourquoi nous ne pouvons pas accepter une liberté de prix sur les médicaments ASMR III et IV.

Par ailleurs, il ne faut pas caricaturer le système actuel de dépôt de prix ou de mise en œuvre des prix. S'il y a eu, à une certaine époque, un peu de retard dans la mise sur le marché des médicaments les moins innovants, ce retard a été rattrapé; j'aurai l'occasion d'y revenir.

Indiscutablement, si nous avons eu le sentiment que la démarche inscrite à l'article 20 et celle figurant à l'article 27 avaient été mieux coordonnées et avaient donné lieu à un accord très clair entre l'industrie pharmaceutique et les pouvoirs publics, nous aurions pu comprendre que cette action soit la conclusion d'une modification des structures du marché du médicament.

Le 31 décembre prochain prendront fin les conventions et de nouvelles conventions devront donc être négociées, ce qu'un certain nombre d'éléments contenus dans ce projet de loi préparent.

Je le répète, nous avons besoin d'obtenir des précisions avant de pouvoir voter certaines de vos propositions.

M. le président. La parole est à M. Maxime Gremetz.

M. Maxime Gremetz. Monsieur le ministre, à l'occasion de l'examen de cet article, je souhaite appeler votre attention sur le problème de l'industrie pharmaceutique.

Vous le savez, l'industrie pharmaceutique mondiale ne cache pas son objectif de travailler en direction de trois marchés: les USA, l'Europe et le Japon, soit 80 % de la production mondiale pour 20 % de la population. Il faudrait parler des maladies tropicales qui demeurent sans traitement. On parle, à juste titre, du drame du sida en Afrique. Mais il y a aussi la tuberculose, la maladie du sommeil, le paludisme. En Afrique, la rougeole est une

maladie mortelle. Or, face à ces immenses besoins sanitaires complètement délaissés, quelle est l'attitude des grands laboratoires mondiaux?

Le progrès des techniques leur permet de prévoir, dès la phase de la recherche, le bénéfice qu'ils peuvent escompter du développement d'une molécule. La règle est simple: on arrête une recherche sur un médicament si l'on estime que le chiffre d'affaires escompté sera inférieur à un milliard de dollars.

Tout aussi grave pour les malades que pour les salariés, on constate ces dernières années un désengagement des laboratoires, qui baissent leurs investissements en matière de recherche en France pour les développer aux Etats-Unis.

M. Jean-Michel Dubernard, *président de la commission*. Et pour cause!

M. Maxime Gremetz. C'est le cas tout particulièrement, vous l'avez compris, d'Aventis.

L'an dernier, Muguette Jacquaint avait mis en garde l'Assemblée contre les menaces qui pesaient déjà sur le premier centre de recherche pharmaceutique français, le site de Romainville.

Aujourd'hui, ce n'est plus une menace, c'est une réalité. Aventis annonce la fermeture du centre de Romainville et un ensemble de mesures qui, à terme, menacent tout le potentiel de recherche d'Aventis en France.

Je n'essaierai pas de vous convaincre qu'il faudra bien, un jour, s'interroger sur la maîtrise sociale et publique d'une industrie aussi essentielle que l'industrie pharmaceutique.

Mais, dans la situation actuelle, je vous demande avec gravité, monsieur le ministre, si vous êtes prêt, avec vos collègues du Gouvernement, à assumer la responsabilité politique de la disparition de l'essentiel de la recherche pharmaceutique nationale. Je ne le pense pas. Faut-il rappeler que c'est à Romainville qu'a été mise au point la pilule RU 486 et que vient de sortir le Ketec, un antibiotique de nouvelle génération permettant d'éviter le développement de bactéries résistantes?

Est-ce parce que, après de nombreux abandons ces dernières années, il restait à Aventis un secteur important spécialisé dans les anti-infectieux, que la direction décide de fermer le site de Romainville - ces fameuses maladies infectieuses dont j'ai déjà montré qu'elles sont considérées comme non rentables?

Je vous demande donc, monsieur le ministre, au nom de mon groupe, ce que vous comptez faire pour maintenir à Romainville et à Vitry un fort potentiel de recherche pharmaceutique.

M. le président. M. Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a présenté un amendement, n° 66, ainsi libellé:

« Rédiger ainsi les deux alinéas de l'article 20:

« Avant l'article L. 162-18 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-17-7 ainsi rédigé:

« Art. L. 162-17-7. - L'entreprise qui exploite un médicament peut, lorsque ce médicament présente, par son amélioration du service médical rendu, un intérêt particulier pour la santé publique, demander à bénéficier d'une procédure d'inscription accélérée sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean Bardet, *rapporteur*. Monsieur le président, actuellement la mise à la disposition des patients de médicaments présentant une amélioration du service médical rendu est souvent retardée pour des raisons de délais administratifs.

L'article 20 tend à remédier à ce problème en créant une procédure accélérée. L'amendement n° 66, adopté par la commission, propose de récrire les deux premiers alinéas de l'article 20. En effet, la procédure proposée ne constitue pas une dérogation aux critères de détermination des prix fixés à l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale, mais une modalité particulière des procédures et des délais de détermination de ce prix. En outre, la mention « amélioration du service rendu » apporte une clarification par rapport à la combinaison délicate des critères antérieurement mentionnés : caractère innovant ou importance du service médical rendu.

Enfin, l'amendement corrige une erreur de numérotation.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 66. (*L'amendement est adopté.*)

M. le président. En conséquence, l'amendement n° 129 de Mme Fraysse est satisfait.

M. Bardet, *rapporteur* pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a présenté un amendement, n° 278, ainsi libellé :

« Rédiger ainsi le dernier alinéa de l'article 20 :

« Un accord conclu en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4 ou à défaut un décret en Conseil d'Etat précise notamment les médicaments auxquels cette procédure est applicable, les modalités de mise en œuvre et la nature des engagements que doit prendre l'entreprise. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean Bardet, *rapporteur*. S'agissant de la procédure accélérée d'inscription sur la liste des spécialités remboursables, l'amendement précise que les modalités de mise en œuvre et les contreparties demandées aux entreprises concernées sont définies par l'accord-cadre sectoriel conclu entre l'Etat et les organisations représentatives des industries pharmaceutiques. Ce n'est qu'en cas d'échec de ces négociations qu'un décret fixera le prix des médicaments.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Avis favorable, naturellement.

Je souhaite en profiter pour apporter quelques réponses aux questions qui ont été posées par Mme Fraysse et M. Le Guen notamment.

Nous avons voté, il y a un instant, un amendement tendant à légaliser l'accord-cadre. Et c'est cet accord-cadre qui nous fournira un certain nombre de détails que nous n'avons pas encore, naturellement. Bien évidemment, le Gouvernement dira si, oui ou non, cela lui convient. Je peux vous dire que nous ne pouvons pas d'ores et déjà préjuger les réponses. Je vous le répète, nous sommes en cours de négociation sur cet accord sectoriel.

Vous m'avez posé la question des prix. J'y suis très attentif. On ne se lance pas dans une politique du médicament en tentant de retirer du marché des médicaments inutiles, en essayant d'en faire entrer d'autres dans le cadre de l'automédication et en discutant du service médical rendu, insuffisant ou non, sans avoir regardé les

choses. D'autant que j'ai rencontré mes homologues au Conseil santé, à Luxembourg, et nous avons été amenés à discuter d'un des sujets majeurs qui nous préoccupent : l'Agence européenne du médicament, située à Londres. Nous sommes, y compris au regard des prix, dans un système qui tend à se diriger vers l'eurocompatibilité des prix des médicaments, pour éviter que des médicaments ne soient massivement achetés dans des pays où ils seraient moins chers, pour être revendus dans d'autres pays européens où ils seraient plus chers. Je ne peux pas vous en dire davantage pour le moment, sinon qu'il s'agit d'une démarche commune.

Monsieur Gremetz, j'ai beaucoup aimé ce que vous avez dit sur le refus de l'égoïsme, le refus de l'utilisation des médicaments, notamment innovants, mais même les autres, par trois régions privilégiées de notre planète. Si nous avions le temps, je vous parlerais du Fonds mondial, consacré notamment au sida, à la tuberculose, au paludisme. Je vous rappellerais l'accord de Doha et toute une série de démarches qui, je le crois en tout cas, sont à l'honneur de la France. Car la France a défendu en l'occurrence les droits de l'homme, et en particulier le droit pour tout malade quel qu'il soit d'accéder à des médicaments, qui d'ailleurs sont trop souvent expérimentés sur des populations qui ensuite ne peuvent même pas en bénéficier. Je crois donc que nous sommes d'accord sur ce point.

Je déplore, comme vous, le départ d'Aventis. Mais, dans cette affaire, vous êtes l'arroseur arrosé ! Parce que les délocalisations sont bien dues à l'excès de charges, à un coût excessif du travail et à des lois contraignantes ! Nous n'avons cessé de vous le dire !

Qu'on accepte ou non le monde tel qu'il est aujourd'hui – je conçois qu'on a toujours le droit de se rebeller –, les frontières sont tombées, et les entreprises vont s'installer là où elles sont les mieux accueillies et où elles trouvent les meilleures conditions de travail.

Je ne vous dis pas qu'il faut céder à toutes les dérives du marché.

Mme Jacqueline Fraysse. C'est pourtant cela !

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Mais vous ne pouvez pas maintenir de force les entreprises en France. Vous avez bien vu la multiplication des délocalisations au cours des dernières années. Quoi d'étonnant quand les seules 35 heures renchérisaient de 11 % le coût du travail. (*Protestations sur les bancs du groupe socialiste*)... ce que je suis obligé de vous rappeler dans le cadre d'un débat sur le financement de la sécurité sociale.

M. Jean-Marie Le Guen. Ce n'est pas sérieux !

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Si c'est sérieux ! Aventis, comme les autres industries pharmaceutiques, est une entreprise de main-d'œuvre,...

M. Jean-Marie Le Guen. Aventis une entreprise de main-d'œuvre ! N'importe quoi !

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. ... soumise à des contraintes. Ce type d'entreprises va naturellement s'installer là où les contraintes sont moindres.

Nous essayons de lutter contre ce fait en aidant nos entreprises à innover : c'est tout le volet consacré à l'aide à l'innovation. Vous l'avez mentionné, madame Fraysse : une somme de 200 millions d'euros doit permettre de faciliter l'acquisition de médicaments innovants par nos hôpitaux, pour que les malades en bénéficient davantage.



La rapidité de dépôt de prix, qui raccourcit le délai de mise à disposition, c'est aussi pour que les malades puissent bénéficier plus vite de ces médicaments.

Ne vous inquiétez pas, nous sommes suffisamment vigilants pour faire en sorte que l'industrie pharmaceutique, qui n'est évidemment pas une activité bénévole, puisse exercer son métier et financer sa recherche. Mais nous sommes là pour permettre l'accès du plus grand nombre aux médicaments les meilleurs. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la majorité présidentielle et du groupe Union pour la démocratie française.*)

**M. le président.** La parole est à M. Maxime Gremetz.

**M. Maxime Gremetz.** Monsieur le ministre, vous me décevez beaucoup.

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Il fallait bien que cela arrive ! (*Souffrir.*)

**M. Bruno Gilles.** C'est plutôt bon signe !

**M. Maxime Gremetz.** A cette heure-là, on se laisse un peu aller, après s'être bien tenu toute la soirée. Moi, c'est maintenant que je me sens le mieux.

Monsieur le ministre, connaissez-vous le niveau des rémunérations des salariés de chez Aventis ?

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Je suppose que les salaires varient selon la fonction !

**M. Maxime Gremetz.** Certes, et cette entreprise emploie beaucoup de main-d'œuvre, mais, croyez-moi, en moyenne, les salaires ne sont pas élevés. Or Aventis a bénéficié d'aides et de fonds publics. Comment pouvez-vous justifier ses délocalisations ?

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Les déplorer !

**M. Maxime Gremetz.** Les déplorer, peut-être, mais les justifier en même temps !

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Non, les expliquer !

**M. Maxime Gremetz.** Non, vous ne pouvez pas m'expliquer, à moi qui suis d'Amiens, qu'une entreprise, Whirlpool en l'occurrence, grand groupe américain de surcroît, dont les salariés sont payés au SMIC,...

**M. Claude Evin.** Cela n'a plus rien à voir avec le médicament !

**M. Maxime Gremetz.** ... délocalise une chaîne de lavage à Poprad en Slovaquie, alors qu'elle a bénéficié de 320 millions d'euros de fonds publics ! Ses dirigeants eux-mêmes admettent qu'il n'y a pas de réel problème de profits. Simplement, la rentabilité est de 12 %, alors que les actionnaires ont estimé qu'elle pouvait être portée à 16 % en s'installant à Poprad, où les salaires sont payés avec des lance-pierres. Si votre théorie est de justifier une telle attitude, cela signifie que tout est permis.

**M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Mais non !

**M. Maxime Gremetz.** Vous avez sans doute lu comme moi dans la presse que plusieurs plans de licenciement prétendument économiques étaient envisagés. En fait, il s'agit de licenciements boursiers liés à la recherche de profits plus élevés.

Cet après-midi une ministre a parlé du textile. Or l'essentiel des plans de licenciements collectifs prétendument économiques, concernent la métallurgie. Pas de chance ! En effet, 57 000 salariés sont menacés dans les mois qui viennent dans la métallurgie, et non dans le textile.

Monsieur le ministre, vos propos sont donc très décevants. Avec votre conception, il n'y aura bientôt plus de charges, et les salaires vont encore baisser ce qui réduira d'autant les rentrées pour la sécurité sociale. Ensuite, vous aurez beau jeu de souligner que les moyens sont insuffisants pour financer telle ou telle prestation. Pourtant, il faut bien que les gens vivent et disposent d'un minimum de pouvoir d'achat pour pouvoir consommer, conforter la croissance qui en a bien besoin, et augmenter les débouchés.

Certes, monsieur le ministre, il s'agit d'un débat plus général, mais c'est vous qui m'avez conduit à m'y engager à cette heure tardive.

Cela étant Aventis a un potentiel intéressant et ce n'est pas d'aujourd'hui que ce groupe essaie de partir, vous le savez bien.

**M. le président.** Il faut conclure, monsieur Gremetz.

**M. Maxime Gremetz.** Les salariés ne sont en rien responsables de cette volonté. Elle n'est alimentée que par la loi du profit. Nous devons tout faire pour conserver un potentiel pharmaceutique à Romainville et à Vitry, sinon nous n'aurons plus rien du point de vue du potentiel économique et technologique.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

**M. Jean-Marie Le Guen.** Monsieur le ministre, vous ne m'avez pas répondu sur les différents niveaux de l'ASMR. Si j'ai bien compris, cette question est traitée dans la discussion conventionnelle, ce qui signifie que tout est possible. Je ne vois pas comment on pourrait accepter la liberté des prix pour les médicaments, surtout que les textes qui nous sont proposés n'indiquent pas clairement comment interviendrait *a posteriori* le comité du médicament. Je me demande même d'ailleurs quelle serait *in fine* son utilité.

Nous craignons donc une forte dérive que la presse a déjà envisagée en parlant d'une augmentation de plusieurs dizaines de millions d'euros des dépenses en médicaments. Cela ne serait pas raisonnable au regard des contraintes que nous subissons.

Je veux ensuite intervenir sur le problème de la recherche pour laquelle il est aussi beaucoup question de délocalisation, sujet dont a déjà traité M. Gremetz.

Chercheur vous-même, vous savez combien notre pays a besoin d'une recherche pharmaceutique performante. En la matière, le problème dépasse la question des 35 heures ou celle du coût des charges, car il se situe à l'échelon planétaire. En effet, les délocalisations ne se font pas vers des pays où les salaires sont moindres, mais vers des pays, en l'occurrence les Etats-Unis, où leurs niveaux sont au moins aussi élevés que chez nous. Il s'agit en fait de décisions stratégiques des entreprises, liées à des questions d'environnement économique et politique sur lesquelles nous devons réfléchir.

Si vos propos étaient entendus au-delà de cette assemblée comme signifiant que le problème de la recherche en France est lié au coût du travail, nous n'aurions plus qu'à baisser les bras. Or je ne pense pas que telle soit la volonté des uns ou des autres. Nous devons avoir une toute autre ambition pour la recherche.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 278.

(*L'amendement est adopté.*)

**M. le président.** En conséquence, l'amendement n° 192 de M. Jean-Luc Prél n'a plus d'objet.

Je mets aux voix l'article 20, modifié par les amendements adoptés.

*(L'article 20, ainsi modifié, est adopté.)*

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

2

#### DÉPÔT D'UNE PROPOSITION DE RÉSOLUTION

M. le président. J'ai reçu, le 29 octobre 2002, de M. Noël Mamère, une proposition de résolution tendant à la création d'une commission d'enquête relative à l'origine des fonds du groupe algérien Khalifa et sur leur utilisation en France.

Cette proposition de résolution, n° 334, est renvoyée à la commission des finances, de l'économie générale et du Plan, en application de l'article 83 du règlement.

3

#### DÉPÔT D'UN RAPPORT D'INFORMATION

M. le président. J'ai reçu, le 29 octobre 2002, de M. Christian Ménard un rapport d'information, n° 335, déposé en application de l'article 145 du règlement par la commission de la défense nationale et des forces armées sur le service de santé des armées.

4

#### ORDRE DU JOUR DES PROCHAINES SÉANCES

M. le président. Aujourd'hui, mercredi 30 octobre, à quinze heures, première séance publique :

Questions au Gouvernement ;

Suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 (n° 250) :

MM. Yves Bur, Jean Bardet, Mme Marie-Françoise Clergeau et M. Denis Jacquat, rapporteurs au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales (tomes I à V du rapport n° 330),

M. François Goulard, rapporteur pour avis au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan (avis n° 327).

A vingt et une heures, deuxième séance publique :  
Suite de l'ordre du jour de la première séance.

La séance est levée.

*(La séance est levée, le mercredi 30 octobre, à une heure.)*

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

JEAN PINCHOT

#### MODIFICATIONS À LA COMPOSITION DES GROUPES

*(Journal officiel, Lois et Décrets, du 30 octobre 2002)*

##### GRUPE SOCIALISTE

APPARENTÉS AUX TERMES DE L'ARTICLE 19 DU RÈGLEMENT  
(5 au lieu de 3)

Ajouter les noms de MM. Joël Giraud et Roger-Gérard Schwartzberg.

LISTE DES DÉPUTÉS N'APPARTENANT À AUCUN GROUPE  
(16 au lieu de 18)

Supprimer les noms de MM. Joël Giraud et Roger-Gérard Schwartzberg.

#### TEXTES SOUMIS EN APPLICATION DE L'ARTICLE 88-4 DE LA CONSTITUTION

##### *Transmission*

M. le Premier ministre a transmis, en application de l'article 88-4 de la Constitution, à M. le président de l'Assemblée nationale le texte suivant :

Communication du 28 octobre 2002

N° E 2125. – Proposition de directive du Parlement européen et du Conseil concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives relatives à l'application des principes de bonnes pratiques de laboratoire et au contrôle de leur application pour les essais sur les substances chimiques (COM [2002] 530 final).

# ABONNEMENTS

(TARIFS 2002)

ÉDITIONS		TARIF abonnement France et outre-mer	FRANCE participation forfaitaire aux frais d'expédition *	ÉTRANGER participation forfaitaire aux frais d'expédition *
Codes	Titres			
		Euros	Euros	Euros
	<b>DÉBATS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE :</b>			
<b>03</b>	Compte rendu..... 1 an	<b>20,30</b>	<b>47,60</b>	<b>107,30</b>
<b>33</b>	Questions..... 1 an	<b>20,20</b>	<b>33,40</b>	<b>59,50</b>
<b>83</b>	Table compte rendu.....	<b>9,80</b>	<b>5,30</b>	<b>13,60</b>
<b>93</b>	Table questions.....	<b>9,70</b>	<b>3,30</b>	<b>8,90</b>
	<b>DÉBATS DU SÉNAT :</b>			
<b>05</b>	Compte rendu..... 1 an	<b>18,60</b>	<b>39,60</b>	<b>87,80</b>
<b>35</b>	Questions..... 1 an	<b>18,40</b>	<b>24,50</b>	<b>49,40</b>
<b>85</b>	Table compte rendu.....	<b>9,80</b>	<b>4,40</b>	<b>6,70</b>
<b>95</b>	Table questions.....	<b>6,20</b>	<b>3,20</b>	<b>4,70</b>
	<b>DOCUMENTS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE :</b>			
<b>07</b>	Série ordinaire..... 1 an	<b>204,00</b>	<b>172,10</b>	<b>366,80</b>
<b>27</b>	Série budgétaire..... 1 an	<b>48,10</b>	<b>4,90</b>	<b>10,40</b>
	<b>DOCUMENTS DU SÉNAT :</b>			
<b>09</b>	Un an.....	<b>195,70</b>	<b>151,10</b>	<b>307,30</b>
<p><b>Les DÉBATS de l'ASSEMBLÉE NATIONALE</b> font l'objet de deux éditions distinctes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>03</b> : compte rendu intégral des séances ;</li> <li>- <b>33</b> : questions écrites et réponses des ministres.</li> </ul> <p><b>Les DÉBATS du SÉNAT</b> font l'objet de deux éditions distinctes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>05</b> : compte rendu intégral des séances ;</li> <li>- <b>35</b> : questions écrites et réponses des ministres.</li> </ul> <p><b>Les DOCUMENTS de l'ASSEMBLÉE NATIONALE</b> font l'objet de deux éditions distinctes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>07</b> : projets et propositions de loi, rapports et avis des commissions ;</li> <li>- <b>27</b> : projets de lois de finances.</li> </ul> <p><b>Les DOCUMENTS du SÉNAT</b> comprennent les projets et propositions de loi, rapports et avis des commissions.</p>				
<b>En cas de changement d'adresse, joindre une bande d'envoi à votre demande</b>				
Tout paiement à la commande facilitera son exécution				
Pour expédition par voie aérienne (outre-mer et l'étranger), paiement d'un supplément modulé selon la zone de destination (* ) Décret n° 2001-955 du 19 octobre 2001				
DIRECTION, RÉDACTION ET ADMINISTRATION : 26, rue Desaix, 75727 PARIS CEDEX 15 STANDARD : 01-40-58-75-00 — RENSEIGNEMENTS DOCUMENTAIRES : 01-40-58-79-79 — TÉLÉCOPIE : 01-45-79-17-84				

Prix du numéro : **0,69** b