

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2003-2004

7^e séance

Compte rendu intégral

3^e séance du vendredi 2 juillet 2004

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



SOMMAIRE

PRÉSIDENCE DE M. JEAN-LOUIS DEBRÉ

1. **Assurance maladie.** – Suite de la discussion, après déclaration d'urgence, d'un projet de loi (p. 5963).

DISCUSSION DES ARTICLES (*suite*) (p. 5963)

Article 3 (p. 5963)

Mmes Martine Billard, Jacqueline Fraysse, MM. Maxime Gremetz, Jean-Marie Le Guen.

Amendements de suppression n°s 688 à 699 : Mme Jacqueline Fraysse, MM. Maxime Gremetz, Jean-Michel Dubernard, rapporteur de la commission spéciale ; Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale ; Mme Catherine Génisson, M. Jean-Marie Le Guen. – Rejet par scrutin.

Amendements identiques n°s 2284 à 2295 : Mme Jacqueline Fraysse, M. Maxime Gremetz. – Rejet.

Amendements identiques n°s 2296 à 2307 : Mme Jacqueline Fraysse, MM. Maxime Gremetz, Yves Bur, président de la commission spéciale ; Mme Catherine Génisson, M. Jean-Marie Le Guen. – Rejet.

Amendements identiques n°s 2308 à 2319 : Mme Jacqueline Fraysse, M. Maxime Gremetz. – Rejet.

Amendements identiques n°s 2320 à 2331 : Mme Jacqueline Fraysse, MM. Maxime Gremetz, le rapporteur, le ministre, Mme Martine Billard, M. Jean-Marie Le Guen. – Rejet.

Amendement n° 35 de la commission spéciale : MM. le rapporteur, le ministre, Mme Martine Billard. – Adoption.

Suspension et reprise de la séance (p. 5971)

Amendement n° 7761 de M. Le Guen : MM. Jean-Marie Le Guen, le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Amendements identiques n°s 2332 à 2343 : Mme Jacqueline Fraysse, MM. le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Amendement n° 8381 de M. Le Guen : M. Jean-Marie Le Guen. – Rejet.

Amendements identiques n°s 2344 à 2355 : Mme Jacqueline Fraysse, M. Maxime Gremetz. – Rejet.

Amendements identiques n°s 2356 à 2367 : Mme Jacqueline Fraysse, M. Maxime Gremetz. – Rejet.

Amendements identiques n°s 2368 à 2379 : Mme Jacqueline Fraysse, MM. Maxime Gremetz, le rapporteur. – Rejet.

Amendements identiques n°s 2380 à 2391 du groupe des députés-e-s communistes et républicains, et amendement n° 36 de la commission : Mme Jacqueline Fraysse, MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption de l'amendement n° 36 ; les amendements n°s 2380 à 2391 tombent.

Amendements identiques n°s 2392 à 2403 : Mme Jacqueline Fraysse. – Rejet.

M. Maxime Gremetz.

Suspension et reprise de la séance (p. 5974)

Amendement n° 7759 de M. Le Guen : MM. Jean-Marie Le Guen, le rapporteur ; Xavier Bertrand, secrétaire d'État à l'assurance maladie. – Rejet.

Amendement n° 7662 de Mme Billard : Mme Martine Billard, MM. le rapporteur, le ministre, Mme Catherine Génisson. – Rejet.

Amendements identiques n°s 2404 à 2415 : Mme Jacqueline Fraysse, MM. Maxime Gremetz, le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Amendements identiques n°s 700 à 711 : MM. Maxime Gremetz, le rapporteur, le ministre. – Rejet par scrutin.

Amendement n° 8374 de M. Le Guen : MM. Jean-Marie Le Guen, le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Amendement n° 7663 de Mme Billard : Mme Martine Billard, MM. le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Amendements identiques n°s 712 à 723 : Mme Jacqueline Fraysse, M. Maxime Gremetz. – Rejet.

Amendements identiques n°s 2428 à 2439 : Mme Jacqueline Fraysse, MM. Maxime Gremetz. – Rejet.

Amendement n° 7760 de M. Le Guen : M. Jean-Marie Le Guen. – Rejet.

Amendements identiques n°s 2440 à 2451 : Mme Jacqueline Fraysse. – Rejet.

Amendements identiques n°s 2452 à 2463 : M. Maxime Gremetz. – Rejet.

Amendement n° 7664 de Mme Billard. – Rejet.

Amendements identiques n°s 37 de la commission spéciale, 7831 de M. Evin et 7973 de M. Le Guen : M. le ministre. – Adoption.

Amendement n° 7665 de Mme Billard : Mme Martine Billard, MM. le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Amendement n° 7667 de Mme Billard : Mme Martine Billard, MM. le rapporteur. – Rejet.

Adoption de l'article 3 modifié.

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

2. **Ordre du jour des prochaines séances** (p. 5979).

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENCE DE M. JEAN-LOUIS DEBRÉ

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

1

ASSURANCE MALADIE

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

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion, après déclaration d'urgence, du projet de loi relatif à l'assurance maladie (n° 1675, 1703).

Discussion des articles (suite)

M. le président. Cet après-midi, l'Assemblée a poursuivi l'examen des articles et s'est arrêtée à l'article 3.

Article 3

M. le président. Plusieurs orateurs sont inscrits sur cet article.

La parole est à Mme Martine Billard.

Mme Martine Billard. Monsieur le président, monsieur le ministre de la santé et de la protection sociale, monsieur le secrétaire d'État à l'assurance maladie, mes chers collègues, nous ne pouvons pas faire grand-chose contre l'augmentation du coût des affections de longue durée, qui s'explique par la généralisation de la prise en charge décidée il y a quelques années. A la lecture de la liste des trente ALD répertoriées et du rapport de la CNAM qui énumère celles qui coûtent le plus cher, on est bien forcé de conclure qu'il paraît difficile de remettre ces dépenses en cause. Aucune de ces maladies n'a usurpé sa place dans la liste et certaines ne doivent pas peser lourd : je ne pense pas que, de nos jours, en France, il y ait beaucoup de gens qui soient admis en ALD pour la lèpre...

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur de la commission spéciale. En Guyane !

Mme Martine Billard. ... ou pour la bilharziose. Les maladies les plus fréquentes sont les cancers, le diabète et les maladies cardiovasculaires, et l'on voit mal, en l'occurrence, ce que l'on pourrait limiter.

Toutefois, les travaux de la mission d'information que vous présidez, monsieur le président, et ceux de la commission spéciale ont été l'occasion d'attirer l'attention

sur certaines pathologies prises en charge au titre d'une ALD, bien qu'elles ne figurent pas sur la liste : ainsi, une personne qui est prise en charge à 100 % pour une maladie cardiovasculaire peut voir une banale angine ou une entorse à la cheville remboursée au même taux si son médecin ne fait pas la distinction. Le système de l'ordonnancier « bizona » n'étant pas effectif, on était en droit d'attendre que le Gouvernement propose des mesures pour remédier à cette anomalie, mais il n'y a rien dans la loi à ce propos, et je m'en étonne. Je veux bien croire que ce ne soit pas si simple, mais pourraient-on connaître les raisons de ce silence ?

Le plus surprenant dans cet article – qui est le prolongement de la loi de financement de la sécurité sociale votée à l'automne dernier –, c'est qu'il offre la possibilité de limiter la prise en charge. Même si cela n'a aujourd'hui aucune conséquence, pourquoi avoir introduit cette notion ? Avait-on une arrière-pensée ? Souhaite-t-on moduler selon le type de maladie ou selon la durée déclarée en ALD ? Je suppose que chaque mot a été pesé, car chacun sait que notre président n'aime pas les lois bavardes.

M. le président. J'ai horreur de ça ! (*Sourires.*)

Mme Martine Billard. Mais, si cette loi n'est pas bavarde, pourquoi dit-elle cela ? Peut-être ai-je l'esprit mal tourné, mais je ne peux m'empêcher de penser que des mots aussi précis que « limitation » ou « suppression » n'ont pas été inscrits à la légère, que certains avaient une idée derrière la tête et que, tôt ou tard, cette mesure sera utilisée d'une façon ou d'une autre. J'aimerais donc avoir des explications sur ce principe de la limitation, qui repaîtrait à quatre reprises dans l'article 3.

Enfin, je voudrais parler du protocole de soins. J'ai déposé un amendement à ce sujet. L'idée de ce protocole ne me choque pas : ce que je n'arrive pas à comprendre, c'est que, au moment où l'on prévoit d'informatiser le dossier médical, on continue à parler de protocoles papier. On peut concevoir que, à un moment donné, le protocole soit acté et signé, mais pourquoi faudrait-il ensuite que le patient le présente chaque fois ? Cela me rappelle les débuts de l'informatisation, où, par sécurité, on imprimait tout sur papier, au cas où l'ordinateur tomberait en panne. N'y a-t-il pas là une contradiction avec la volonté de modernisation ? N'est-ce pas un réflexe suranné ? Si c'est une question de délai, il suffit de renvoyer à un décret précisant que, lorsque le dossier médical sera en place, il se substituera au protocole papier. Il serait dommage de devoir un jour modifier la loi pour cette seule raison.

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

Mme Jacqueline Fraysse. L'article 3, qui a pour but de restreindre le dispositif des affections de longue durée, est dicté par le seul souci de réaliser des économies budgétaires.

On a certes affirmé qu'il ne constituait en rien un dispositif de limitation comptable, mais qu'il s'inscrivait dans une démarche de justification médicale des dépenses

prises en charge au titre des affections de longue durée, ce qui sous-entend que des prestations qui ne sont pas directement liées à l'ALD – l'exposé des motifs cite notamment les frais de transport ou les médicaments – seraient prises en charge à 100 %.

Permettez-moi de trouver ces arguments pour le moins douteux, surtout après la lecture du dernier rapport sur l'exécution de l'ONDAM, publié par la Caisse nationale d'assurance maladie. Le rapport analyse les tendances de fond qui expliquent clairement l'évolution des dépenses de santé liées à la prise en charge des ALD.

La première tendance signalée par le rapport est le vieillissement de la population : 45 % des admissions à l'ALD concernent des personnes de plus de soixante-cinq ans. La prise en charge à 100 % des frais de transport de ces personnes ne paraît pas abusive, si l'on se place, bien entendu, dans une optique de solidarité.

La deuxième raison est la nature même des affections de longue durée. Quatre affections se partagent 84,10 % des entrées dans le dispositif ALD : les affections cardiovasculaires, les tumeurs malignes, les troubles mentaux et le diabète.

Nous savons qu'une angine, une grippe mal soignée, peut avoir des conséquences médicales graves sur l'état des patients atteints de ces ALD. L'être humain est un tout, il n'est pas compartimenté. C'est pourquoi nombre de médecins considèrent à juste titre que les soins liés à la grippe ou à l'angine doivent être pris en charge dans le cadre de l'ALD. Or vous vous voulez remettre en cause cette conception de la médecine.

Enfin, la troisième raison de l'évolution des dépenses liées à l'ALD, toujours selon le même rapport, est le progrès des sciences et des techniques. Les innovations thérapeutiques qui ralentissent l'évolution des maladies et améliorent le confort de vie des patients concernent presque exclusivement les pathologies graves. Il s'agit, par exemple, des traitements proposés aujourd'hui pour la maladie d'Alzheimer, les infections au VIH ou la sclérose en plaques. Ces innovations coûtent cher mais elles sont efficaces d'un point de vue médical.

Les trois causes identifiées par la Caisse nationale d'assurance maladie de l'évolution des dépenses liées aux ALD sont on ne peut plus médicales. Pourquoi, dès lors, réduire des dépenses qui répondent à des besoins vitaux ?

L'augmentation du nombre d'ALD correspond tout simplement à l'évolution de notre société : on diagnostique plus tôt, on vit plus longtemps et la science progresse. Telles sont les vraies raisons de l'augmentation des ALD. En quoi leur augmentation serait-elle invraisemblable et abusive ? Nous ne pensons pas que ce soit le cas et c'est la raison pour laquelle nous vous proposerons de supprimer cet article qui, sous couvert de médicaliser les ALD, vise en réalité à réduire le périmètre des prises en charge et à porter atteinte à des droits et à des aides dont beaucoup de citoyens ont besoin.

M. Maxime Gremetz. Très bien !

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

M. Maxime Gremetz. J'avais envoyé Mme Fraysse à l'avant-garde. (*Exclamations sur divers bancs.*)

M. le président. On n'envoie pas Mme Fraysse !

M. Pierre-Louis Fagniez. On n'envoie pas une dame comme un paquet !

Mme Martine Billard. C'est macho !

M. Maxime Gremetz. Je suis agressé, monsieur le président.

Mme Martine Billard. Par les femmes !

M. le président. Monsieur Gremetz, vous n'êtes pas agressé par les femmes, vous avez agressé les femmes.

Mme Élisabeth Guigou. Très bien, monsieur le président.

M. Xavier Bertrand, secrétaire d'État à l'assurance maladie. Vous avez été maladroit, monsieur Gremetz.

M. Maxime Gremetz. Mais nous sommes solidaires, Mme Fraysse et moi.

Mme Élisabeth Guigou. Vous êtes solidaires sur le fond, pas sur la forme !

M. le président. Monsieur Gremetz.

M. Maxime Gremetz. Tout au long de la discussion générale, même si vous vous en défendiez, monsieur le ministre, nous avons montré que votre projet de réforme ne faisait que remettre au goût du jour de vieilles recettes. Malheureusement, elles ne marchent jamais, et on s'enfonce. Il faut faire preuve d'un peu d'imagination, tirer les enseignements des expériences passées et essayer de trouver quelque chose qui n'a encore jamais été tenté.

De ce point de vue, l'article 3 est très intéressant. Les ALD sont, depuis des décennies, la cible de toutes les attaques. Comme l'a rappelé notre président de commission dans son rapport, des dispositions ont déjà été prises pour limiter le coût des ALD ou, pour employer un terme plus neutre et plus supportable, médicaliser les ALD.

Ce fut d'abord le dispositif de l'ordonnancier bizone, qui visait à mieux cibler ce qui relève de l'affection exonerante proprement dite. Puis, plus proche de nous, l'arrêté du 7 mars 2002 créa le protocole inter-régime d'examen spécial, le PIRE. Enfin, plus récemment encore, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, dans son article 38, visait à renforcer la maîtrise des dépenses en redéfinissant les critères d'exonération du ticket modérateur des personnes atteintes d'une ALD et le périmètre de soins nécessaires au traitement.

Or que constate-t-on aujourd'hui ? Vous vous alarmez toujours de l'accroissement des dépenses d'ALD. Pourquoi ? Parce que notre système est responsable et ne sacrifie ni les soins ni les malades sur l'autel de l'austérité financière ! Chercher en permanence à réduire le périmètre des ALD est une incohérence : c'est chercher à réduire le coût pour l'assurance maladie que représentent les malades les plus lourds pour les maladies les plus graves ou chroniques.

Aujourd'hui, comme le rappelle le rapport du Haut Conseil pour la réforme de l'assurance maladie, « le régime des ALD concerne plus de 12 % des personnes assurées et mobilise 48 % des dépenses de soins ». La Cour des comptes note que les remboursements effectués aux patients en ALD ont contribué à hauteur de 62 % à l'augmentation des dépenses de soins de ville.

A travers la question des ALD, c'est celle de l'avenir de l'assurance maladie et de notre système de santé qui est posée. Allons-nous persister à chercher à réduire les dépenses et renforcer les contrôles, et nous étonner chaque année que c'est un échec, ou bien allons-nous augmenter la part des richesses consacrées à la santé en réformant le financement de la sécurité sociale ? Voilà l'enjeu.

Cet article 3 est voué à l'échec car il renforce l'encadrement de la prise en charge des affections de longue durée. J'ajoute que, ce faisant, il joue dangereusement avec la santé des malades car il remet en cause l'égal accès de tous aux soins.

Votre politique est une politique à courte vue et, encore une fois, marquée du sceau de l'échec. D'ailleurs, toutes les organisations, y compris la CNAM, pensent que votre réforme n'en est pas une et qu'elle ne résoudra rien, bien au contraire. Même une note du ministère de l'économie, que vous nous évertuez, mais c'est difficile, à décrédibiliser, le montre.

Et c'est ainsi que vous préparez le terrain à la privatisation du système, une privatisation rampante.

M. le président. Monsieur Gremetz, pouvez-vous conclure, s'il vous plaît ?

M. Maxime Gremetz. Je termine, monsieur le président.

En effet, étant donné l'amélioration de l'état sanitaire et le vieillissement de la population, le nombre de personnes en ALD ne fera que croître. On dénombre déjà 300 000 personnes par an qui entrent en ALD. Pensez-vous que ce soit en multipliant les contrôles et les protocoles que vous réussirez à comprimer les dépenses ?

M. le président. Merci, monsieur Gremetz.

M. Maxime Gremetz. Nous ne nions pas qu'il puisse exister des abus, mais ceux-ci représentent quelle part dans les dépenses que nous venons de citer ? Cet argument ressemble davantage à un alibi pour réduire le périmètre des ALD et vous éviter de faire d'autres choix qui vous incommodent, c'est-à-dire trouver les financements, mais nous en reparlerons.

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

M. Jean-Marie Le Guen. Cet article sur les ALD aurait dû être l'objet principal de nos discussions puisque, comme l'a rappelé M. Gremetz, les ALD représentent plus de 50 milliards d'euros et plus de 60 % de la progression des dépenses, alors que la prise en charge diminue. En effet, c'est là que nous trouvons les malades les plus chroniques, les plus lourds, et où la progression des dépenses est la plus importante. C'est donc là que nous devrions agir.

Cet article n'est pas l'article le plus choquant du projet de loi mais c'est, d'un certain point de vue, celui qui nous attriste le plus dans la mesure où nous nous rendons compte que vous allez complètement à côté de ce grave sujet, notamment pour ce qui touche à la maîtrise des dépenses. La fameuse médicalisation que vous nous proposez est essentiellement et philosophiquement, comme toujours, une médicalisation du traitement de l'assurance maladie.

En fait, ce que vous nous proposez, c'est que l'assurance maladie puisse séparer le bon grain de l'ivraie, pour essayer de continuer à rembourser parce que personne ne propose la privatisation dans ce secteur. La privatisation n'est pas pour demain, soyons rassurés : je ne connais aucun assureur privé qui, de près ou de loin, souhaite se charger de ce type de dossier. De ce point de vue, vous ne nous proposez pas un recul de la protection sociale obligatoire, du moins dans l'affichage, et vous essayez de faire face à ce qui vous paraît être le problème principal, à savoir départager les dépenses qui seraient légitimes, c'est-à-dire celles issues des protocoles de soins liés à la maladie principale, l'ALD, de celles qui ne le seraient pas, c'est-à-dire des soins qui seraient annexes.

Très honnêtement, je pense que l'analyse est très insuffisante, et que les gains annexes que vous recherchez ne seront pas obtenus, ou, si vous en trouvez, ce dont je doute fort, qu'ils seront vraiment marginaux.

Bien sûr, certaines personnes âgées en ALD, sans être dans un état physique totalement dégradé, peuvent avoir pris de mauvaises habitudes. C'est sans doute en effet dans ces populations que l'on risque de trouver un certain nomadisme médical : parce qu'elles ont plus de temps, qu'elles sont plus inquiètes, qu'elles ont plus besoin d'être rassurées, elles se rendent plus souvent chez le médecin.

Mais ce n'est pas en abordant cette affaire sous le seul angle du traitement de l'assurance maladie et en représentant ce que proposent ses experts, à savoir ce qu'ils appellent délicatement la liquidation médicalisée, que vous avancerez. Les protocoles et les échéanciers bizonnes n'ont pas réussi à arranger la situation et, quoi qu'on en dise, les dispositions de cet article ne permettront pas non plus d'avancer vraiment.

Pour notre part, et c'est là où nous nous opposons, nous pensons qu'il serait beaucoup plus utile de se pencher sur la manière dont on accueille le patient et dont on le conduit dans son parcours de soins plutôt que d'attendre qu'il consomme pour essayer de supprimer une partie de sa consommation. Ce type de malade devrait être intégré dans un réseau de soins où, en attendant que ces réseaux existent, être pris en charge par un médecin référent, ou traitant, je ne sais pas quelle est la bonne appellation et je ne veux choquer personne. Il s'agirait d'accueillir la personne et pas simplement de la confronter à quelqu'un ou à un programme informatique quelconque, PIRE ou je ne sais trop quoi, qui dirait ce qui est bien, ce qui est juste et ce qui ne l'est pas. Il faut accueillir le patient, établir une relation de confiance et responsabiliser le praticien. Nous sommes loin du simple médecin traitant prévu à l'article 4. Nous serions en présence d'un véritable médecin référent, qui gère le dossier de son malade et est le pivot de son action.

M. le président. Monsieur Le Guen, il faudrait conclure.

M. Jean-Marie Le Guen. Je termine, monsieur le président.

Vous auriez pu à la fois assurer la qualité de l'accueil du malade et être sûr que sa prise en charge soit maximisée.

Au lieu de cela, vous choisissez la liquidation de la sécurité sociale, vous préférez laisser aux ordinateurs le soin de régler le problème, de déclarer ce qui est remboursable et ce qui ne l'est pas. Cela ne marchera pas. C'est dommage, parce que nous aurions pu engager une réforme qui offre à la fois un meilleur accueil et donc une meilleure qualité des soins pour le malade, et vraisemblablement des gains de productivité pour l'ensemble de notre société.

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Monsieur le président, puis-je répondre d'un mot ?

M. le président. Vous répondrez à l'occasion de l'examen des amendements, monsieur le rapporteur !

Je suis saisi de douze amendements de suppression de l'article 3, n°s 688 à 699.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. J'ai l'impression, monsieur le président, que M. le rapporteur est frustré !

M. le président. C'est mon problème, madame : j'étais impatient de vous entendre ! (*Sourires.*)

Mme Jacqueline Fraysse. Ces amendements visent à supprimer l'article 3, qui tend à redéfinir l'attribution des ALD. Dans le même esprit et pour le même résultat que la loi de financement de sécurité sociale de l'année dernière, le Gouvernement cherche encore à réduire le périmètre des ALD. Il est prévu un protocole, déterminé suivant les recommandations de la Haute Autorité de santé créée par le présent projet et qui n'a rien d'indépendant. Ce protocole sera signé par toutes les parties et fixera les prestations prises en charge. Le médecin devra certifier, au moment de chaque prescription, qu'il a bien pris connaissance du protocole pour éviter tout abus. Cela veut aussi dire que, pour bénéficier des prestations au titre de l'ALD, le patient sera obligé de présenter son protocole.

Plutôt que de s'orienter vers une réforme du financement et une médicalisation des soins déconnectée de toute vision comptable, le Gouvernement s'inscrit dans une démarche d'économies à tout prix. On pourrait concevoir que l'on se penche sur les ALD pour éventuellement corriger des choses qui seraient inadaptées ou excessives, mais ce n'est pas du tout la démarche qui inspire ce projet. Tous les médecins le savent, les ALD sont des pathologies lourdes qui nécessitent de nombreux soins et un suivi sérieux. Par conséquent, cette façon de procéder nous préoccupe beaucoup, d'autant que beaucoup de personnes âgées sont concernées. Telles sont les raisons pour lesquelles nous demandons la suppression de l'article 3.

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

M. Maxime Gremetz. L'article 3 est révélateur de la philosophie qui sous-tend votre réforme. Ce projet de loi est fort contesté. Tout le monde s'accorde à dire qu'il ne résoudra rien, bien au contraire. De plus, il n'est pas financé – c'est en tout cas ce que disent Bercy et la CNAM. C'est donc une petite réforme qui n'est pas à la hauteur des enjeux, loin s'en faut, mais qui choisit de frapper toujours les mêmes, de faire payer pour l'essentiel les salariés, les personnes âgées et celles atteintes d'une ALD. C'est la philosophie de ce texte.

Sur les 15 milliards annoncés, 14 milliards seront payés par les mêmes, ce qui n'en laissera qu'un à la charge de ceux qui possèdent beaucoup, qui font des profits considérables. Il est vrai qu'il est plus rentable de taxer les plus nombreux, c'est bien connu, mais les plus nombreux ce ne sont pas les plus riches. Ce n'est pas la peine de faire payer les actionnaires, puisqu'ils sont moins nombreux ! Quant aux personnes atteintes d'une ALD, elles sont doublement frappées puisque l'on réduit aussi le périmètre de ces affections. C'est d'autant plus injuste que les causes du déficit ne sont pas là.

Moi je pense plutôt aux 20 milliards d'exonérations de cotisations patronales. Vous pourrez faire tout ce que vous voudrez, c'est ça la réalité ! Je pense aussi aux 2 milliards de dette des grandes entreprises qui ne paient pas la sécurité sociale. Là, on ne fait rien ! Quant aux sommes qui auraient dû être affectées à la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme, elles vont ailleurs, à tel point que la sécurité sociale ne rembourse même pas les patchs aux jeunes qui veulent se libérer de leur dépendance au tabac. Décidément, cette réforme est injuste, inhumaine, et elle ne résoudra rien.

M. le président. Sur le vote des amendements n° 688 à 699, je suis saisi par le groupe des député-e-s communistes et républicains d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. le rapporteur de la commission spéciale, pour donner l'avis de la commission sur ces amendements.

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur de la commission spéciale. Comme l'a dit M. Le Guen, nous sommes effectivement au cœur du problème : les trente ALD touchent 5,7 millions de personnes, dont 42 % des plus de soixante ans, et sont à l'origine de plus de la moitié des dépenses d'assurance maladie : 64 millions. Cet article 3 illustre votre philosophie, monsieur le ministre : soigner mieux en dépensant mieux. Aucune de ces maladies n'est comparable à l'autre. En effet, qui y a-t-il de comparable entre un diabète, une tumeur maligne et une suite de transplantation rénale ?

Mme Jacqueline Fraysse. Des soins longs et répétitifs !

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Et, si vous voulez que je pousse le raisonnement, madame Fraysse, qui y a-t-il de commun entre une suite de transplantation pulmonaire et une suite de transplantation rénale, entre un cancer de la prostate guéri par une intervention et un cancer du pancréas qui emporte le patient en six mois ?

M. Maxime Gremetz. Que voulez-vous démontrer ?

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Ce texte, qui met en évidence la notion de coordination des soins...

M. Jean-Marie Le Guen. Où ça ?

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. ... et crée la Haute Autorité de santé, va plus loin que tous les efforts réalisés jusqu'à présent. L'article 3 renforce la qualité des soins pour ces personnes qui en ont le plus besoin, c'est son aspect le plus fort. Je suis donc très heureux d'avoir à rapporter ce texte.

Quant aux réseaux, monsieur Le Guen, leur mise en place s'impose pour les affections de longue durée et l'article 6 prévoit tous les moyens pour cela.

M. le président. La parole est à M. le ministre de la santé et de la protection sociale, pour donner l'avis du Gouvernement sur ces amendements.

M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale. C'est en effet un sujet excessivement important. L'article 3 a un seul objectif : coordonner les soins. Le médecin traitant va coordonner les soins de la personne atteinte d'une maladie grave, de longue durée, car il n'y a rien de pire pour un tel malade que de ne pas avoir de médecin traitant. C'est celui-ci qui va avoir le dossier médical, nous le verrons plus tard. Cela permettra donc d'améliorer la qualité des soins. Par ailleurs, il est vrai que les soins relevant de l'ALD doivent être remboursées à 100 %, mais personne ne le remet en cause et vous l'avez d'ailleurs reconnu.

La Haute Autorité sera chargée de définir des protocoles de soins que nous souhaitons voir respecter. Nous souhaitons aussi favoriser le traitement des malades dans les réseaux. Il s'agit donc non pas, contrairement à ce que vous indiquez, de culpabiliser les patients en leur imposant de présenter le protocole à tout médecin, mais au contraire d'améliorer la coordination des soins qui leur sont dispensés et de les impliquer dans ce processus.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Je conteste l'information qui nous est donnée. En effet, l'article 3 vise notamment à remplacer l'intitulé du chapitre IV du titre II du livre III

du code de la sécurité sociale par l'intitulé suivant : « Qualité et coordination des soins des patients atteints d'une affection de longue durée », mais ce titre est ensuite contredit puisqu'il est précisé que « le médecin traitant et le médecin-conseil établissent conjointement un protocole de soins ». D'un côté, le médecin traitant prendra en charge le patient et, de l'autre, le médecin-conseil établira un protocole administratif, comptable, de prise en charge de la maladie, mais nous ne sommes pas dans le cadre de la coordination et de la mise en place d'un réseau de soins.

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. C'est ainsi que les choses se passent aujourd'hui !

M. Jean-Marie Le Guen. Bien sûr, et vous ne changez rien !

Mme Catherine Génisson. Il y a donc tromperie dans le nouvel intitulé proposé pour le chapitre IV.

Par ailleurs, la réduction éventuelle de la prise en charge de l'ALD lorsque le patient n'entrera pas dans le cadre fixé sera sous la responsabilité non pas de l'État, mais de la nouvelle UNICAM. Or celle-ci aura la charge des comptes de l'assurance maladie. Dès lors, nous sommes dans le cadre non plus d'une maîtrise médicalisée ou d'une prise en charge qualitative des dépenses de santé, mais uniquement d'une maîtrise comptable de ces dépenses.

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

M. Jean-Marie Le Guen. Cet article ne renforce pratiquement rien par rapport au PLFSS de novembre dernier. La seule chose qui change, c'est le caractère opposable du protocole. La personne de soixante-cinq ans qui aura déjà eu un accident vasculaire cérébral devra se présenter devant le médecin avec le protocole papier sur elle ! La notion de médecin traitant reste floue. Ce praticien ne sera pas chargé de gérer véritablement le dossier du patient et il ne sera même pas rémunéré alors qu'il devra notamment prendre le temps d'expliquer à une personne de soixante-dix ans quels sont les examens auxquels elle devra se soumettre.

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. On n'est pas obligé de le rémunérer pour qu'il le fasse !

M. Jean-Marie Le Guen. La carte de la surprescription recoupe largement celle des ALD, médecin et malade se poussant réciproquement à la surconsommation. Il faut donc complètement inverser la manière dont les relations se construisent.

La seule chose que vous ajoutiez par rapport au PLFSS de novembre dernier, c'est l'opposabilité du document physique. En dehors de cet aspect, les protocoles existent déjà – la Haute Autorité est inutile – et, pour à peu près tous les traitements, ils sont entre les mains du médecin-conseil. La preuve, c'est que, avant le PLFSS, c'est à lui qu'il revenait de les adresser. Aujourd'hui, on sait qu'ils sont régulièrement renégociés. En fait, vous ne changez rien.

Le seul résultat tangible sera peut-être la création d'un programme informatique qui refusera un remboursement à un diabétique atteint d'une grippe. Un tel résultat est marginal, tant sur le plan économique que sur celui des soins.

Vous ne traitez pas le fait qu'une personne atteinte d'une affection chronique mettant gravement sa santé en cause doive bénéficier d'une prise en charge globalisée.

On ne peut pas en sortir : c'est la condition de l'efficacité humaine et économique du système de soins. Et ce n'est pas une liquidation de l'assurance maladie ou la création d'un protocole opposable qui régleront ces questions.

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

Je vais donc mettre aux voix par un seul vote les amendements n°s 688 à 699.

Je vous prie de bien vouloir regagner vos places.

M. le président. Le scrutin est ouvert.

M. le président. Le scrutin est clos.

Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	37
Nombre de suffrages exprimés	37
Majorité absolue	19
Pour l'adoption	8
Contre	29

L'Assemblée nationale n'a pas adopté.

Je suis saisi de douze amendements identiques, n°s 2284 à 2295.

La parole est à Mme Fraysse, pour soutenir l'amendement n° 2284. Cette fois, l'amendement vise à supprimer, non plus l'article 3, mais le premier alinéa de cet article.

Mme Jacqueline Fraysse. En effet, monsieur le président, mais si la précédente série d'amendements avait été adoptée, nous n'aurions pas besoin de défendre celui-ci. (*Sourires.*)

Le premier paragraphe de l'article 3 vise à remplacer le haut comité médical de la sécurité sociale par la Haute Autorité de santé, chargée de donner un avis sur la liste des affections de longue durée et qui sera instituée à l'article 19. Pour ne pas anticiper sur le débat que nous aurons alors, je me contenterai de quelques remarques.

Sur la forme, monsieur le ministre, je m'étonne que vous prétendiez appliquer cette disposition avant que la représentation nationale ait pu statuer sur le fond, c'est-à-dire sur la création de cette instance.

Sur le fond, vous renvoyez la définition des ALD et des soins pris en charge à une institution sur laquelle nous exprimons les plus vives réserves. La Haute Autorité sera en effet composée de membres nommés par le Président de la République, les présidents des chambres parlementaires et le président du Conseil économique et social. Vous prétendez pourtant qu'il s'agit d'une instance indépendante. Le moins qu'on puisse dire est que cette indépendance n'est pas garantie. Nous sommes loin du conseil scientifique réclamé par certaines organisations syndicales, qui aurait présenté un véritable intérêt.

La Haute Autorité de santé aura plusieurs missions : vérifier le service médical rendu, contribuer à la réflexion sur les niveaux de remboursement et le périmètre de prise en charge, en portant une attention particulière aux ALD, ou encore veiller à l'élaboration des référentiels de bon usage de soins ou de bonnes pratiques.

Je comprends bien, monsieur le ministre, que, pour rassurer ceux qu'inquiète la perspective de nouveaux déremboursements, vous les fassiez recommander par la Haute Autorité, qui mettra en avant un critère scienti-

fique. Malheureusement, rien ne dit que les experts se détermineront seulement sur la base de critères thérapeutiques ou de considérations relatives à la santé publique, vu la manière dont ils seront nommés et dont le projet de loi oriente leur action.

M. le président. La parole est à M. Maxime Gremetz, pour soutenir l'amendement n° 2285.

M. Maxime Gremetz. Je crois franchement que nous sommes face à un problème sérieux. M. le président de la commission spéciale nous reproche de dire « tout et son contraire ». Il ne s'agit pas de cela.

M. Yves Bur, président de la commission spéciale. Je n'ai rien dit !

M. Maxime Gremetz. Alors, j'ai entendu des voix. Je ne me prends pourtant pas pour Jeanne d'Arc !

Nous proposons ces amendements de repli puisque notre proposition de supprimer tout l'article 3 a été rejetée. Le mécanisme que vous mettez en place, monsieur le ministre, et dont on voit bien les conséquences, notamment sur les ALD, s'inscrit dans une architecture générale qui comprend aussi l'augmentation de la CSG, l'augmentation du forfait hospitalier et la franchise d'un euro par consultation.

Vous voulez imposer ces mesures par le biais d'un haut conseil et d'une Haute Autorité à caractère scientifique dont chacun a noté que l'indépendance sera toute relative et qui vous laissera les mains libres pour demander des efforts toujours aux mêmes personnes.

S'il y a des abus, qui rapportent gros, voire très gros, ils sont d'abord le fait des grandes entreprises qui volent 2 milliards d'euros à la sécurité sociale. Mais, là encore, vous ne proposez aucun mécanisme pour les arrêter.

Quant aux entreprises qui ne déclarent pas les accidents du travail et les masquent pour ne rien verser à la sécurité sociale, elles représentent un autre trésor caché. Mais vous ne faites rien pour mettre la main dessus.

Vous stigmatisez les salariés qui paient un taux de cotisation bien supérieur à celui des entreprises, puisque la participation de celles-ci a baissé et ne représente plus que 4,5 %, contre 7 % pour les salariés. De ce côté-là, il y aurait peut-être quelque chose à aller chercher. Mais vous préférez faire payer toujours les mêmes : les personnes âgées et bientôt les handicapés. C'est un choix de classe.

M. le président. La commission et le Gouvernement émettent un avis défavorable.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n°s 2284 à 2295.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de douze amendements identiques, n°s 2296 à 2307.

La parole est à Mme Fraysse, pour défendre l'amendement n° 2296.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet amendement vise à modifier le second paragraphe de l'article 3 du projet de loi, qui rédige ainsi l'intitulé du chapitre IV du titre II du livre III du code de la sécurité sociale : « Qualité et coordination des soins des patients atteints d'une affection de longue durée ».

Après tout ce qui vient d'être dit, on mesure à quel point ce titre est en totale contradiction avec la démarche du texte. S'il s'agissait d'améliorer la qualité les soins des patients atteints d'une affection de longue durée ou de mieux les coordonner, on pourrait effectivement utiliser ce titre et même l'écrire en lettres d'or.

Mais vous cherchez à faire exactement l'inverse : vous réduisez le périmètre des soins pris en charge et donc leur qualité. Prenons le cas de l'hypertension artérielle. Pour être pris en charge à 100 %, un malade doit justifier d'une hypertension artérielle grave. Mais les critères permettant d'évaluer cette gravité varient selon les patients. En fonction des médecins des caisses, certains cas seront pris en charge et pas d'autres, qui le mériteraient tout autant. J'ajoute que l'hypertension artérielle est une affection que les patients doivent traiter pendant toute leur vie. A défaut, ils risquent un accident cardiaque ou un accident vasculaire cérébral entraînant une hémiplégie, ce qui coûtera cher en termes non seulement de santé mais d'argent.

C'est pourquoi je ne trouverais pas abusif de prévoir la prise en charge des malades qui doivent suivre un traitement à vie. Cette façon de prévenir des accidents plus graves me paraît cohérente, alors que votre constante préoccupation financière finit par faire oublier non seulement l'intérêt des malades, mais même celui de la société.

Mettre un titre ronflant sur un article qui prévoit des mesures aussi restrictives me paraît particulièrement insupportable. C'est pourquoi, mes chers collègues, je vous invite à le supprimer.

M. le président. La parole est à M. Maxime Gremetz, pour soutenir l'amendement n° 2297.

M. Maxime Gremetz. Ma démarche est la même que celle de Mme Fraysse, qui a expliqué comme je n'aurais pas pu le faire, n'étant pas moi-même un professionnel de la santé, ce qu'étaient les ALD.

A mon tour, je demande au Gouvernement de revenir sur les dispositions qu'il prévoit. Ne faites pas cela, monsieur le ministre ! Va-t-on oser, dans notre pays, contrôler des personnes âgées en difficulté ou en longue maladie, et parfois incurables ? Vous les présentez déjà comme des voleurs et c'est insoutenable, même moralement. Peu importe le choix financier qui vous guide ! Comment les gens supporteront-ils que l'on touche aux patients souffrant d'ALD ? A quoi jouez-vous, alors que vous avez décreté que la condition des personnes âgées ou des handicapés était une grande cause nationale ?

Je vous le dis comme je le pense : il y a quelque chose d'indécent dans votre attitude.

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

M. Yves Bur, président de la commission spéciale. En améliorant la coordination des soins et en renforçant la portée des protocoles, nous n'avons pas l'intention de soigner moins bien, au contraire. En effet, beaucoup de ces protocoles sont nécessaires et la qualité de la prise en charge médicale serait meilleure s'ils étaient appliqués avec rigueur. Nous souhaitons donc faire en sorte qu'ils soient respectés et que l'ensemble des praticiens puissent travailler en réseau dans l'intérêt du patient.

Certes, on peut estimer que tous les soins devraient être délivrés à l'infini, mais il est évidemment nécessaire de distinguer entre ceux qui relèvent de l'affection de longue durée et ceux qui n'en relèvent pas. Cette démarche devra, c'est vrai, être plus rigoureuse, mais elle sera largement compensée par les bénéfices que représentent les protocoles pour la santé des malades. Faut-il rappeler que la France se caractérise davantage par une consommation abusive de médicaments que par l'insuffisance des prescriptions ?

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Il est indéniable que certains actes sont remboursés à 100 % alors qu'ils ne sont pas directement liés à l'affection de longue durée qui justifie cette prise en charge. Toutefois, il est faux et réducteur de parler d'abus et il serait plus juste de souligner la méconnaissance de la procédure par les malades et le manque de coordination du corps médical.

Mieux vaudrait donc prévenir les complications liées aux affections de longue durée en incitant les médecins – qui pourraient obtenir pour cela une rémunération spécifique – à faire œuvre de pédagogie auprès des malades pour les convaincre de la nécessité de suivre leur thérapeutique et d'améliorer leur hygiène de vie.

Par ailleurs, les protocoles ne doivent pas être réduits à des processus administratifs d'entente préalable, mais être des outils majeurs d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins. Pour cela, ils doivent être fondés sur des référentiels incontestables, élaborés au niveau national par les compétences les plus reconnues avec la participation d'usagers et de malades concernés.

Il y a un vrai problème : essayons d'y apporter les bonnes solutions.

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

M. Jean-Marie Le Guen. Il est évident que l'article 3 a pour seul objet de garantir que les soins qui ne sont pas prévus par le protocole ne seront pas remboursés. Il n'apporte rien en termes de santé publique.

Mme Catherine Génisson. Absolument !

M. Jean-Marie Le Guen. Les protocoles sont principalement conçus pour distinguer ce qui est remboursable au titre des ALD et ce qui ne l'est pas. Par exemple, ils ne permettront pas d'éviter les surdosages ou les prescriptions contradictoires.

M. Yves Bur, président de la commission spéciale. C'est caricatural !

M. Jean-Marie Le Guen. Vous pouvez le nier, mais c'est un fait : ces protocoles ont été rédigés par des personnes chargées d'établir s'il est juste et nécessaire de rembourser tel acte médical ou tel médicament. On ne peut pas leur en vouloir : c'est leur métier.

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Vous êtes favorable à la suppression du II de l'article 3 ?

M. Jean-Marie Le Guen. Je cherche à démontrer que, contrairement à ce que vous dites, ces protocoles ne représentent aucune valeur ajoutée du point de vue de la santé.

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Ils améliorent la qualité !

M. Jean-Marie Le Guen. Mais non, vous dites n'importe quoi ! Nous verrons d'ailleurs, lorsque nous aborderons l'article 12, que les programmes de liquidation n'ont rien à voir non plus avec la santé. Ils définissent les prescriptions qui seront remboursées à 70 % et celles qui le seront à 100 %. Encore une fois, cela se comprend : c'est la mission de l'assurance maladie. Demain, le dossier médical personnalisé permettra peut-être d'améliorer la qualité des soins. En tout cas, ce souci est absent de l'article 3.

Par ailleurs, ces protocoles ne seront pas efficaces.

M. Yves Bur, président de la commission spéciale. Vous êtes d'un pessimisme !

M. Jean-Marie Le Guen. Prenons l'exemple de l'ordonnancier bizona. S'il a échoué, c'est parce qu'un médecin n'a pas le cœur d'expliquer à un patient âgé et fatigué qu'il connaît depuis quinze ans que telle prescription lui sera remboursée à 70 % alors qu'il a l'habitude d'être remboursé à 100 %. N'oublions pas, en outre, que les médecins sont payés à l'acte et qu'ils n'ont donc pas intérêt à contrarier leurs patients.

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Vous êtes contre le paiement à l'acte ?

M. Jean-Marie Le Guen. Tout cela entre en jeu, et les protocoles ne seront pas davantage respectés demain que les ordonnanciers bizones ne l'étaient hier.

M. le président. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n°s 2296 à 2307.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de douze amendements identiques, n°s 2308 à 2319.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, pour soutenir l'amendement n° 2308.

Mme Jacqueline Fraysse. J'ai entendu M. Bur dire que l'on ne pouvait pas délivrer des soins à l'infini. Personne ne le conteste. Mais à l'entendre, on a l'impression que les ALD sont distribuées *larga manu*, sans principe ni contrôle.

M. Yves Bur, président de la commission spéciale. C'est le sentiment de la CNAM !

Mme Jacqueline Fraysse. Or ce n'est pas vrai. Les citoyens doivent savoir que les médecins doivent en faire la demande expresse en présentant un dossier complet. Pour ma part, en tant que cardiologue, je dois fournir notamment des électrocardiogrammes et des échocardiogrammes, afin de vérifier, par exemple, si l'hypertension a un retentissement sur le cœur. Ensuite, le médecin de la sécurité sociale réclame éventuellement des documents complémentaires puis rend un avis qui peut être favorable ou défavorable. J'ajoute que si la prise en charge à 100 % est acceptée, elle ne l'est que pour une durée limitée. Il faut donc renouveler la demande, avec le risque d'essuyer un refus.

Dites clairement que vous cherchez, non pas à améliorer les protocoles existants,...

M. Yves Bur, président de la commission spéciale. Nous optimisons les protocoles !

Mme Jacqueline Fraysse. ... mais à réduire le périmètre de la prise en charge à 100 %, car c'est la réalité !

M. Yves Bur, président de la commission spéciale. Si l'on vous entend bien, il n'y a pas de surconsommation médicale en France !

Mme Jacqueline Fraysse. C'est beaucoup plus compliqué que vous ne le dites, monsieur Bur.

M. le président. La parole est à M. Maxime Gremetz, pour soutenir l'amendement n° 2309.

M. Maxime Gremetz. Après avoir examiné les conventions conclues entre la région et les entreprises, je me suis aperçu que l'on pouvait donner beaucoup d'argent public à de grandes entreprises qui font du profit et n'en ont donc pas forcément besoin, sans conditions.

M. Alain Gest. C'est faux !

M. Maxime Gremetz. J'ai donc établi une autre règle, qui consiste à conditionner les aides de la région par la création d'emplois.

M. Alain Gest. Cela existait déjà !

M. Maxime Gremetz. Et si les entreprises ne tiennent pas leurs engagements, elles doivent rembourser les subventions qui leur ont été versées.

Ici, que constate-t-on ? Pour faire des économies et réduire le déficit, vous durcissez les conditions d'accès à l'ALD, au prétexte qu'il y aurait des abus. Mais de qui tenez-vous cela ?

M. Yves Bur, président de la commission spéciale. Du service médical de l'assurance maladie !

M. Maxime Gremetz. Que vous le vouliez ou non, les dépenses de santé vont augmenter. On nous dit que c'est en France que celles-ci seraient les plus élevées.

M. Xavier Bertrand, secrétaire d'État à l'assurance maladie. Dans la France de gauche !

M. Maxime Gremetz. Or nous nous situons dans la moyenne des vingt-cinq pays européens et la part de ces dépenses dans le PIB a diminué. Mais vous, vous envisagez le problème par le petit bout de la lorgnette, en oubliant surtout de vous en prendre à ceux qui doivent tant à la collectivité et qui ne participent pas à la solidarité nationale. Vous frappez les pauvres, les personnes âgées et les handicapés pour épargner les profiteurs et les riches ! (*Protestations sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. le président. L'avis de la commission et du Gouvernement est défavorable.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n°s 2308 à 2 319.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. Maxime Gremetz. Monsieur le président, si le ministre ne répond jamais, je crois que nous allons devoir réunir notre groupe !

M. le président. Ce sera bref, vu le nombre de députés de votre groupe présents ce soir ! (*Sourires.*)

Je suis saisi de douze amendements identiques, n°s 2320 à 2331.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, pour soutenir l'amendement n° 2320.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet amendement vise à supprimer le premier paragraphe du III de l'article premier, qui organise la redéfinition de l'attribution de l'ALD. Il est prévu un protocole, déterminé selon les recommandations de la Haute Autorité de santé, qui sera signé par toutes les parties et fixera les prestations prises en charge. Pour les raisons que j'ai déjà évoquées, à part la réduction du périmètre de prise en charge, je ne vois pas l'intérêt d'un protocole nouveau, le dispositif actuel assurant déjà un encadrement très strict. S'il y a, ici ou là, des abus, il convient de les corriger, mais il n'y a pas lieu de modifier en profondeur la procédure existante, mettant en jeu le médecin traitant et le médecin contrôleur, qui se téléphonent, échangent des documents, bref communiquent et font un travail sérieux.

La réalité, c'est que vous voulez faire des économies, vous voulez éviter de dépenser de l'argent pour la santé des Français. M. Mattei avait déjà ciblé les ALD pour réduire le déficit lors du dernier PLFSS. Or, si cela marche pour réduire le périmètre de l'ALD, il n'en est pas de même pour ce qui est de réduire le déficit, puisque celui-ci se creuse chaque jour davantage, ce dont vous êtes conscients puisque vous usez vous-mêmes de tous les qualificatifs pour montrer la gravité de la situation.

Les ALD répondent à des pathologies lourdes, à des maladies de longue durée, comme leur nom l'indique, et vouloir durcir la qualification de ce dispositif, c'est vraiment la plus mauvaise mesure qui soit, tant en matière de santé publique qu'en matière financière, car les ALD permettent à des personnes de se soigner correctement et d'éviter des complications graves. Telles sont les raisons qui nous conduisent à déposer cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Maxime Gremetz, pour soutenir l'amendement n° 2321.

M. Maxime Gremetz. Je vérifiais à l'instant une information auprès de M. Le Guen, qui a été président du conseil de surveillance de l'assurance maladie, dont j'ai moi-même été membre. Je puis vous dire que les prétextes invoqués sont de faux prétextes, et qu'il n'existe aucun rapport sérieux du conseil d'administration de l'assurance maladie disant qu'il y a des abus dans ce domaine. Si un tel rapport existe, il est tout récent.

M. Yves Bur, président de la commission spéciale. Non !

M. Maxime Gremetz. En tout cas, ce n'est pas le conseil d'administration de l'assurance maladie qui a proposé de modifier le protocole. Donc, je ne vois pas qui a pris cette initiative, si ce n'est le Gouvernement, motivé par l'ambition de faire des économies sur la santé pour boucher le trou de la sécurité sociale. M. Le Guen vient de m'en donner confirmation : cette décision correspond bien à un choix politique de votre part.

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

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Défavorable.

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

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Même avis.

M. le président. La parole est à Mme Martine Billard.

Mme Martine Billard. Je crois que ce débat est très significatif, même s'il a tendance à tourner au dialogue de sourds. Pour commencer, le rapport de la Caisse nationale d'assurance maladie ne parle pas d'abus. Il expose un plan d'action visant à maîtriser les dépenses de patients atteints d'affections de longue durée, lesdites dépenses représentant, en 2002, 40 % des dépenses remboursées au titre des soins de vie, qui augmentent plus vite que les dépenses des autres assurés.

Mais le fait qu'elles augmentent plus vite s'explique facilement. Aujourd'hui, les quatre affections qui se partagent 84 % des entrées dans le dispositif sont les maladies cardiovasculaires, les cancers, les troubles mentaux et le diabète. Et tant qu'on ne travaillera pas sur l'origine de ces maladies, les entrées en ALD ne feront qu'augmenter. L'origine de ces maladies est actuellement en train d'évoluer, non seulement dans la majorité des pays développés, mais aussi dans une partie des autres pays. Si l'on se décide rapidement à pratiquer une politique volontariste d'intervention sur les causes d'apparition des cancers, des troubles cardiovasculaires, etc., on peut espérer voir diminuer le nombre d'ALD en même temps que le nombre total de malades. A défaut, il n'y aura pas d'autre issue que la maîtrise comptable, c'est-à-dire la mise en œuvre d'une sélection entre les différents malades.

Je vous donne un exemple, celui de l'hypertension. Pour un patient suivi à l'hôpital, il y aura deux visites par an, lors desquelles lui seront prescrits trois médicaments pour six mois – deux en boîte de 28 comprimés, et le troisième en boîte de 30. Sur l'année, il lui faudra donc

13 boîtes de 28 comprimés, plus 1, et 12 boîtes de 30 comprimés, plus 5. Vous noterez donc au passage que le conditionnement constitue déjà un problème. En médecine de ville, pour la même pathologie, certains médecins renouveleront le traitement tous les deux mois, ce qui fait sept visites dans l'année.

La surconsommation a des causes bien réelles et, si on veut la contrôler, la première chose à faire est sans doute d'imposer les bonnes pratiques auprès des médecins. Les Verts ont déposé un amendement, que nous examinerons ultérieurement s'il n'a pas été déclaré irrecevable au titre de l'article 40, visant à moduler le paiement des médecins, notamment à instaurer un paiement au forfait pour les affections de longue durée. De cette manière, nous éviterons les dérapages consistant pour certains médecins à exiger des visites inutilement fréquentes.

Mme Catherine Génisson. Très bien !

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

M. Jean-Marie Le Guen. Par le biais des ALD, le Gouvernement essaie de s'attaquer à un problème clairement identifié, celui de la surprescription. Ce problème, qu'aucun gouvernement n'a traité jusqu'à présent, coûte à lui seul 2,5 milliards d'euros à la CNAM, sur les 6 milliards d'euros d'économies que celle-ci estime possible de réaliser.

L'ennui, c'est que vous refusez de poser la question de la pénalisation, et même celle du contrôle, car vous craignez d'interroger les médecins surprescripteurs, protégés par les organisations syndicales. Il ne vous reste donc pas d'autre solution que de traiter le problème à travers les protocoles de liquidation, ce qui vous rassure dans la mesure où vous ne prendrez personne d'autre que les assurés dans vos filets.

M. Yves Bur, président de la commission spéciale. Mais non !

M. Jean-Marie Le Guen. Bien sûr que si ! D'où l'idée extraordinaire d'une double signature du protocole, par le patient et par le médecin. Mais pourquoi ne voulez-vous pas dire que, s'il ne respecte pas le protocole, un médecin peut être sanctionné ? Si un médecin respecte le protocole qu'il a signé, il me semble que sa démarche doit être valorisée. A l'inverse, s'il ne le respecte pas, il me semble normal de le mettre en cause. Je ne prône évidemment pas la mise au pilori, mais je pense que les médecins adoptant ce type de comportement ont sans doute besoin d'une évaluation, et le cas échéant d'une formation, d'une remise à niveau. A tout le moins, il convient d'instaurer un dialogue, comme on le fait dans n'importe quel métier. Quand un médecin, pour une raison ou pour une autre, se met à prescrire en dehors de la norme, il faut le prendre par la main pour le ramener dans le droit chemin. Vous refusez d'envisager le problème sous cet angle car vous excluez d'agir sur l'offre et vous vous obstinez à tout traiter par le biais des réseaux informatiques. Ce n'est pas comme cela que vous réglerez le problème.

M. le président. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n°s 2320 à 2331.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 35 de la commission spéciale.

La parole est à M. le rapporteur de la commission spéciale, pour le défendre.

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Cet amendement vise à préciser que le médecin traitant, qui établit le protocole conjointement avec le médecin-conseil, peut exercer en ville ou dans un établissement de santé.

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

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

M. le président. La parole est à Mme Martine Billard.

Mme Martine Billard. Je voudrais faire une remarque : les personnes suivies en ALD vont parfois consulter un spécialiste à l'hôpital, alors qu'elles ont un médecin traitant.

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Nous verrons le problème lorsque nous examinerons l'article 4.

Mme Martine Billard. Peut-être, mais je préfère le signaler dès maintenant.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 35.
(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 7888 n'est pas défendu.

Suspension et reprise de la séance

M. le président. La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à vingt-deux heures cinquante-cinq, est reprise à vingt-trois heures cinq.)

M. le président. La séance est reprise.

Je suis saisi d'un amendement n° 7761.

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

M. Jean-Marie Le Guen. Cet amendement vise à préciser que les protocoles sont élaborés au plan national en relation avec les associations d'usagers. Comme nous l'avons dit régulièrement à propos de ce texte, les associations d'usagers sont très peu représentées. D'une manière générale, il n'y a aucune appropriation des pratiques de soins par des formes de démocratie sanitaire. C'est totalement contraire avec ce qui se fait par ailleurs, y compris dans l'industrie pharmaceutique. Voilà qui montre que ce texte est en retard sur l'ensemble des pratiques mises en œuvre pour favoriser les contacts avec les associations d'usagers.

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

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Défavorable. Rien n'empêche cette concertation. En outre, les conférences nationales et régionales de santé pourront intervenir à ce niveau.

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

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Même avis que la commission.

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

M. Jean-Marie Le Guen. Cette opposition me surprend. En effet, il existe aujourd'hui, quasiment pour toutes les maladies chroniques, des associations de patients qui fonctionnent efficacement. Dès lors, comment pouvez-vous refuser que ces associations soient consultées sur les protocoles ?

Monsieur le ministre, vous rendriez un service à tout le monde en acceptant cet amendement.

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

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Ce sujet est très important. Il faut en effet associer de plus en plus les usagers. Monsieur Le Guen – et c'est une bonne nouvelle –, la Haute Autorité va précisément le faire. En outre, les usagers pourront saisir cet organisme, qui sera composé non pas, comme vous l'avez prévu, d'économistes, mais de scientifiques, de sociétés savantes. Ils prendront en considération les conférences de consensus pour édicter les bonnes pratiques médicales et déterminer la liste des médicaments à rembourser et des actes médicaux utiles.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 7761.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi de douze amendements identiques n°s 2332 à 2343.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Le texte prévoit que le protocole sera révisé périodiquement. Cette disposition nous paraît pour le moins surprenante dans la mesure où les ALD ne sont d'ores et déjà accordées que pour une durée précise et limitée, et où leur renouvellement n'est pas automatique.

Certes, on peut souhaiter améliorer, renforcer ou mieux contrôler le dispositif existant. Mais ce n'est pas en ajoutant « périodiquement » qu'on y parviendra. D'autant que le sens de cet adverbe est très flou. Le protocole sera-t-il révisé tous les huit jours ? Tous les mois ? La période va-t-elle varier selon les affections ? Ce terme, beaucoup trop vague, sera source de contentieux.

Vous risquez en outre, involontairement sans doute, de favoriser un traitement inéquitable des dossiers. Comment procédera-t-on, en effet ? A la tête du client ? En fonction des affections ? Dans quels délais ? Dans quelle fourchette ? J'aimerais avoir des précisions sur ce point.

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

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. La commission a repoussé ces amendements. Il est évident en effet que les protocoles doivent être révisés, modifiés, voire interrompus en fonction des pathologies.

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

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Même avis que la commission.

M. le président. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n°s 2332 à 2343.

(*Ces amendements ne sont pas adoptés.*)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 8381.

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

M. Jean-Marie Le Guen. Il s'agit de préciser juridiquement les conditions dans lesquelles se fait la révision des protocoles.

M. le président. La commission et le Gouvernement sont défavorables à cet amendement.

Je le mets aux voix.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi de douze amendements identiques n°s 2344 à 2355.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Il s'agit de supprimer les mots « par l'autorité mentionnée à l'article L. 161-37 ». La Haute Autorité de santé est l'une des grandes nouveautés du système que vous nous proposez. Vous voulez la faire passer pour une autorité morale au-dessus de tout soupçon et parfaitement désintéressée. Or la nomination de ses membres ne sera pas sans incidence sur les décisions prises : panier remboursable, taux de remboursement.

Au demeurant, les institutions qui remplissaient ce rôle jusqu'à présent n'ont pas démerité et l'on ne saurait considérer qu'elles sont à l'origine du déficit de l'assurance maladie. Rien ne justifie donc la modification du système actuel et l'introduction de la référence à la Haute Autorité.

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

M. Maxime Gremetz. La disposition prévue par le projet peut même apparaître comme un désaveu pour les commissions existantes. C'est l'une d'elles, rappelons-le, qui a montré, faisant preuve ainsi d'une grande rigueur et d'un grand sens des responsabilités, que ce qui nous avait été présenté comme un médicament miracle n'était qu'une molécule tout à fait banale.

On ne peut donc pas prétendre qu'il faut mettre en place la Haute Autorité parce que le système en vigueur ne marche pas. Avec cette institution, qui aura un rôle majeur compte tenu des missions qu'on va lui confier, on introduit une forme de centralisation. Cela se fera au détriment des conseils d'administration. C'est donc de l'antidémocratie. Ce centralisme vous permettra de mieux préparer le mouvement que vous voulez engager et auquel nous aurons l'occasion de revenir. A moins que je ne m'explique dès à présent...

M. le président. Plutôt tout à l'heure, monsieur Gremetz. (*Sourires.*)

M. Maxime Gremetz. Pour l'heure, disons simplement qu'il sera plus facile, avec une Haute Autorité dont le directeur sera désigné par le ministre, de préparer les déremboursements, voire d'abaisser la couverture de base.

M. le président. La commission et le Gouvernement sont défavorables à ces amendements.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n°s 2344 à 2355.

(*Ces amendements ne sont pas adoptés.*)

M. le président. Je suis saisi de douze amendements identiques, n°s 2356 à 2367.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet amendement vise à apporter une précision rédactionnelle pour la bonne écriture de la loi.

Il s'agit de garantir la bonne application du droit et, en l'espèce, de préciser que l'article L. 161-37 visé par l'article 3 du projet de loi relatif à la réforme de l'assurance maladie est bien un article du code de la sécurité sociale. A cet effet, nous proposons d'insérer les mots : « du présent code ».

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

M. Maxime Gremetz. Après une présentation d'une telle rigueur, je n'ai rien à ajouter.

M. le président. La commission et le Gouvernement sont contre ces amendements.

M. Maxime Gremetz. Je voudrais connaître l'avis du ministre !

M. le président. Monsieur Gremetz, c'est moi qui préside !

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n°s 2356 à 2367.

(*Ces amendements ne sont pas adoptés.*)

M. le président. Je suis saisi de douze amendements identiques, n°s 2368 à 2379.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet amendement vise à supprimer l'avant-dernière phrase du deuxième alinéa du III de l'article 3. Dans la mesure où nous dénonçons la philosophie que recouvre la référence à la Haute Autorité de santé, nous souhaitons que n'apparaisse pas cette référence.

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

M. Maxime Gremetz. Monsieur le président, je souhaiterais revenir au précédent amendement. J'aimerais obtenir une réponse du ministre sur un point de droit. On cite un article de code : peut-on préciser de quel code il s'agit ? On ne le sait pas et le ministre ne nous l'a pas indiqué. Si on ne nous répond jamais, on peut s'en aller – ce que vous souhaitez sans doute ! Je constate qu'il n'y a pas de débat, pas de confrontation. J'attends toujours des réponses !

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

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Je renvoie M. Gremetz au I de l'article 3 : il y trouvera la réponse précise, de droit, à sa question.

M. Guy Geoffroy. Très bien !

M. Jean-Luc Warsmann. Merci, monsieur le rapporteur !

M. Maxime Gremetz. De quel code s'agit-il ? Dites-le explicitement, monsieur le rapporteur !

M. le président. La commission est défavorable aux amendements n°s 2368 à 2379.

Le Gouvernement souhaite-t-il s'exprimer ?

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Non !

M. le président. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n°s 2368 à 2379.

(*Ces amendements ne sont pas adoptés.*)

M. le président. Je suis saisi de treize amendements, n°s 2380 à 2391 et n° 36, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 2380 à 2391 sont identiques.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, pour les soutenir.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet amendement vise à compléter l'avant-dernière phrase du deuxième alinéa du III par les mots : « mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale ». C'est une précision rédactionnelle essentielle à nos yeux.

M. le président. M. Gremetz n'a rien à ajouter.

M. Maxime Gremetz. Oh là !

M. le président. La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 36.

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. La commission a adopté cet amendement rédactionnel à l'initiative de Mme Fraysse.

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

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Madame Fraysse, l'amendement n° 2380 est très proche de l'amendement n° 36 que vous avez déposé conjointement avec M. Dubernard et M. Gremetz, et auquel j'ai donné mon accord. Mais vous avez souhaité le compléter par une mention du code qui est inutile. Je demande donc le rejet de l'amendement n° 2380.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 36.
(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. En conséquence, les amendements n°s 2380 à 2391 tombent.

Les amendements n°s 8112 et 8113 ne sont pas défendus.

Je suis saisi de douze amendements identiques, n°s 2392 à 2403.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet amendement vise à supprimer un alinéa qui éclaire parfaitement la signification de l'article 3 : il s'agit purement et simplement de mettre fin à la prise en charge à 100 %, qui constituait pourtant une avancée remarquable pour nos concitoyens.

Faisons un peu d'histoire. En 1967, on a introduit le ticket modérateur, avec pour justification le « trou » de la sécurité sociale : à l'époque, déjà, cet argument était exploité. On a jugé que certaines maladies dites de longue durée devaient cependant bénéficier de la gratuité et donc de l'exonération du ticket modérateur. C'était, somme toute, une disposition positive au milieu de ces mesures qui allaient petit à petit entraîner le recul de l'accès aux soins. La raison invoquée tenait à la gravité de l'affection et à la durée des soins qu'elle nécessitait.

D'une façon subtile, vous remettez aujourd'hui en cause cette conception des soins. En effet, selon cet article 3, les médecins devront établir des protocoles préalables pour définir les soins couverts et la hauteur de la couverture, suivant les recommandations de la Haute Autorité de santé. Ces protocoles seront révisables périodiquement, on ne sait pas très bien dans quelles conditions.

Or, dans les longues maladies, il est totalement exclu de déterminer *a priori* l'évolution et la prise en charge thérapeutique nécessaire. Actuellement, la loi exclut du 100 % les médicaments non strictement en rapport avec l'ALD. Mais reconnaît qu'il est souvent difficile d'exclure un lien de causalité entre une pathologie et la maladie considérée comme une ALD, ce qui complique beaucoup les choses. D'ailleurs, de nombreux médecins n'appliquent pas cette règle, ce qui a parfois entraîné certains désordres.

Par exemple, lorsqu'un malade diabétique présente une autre affection, celle-ci est-elle liée au diabète ? Dans certains cas, c'est évident, mais dans d'autres c'est plus compliqué à déterminer. Même chose lorsqu'un transplanté souffre d'une bronchite : faire la distinction n'est pas si simple. Faut-il déconnecter les soins et considérer que l'on peut ainsi « saucissonner » le patient ? Nous ne

le pensons pas. C'est une conception de la santé contraire à l'épanouissement humain. Voilà pourquoi nous proposons de supprimer cet alinéa.

M. le président. La commission et le Gouvernement sont contre.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n°s 2392 à 2403.

(*Ces amendements ne sont pas adoptés.*)

M. Maxime Gremetz. Monsieur le président, je vous demande une suspension de séance.

M. le président. Je vous accorde cinq minutes.

Suspension et reprise de la séance

M. le président. La séance est suspendue.

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

M. le président. La séance est reprise.

Je suis saisi d'un amendement n° 7759.

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

M. Jean-Marie Le Guen. Cet amendement a pour objet de préciser qu'en cas d'impossibilité majeure, le patient ne pourra pas être tenu de communiquer son protocole au médecin consulté. Nous proposons donc d'insérer, après les mots : « Sauf en cas d'urgence », les mots : « ou d'impossibilité majeure ». Nous souhaitons, dans un souci d'ordre pratique, que cette impossibilité soit reconnue.

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

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. La commission a rejeté l'amendement, car cette précision relève du décret.

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

M. Xavier Bertrand, secrétaire d'État à l'assurance maladie. Même avis.

M. Jean-Marie Le Guen. Quel décret, monsieur le rapporteur ?

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Le décret à venir.

M. Jean-Marie Le Guen. Où est-il inscrit qu'il y aura un décret ?

M. le président. Une telle précision relève du domaine réglementaire : voilà ce que veut dire le rapporteur !

M. Jacques Myard. M. Le Guen ne connaît plus la Constitution ?

M. le président. Il s'agit, en effet, de l'application des articles 34 et 37 de la Constitution, qui distinguent les domaines de la loi et du règlement.

Je mets aux voix l'amendement n° 7759.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 7662.

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

Mme Martine Billard. L'avant-dernier alinéa du III est ainsi libellé : « Sauf en cas d'urgence, le patient ou son représentant légal est tenu de communiquer son protocole au médecin consulté pour bénéficier de la limitation ou de la suppression de sa participation. »

Comme je l'ai indiqué lorsque je suis intervenue sur l'article, ce n'est pas la peine de mettre en place un dossier médical personnel si on ajoute d'autres documents à côté. Nous proposons donc de rédiger ainsi la fin de l'alinéa : « d'autoriser la consultation de son dossier médical personnel pour bénéficier... ». Cette formulation, à mon avis, est plus en cohérence avec l'idée que recouvre la création du dossier médical personnel.

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

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Considérant que cet amendement introduirait de la confusion, la commission l'a rejeté.

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

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Même avis.

M. le président. La parole est à Mme Martine Billard, pour répondre à la commission.

Mme Martine Billard. La réponse du rapporteur est surprenante. Je ne vois pas en quoi cette disposition introduirait de la confusion. Je trouve pour ma part qu'elle apporterait au contraire du bon sens et de la clarification. Il est prévu, par exemple, que le compte rendu d'hospitalisation figure dans le dossier médical. Mais le protocole, lui, est un document à part ! Le patient devrait-il penser, pour tous ses déplacements, à emporter son protocole dans un cartable, au cas où il lui arriverait quelque chose ?

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. L'article 3 prévoit cette situation, madame Billard !

Mme Martine Billard. On lui impose d'avoir son protocole en permanence dans la poche, alors qu'il lui suffit de présenter la clé d'accès à son dossier médical personnel, à savoir la carte Vitale, que chacun de nous a toujours sur lui, au même titre que la carte d'identité.

Je propose une mesure de simple bon sens, mais visiblement le bon sens n'est pas partagé.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson, pour répondre au Gouvernement.

Mme Catherine Génisson. La proposition de Mme Billard devrait recueillir l'assentiment de tous, même si ce n'est pas sous la forme de cet amendement. En tout état de cause, le protocole devrait être partie intégrante du dossier médical personnel : cela résoudrait tous les problèmes.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 7662.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme Catherine Génisson. C'est ridicule !

M. le président. Madame Génisson, la discussion est terminée.

Je suis saisi de douze amendements identiques, n°s 2404 à 2415.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Nous proposons de supprimer, à l'avant-dernier alinéa du III de l'article 3, les mots « pour bénéficier de la limitation ou de la suppression de sa participation ». Nous considérons en effet qu'à partir du moment où une personne est atteinte d'une affection de longue durée, elle doit bénéficier d'une prise en charge à 100 % dans tous les cas de figure, et qu'une simple

limitation de sa participation n'est pas une alternative envisageable. Le texte ne définit d'ailleurs pas cette limitation. S'il s'agit du ticket modérateur, il faudrait le préciser explicitement.

De toute évidence vous mettez en place ce protocole afin de limiter le nombre des prises en charge à 100 %. Ce n'est pas là une démarche que nous pouvons soutenir.

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

M. Maxime Gremetz. Je veux d'abord faire observer que le rapporteur répond à nos questions en catimini, après que les amendements ont été mis aux voix. Je pense, monsieur le président, qu'il serait plus normal qu'il nous réponde quand vous lui demandez l'avis de la commission spéciale, point à la ligne. Cela nous permettrait au moins de débattre en connaissance de cause.

J'en viens à l'amendement. La disposition dont nous proposons la suppression ne contredit sûrement pas votre logique libérale et les objectifs purement financiers que vous vous fixez. Désormais, en effet, une ALD ne ferait plus obligatoirement l'objet d'une prise en charge à 100 % : pour en bénéficier, le patient devrait remplir certaines conditions et se prêter à certaines vérifications. Il s'agit en réalité de multiplier les obstacles à la prise en charge à 100 %. Nous ne pouvons pas approuver ces économies réalisées sur le dos des assurés sociaux, au détriment du droit à la santé. Les mesures que vous proposez vont toutes dans le même sens : c'est toujours les mêmes qu'il s'agit de faire payer.

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

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Le texte dans son ensemble vise à responsabiliser tous les acteurs de la santé, y compris les patients. La précision dont Mme Fraysse propose la suppression est un des éléments de cette responsabilisation. Voilà pourquoi la commission a rejeté cet amendement.

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

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Avis conforme.

M. le président. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n°s 2404 à 2415.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de douze amendements identiques, n°s 700 à 711.

Sur le vote de ces amendements, je suis saisi par le groupe des député-e-s communistes et républicains d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Maxime Gremetz.

M. Maxime Gremetz. Voilà un amendement important, qui vise à supprimer le dernier alinéa du III de l'article 3.

Nous n'insisterons jamais assez sur la grave question des ALD, d'autant que les réponses, ou l'absence de réponses à nos questions confirment nos inquiétudes à propos de cet article 3, qui redéfinit les conditions de prise en charge des ALD.

Dans le même esprit, et pour le même résultat que la loi de financement de la sécurité sociale de l'année dernière – échec de l'économie escomptée mais réduction des droits – le Gouvernement cherche encore à réduire le périmètre des ALD. Ce texte prévoit en effet l'établisse-

ment d'un protocole, signé par toutes les parties, qui définira les actes et les prestations pris en charge. Ce protocole sera établi suivant les recommandations de la Haute Autorité de santé créée par le présent projet, et qui n'est en rien indépendante. Le médecin devra certifier pour chaque prescription qu'il a bien pris connaissance du protocole, ceci sous le prétexte d'éviter tout abus. Cela signifie aussi que le patient sera obligé de présenter son protocole pour bénéficier des prestations au titre de l'ALD.

Plutôt que de faire le choix d'une véritable réforme du financement du système de santé et d'une médicalisation des soins éloignée de toute vision comptable, le Gouvernement a préféré s'inscrire dans une démarche de culpabilisation des malades, qui plus est des malades les plus lourds, ceux qui souffrent d'une ALD.

En outre le dernier alinéa du III fait porter la responsabilité des abus auxquels peut donner lieu le dispositif de prise en charge des ALD sur les professionnels de santé. En effet, le médecin devra certifier que sa prescription est conforme au protocole – on voit d'ici la paperasse bureaucratique ! C'est là une remise en cause inacceptable du droit de prescrire, voire de la capacité à prescrire.

Mais cet article n'est que le début d'une longue série qui fait porter aux médecins une lourde responsabilité dans le contrôle de leurs propres actes. C'est sous-entendre qu'ils prescrivent trop, en dépit du bon sens, de façon irresponsable et incohérente. Au-delà du droit de prescription, c'est le savoir médical qui est remis en cause. Certes, ce plan ne prévoit pas de sanction des médecins, mais il organise un contrôle démesuré de leur activité. Cela n'est pas sans rappeler un certain plan de 1996. C'est donc pour vous éviter de subir le même sort que dans un passé récent que nous proposons la suppression de cet alinéa.

J'espère que, cette fois, nous aurons des réponses et qu'on nous laissera vraiment le temps de voter. Sinon, nous serons obligés de demander un scrutin public pour que nous puissions nous compter.

M. le président. Je vous ferai observer, monsieur Gremetz, que vous avez déjà demandé un scrutin public, et que je l'ai fait annoncer dans l'Assemblée dès que j'ai eu connaissance de votre demande.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. La commission a rejeté cet amendement. J'ai parlé il y a quelques instants de la nécessité de responsabiliser tous les acteurs de la santé, monsieur Gremetz, et les médecins ne doivent pas faire exception à cette règle. Mais vous ne m'écoutez pas, monsieur Gremetz.

M. le président. Monsieur Gremetz, le rapporteur vous parle.

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Je me permets de vous le faire remarquer, monsieur Gremetz, comme vous le faites vous-même quand je ne vous écoute pas.

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

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Avis conforme.

M. le président. Nous allons maintenant procéder au scrutin que j'ai fait annoncer.

Je vais donc mettre aux voix les amendements identiques n°s 700 à 711.

Je vous prie de bien vouloir regagner vos places.

M. le président. Le scrutin est ouvert.

M. le président. Le scrutin est clos.

Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	33
Nombre de suffrages exprimés	33
Majorité absolue	17
Pour l'adoption	7
Contre	26

L'Assemblée nationale n'a pas adopté.

Je suis saisi d'un amendement n° 8374.

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

M. Jean-Marie Le Guen. Il s'agit de préciser que l'obligation faite à tout patient de présenter le protocole à tout médecin consulté ne s'applique qu'aux consultations ayant directement trait à son affection de longue durée. Une telle obligation n'a en effet aucune raison d'être si le patient consulte pour une pathologie sans rapport avec l'ALD.

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

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Rejet.

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

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 8374.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 7663.

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

Mme Martine Billard. Nous proposons de supprimer le mot « limitation ». Nous n'avons toujours pas eu d'explication précise sur ce que pourrait être cette fameuse limitation de la participation de l'assuré. Jusqu'à il y a peu, les actes et les prestations nécessités par le traitement d'une affection de longue durée étaient pris en charge à 100 %. Or il est prévu désormais une participation limitée de l'assuré. Cela signifie que la prise en charge peut varier entre zéro et 100 %. Même si le cas d'une participation limitée de l'assuré ne s'est pas encore présenté, il faudrait quand même qu'on sache ce qu'il y a derrière ces mesures. Cela signifie-t-il qu'il y aurait différents niveaux de prise en charge selon les ALD ? On peut ainsi imaginer qu'une hypertension artérielle sévère ne sera plus, à terme, prise en charge qu'à 80 %, le nombre des personnes souffrant de cette affection augmentant ? Il est important que vous nous précisiez le sens du mot « limitation ».

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. La réponse est très simple : il revient à l'UNCAM de faire des propositions, et c'est au Gouvernement de décider, après avis de la Haute Autorité de santé.

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

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

Permettez-moi quand même, monsieur le président, de préciser que l'état actuel du droit prévoit déjà la possibilité d'une participation limitée de l'assuré : c'est l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale.

M. le président. La parole est à Mme Martine Billard.

Mme Martine Billard. Monsieur le ministre, cette disposition date du projet de loi de financement pour 2004. C'est donc bien une nouveauté. Et il est normal, face à une disposition nouvelle, de se demander pour quelle raison elle a été introduite.

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Elle remonte aux ordonnances de 1967 !

Mme Martine Billard. Non, au dernier PLFSS !

Par ailleurs, je ne sais si c'est la fatigue, monsieur le rapporteur, mais vous avez laissé échapper une information importante, en nous disant : l'UNCAM propose et le Gouvernement décide. Au moins c'est clair : c'est le Gouvernement qui décidera dorénavant des déremboursements.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 7663.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi de douze amendements identiques, n°s 712 à 723.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Nous proposons de supprimer le IV de l'article 3, qui confie à la Haute Autorité de santé et à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie la définition des affections de longue durée. J'ai déjà souligné que ces deux instances nouvelles créées par le texte n'ont aucune légitimité pour participer à cette définition, pas plus qu'elles n'en ont s'agissant de la délimitation du périmètre de prise en charge des soins en ALD.

En réalité, un tel dispositif a pour but inavoué d'introduire la notion restrictive de panier de soins, lequel sera défini d'une façon prétendument indépendante, après avis de la Haute Autorité de santé, par l'UNCAM et son « super-directeur » nommé.

M. Maxime Gremetz. Par le ministre !

Mme Jacqueline Fraysse. Et bien sûr on veut nous faire croire que cela se passera dans la transparence et en toute indépendance, dans le respect des règles démocratiques.

Il va sans dire que les organismes complémentaires de santé sont en embuscade derrière de telles dispositions qui constituent un véritable recul du droit à la santé. Elles font planer sur la sécurité sociale la menace d'une privatisation, qu'on peut encore qualifier de rampante pour le moment, mais qui ne saurait se dissimuler longtemps. Cette privatisation se fondera sur la distinction entre le gros risque et le petit risque. Toute considération de la personne humaine disparaîtra au profit de préoccupations purement gestionnaires.

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

M. Maxime Gremetz. Nous demandons en effet la suppression du IV, dont Mme Fraysse vient de démontrer la nocivité.

Nous avons proposé une nouvelle gouvernance avec, comme premier principe, que la sécurité sociale et l'assurance maladie soient gérées par les cotisants. Les payeurs doivent être les gérants.

Je sais ce que vous allez nous répondre : ces pauvres gens, ces pauvres salariés ne savent pas gérer. Mais si, contrairement à ce que vous pensez, ils en sont capables ! Et après tout, n'est-ce pas de leur argent qu'il s'agit !

Nous voulons revenir à une réelle démocratie, nous voulons redonner pouvoir et légitimité aux conseils d'administration, ce qui passe, qu'on le veuille ou non, par le rétablissement des élections à la sécurité sociale : quelle légitimité aurions-nous, ici, si nous n'étions pas élus mais désignés ?

Nous sommes attachés au paritarisme : ce sont les cotisants, employeurs et salariés, qui doivent être majoritaires dans cet organisme, et non pas une personne désignée. Pourquoi ne pas désigner un banquier pendant que vous y êtes ? Un banquier sait gérer les comptes et connaît les bons placements ! Nommez un banquier, ce sera plus clair ! Car ce que voulez instaurer revient au même : un Haut Conseil, un haut directeur, désigné par le ministre de la santé...

M. Yves Bur, président de la commission spéciale. Le baron Seillière, pendant qu'on y est !

M. Maxime Gremetz. Et vous parlez de démocratie ?... Vous parlez de citoyenneté et de responsabilité ?... Mais vous faites tout l'inverse de ce que vous dites ! Vous retirez des responsabilités aux cotisants parce que cela vous intéresse de piloter le mécanisme qui s'oriente vers une privatisation !

M. Yves Bur, président de la commission spéciale. Mme de Bettencourt, ce serait bien aussi !

M. le président. La commission et le Gouvernement sont contre.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements nos 712 à 723.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de douze amendements identiques, nos 2428 à 2439.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. M. Gremetz ne vous a pas convaincus, mes chers collègues ?... C'est étonnant parce qu'il y a mis beaucoup de passion.

M. Maxime Gremetz. J'y crois, moi ! Mais ce sont des technocrates !

Mme Jacqueline Fraysse. Cet amendement tend à supprimer, dans le dernier alinéa du IV, les mots : « Sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ».

M. Yves Bur, président de la commission spéciale. Ce qui est en contradiction avec ce que vient de dire M. Gremetz !

M. Maxime Gremetz. Pas du tout ! Vous ne lisez pas nos amendements !

Mme Jacqueline Fraysse. Décidément, il faudrait que M. Gremetz recommence son explication !

M. Maxime Gremetz. Oui ! Je vais tout expliquer à M. Bur. (Sourires.)

Mme Jacqueline Fraysse. Pourquoi voulons-nous supprimer ces mots et, plus généralement, ce paragraphe ? Parce qu'ils font référence à l'UNCAM et à la Haute Autorité pour définir les ALD et les droits ou les obligations qui en découlent. Or l'UNCAM, créée au nom d'un pilotage dit « plus responsable » – ce qui est sympathique pour ceux qui pilotait auparavant : étaient-ils des irresponsables ? –, chapeautera les trois caisses d'assurance maladie. Cette union sera, dans une large mesure,

sous la coupe d'un directeur général, nommé démocratiquement par le Gouvernement, le directeur de la caisse des salariés.

En outre, le IV organise pratiquement une gestion conjointe de l'assurance maladie par le régime obligatoire et par les assurances complémentaires, auxquelles est donnée la possibilité de peser sur le niveau – autrement dit sur le périmètre et le taux – de la couverture garantie par la sécurité sociale. S'agissant de décisions aussi importantes que celles qui touchent au périmètre et au taux de remboursement, nous ne pouvons accepter qu'on mette sur le même plan le régime obligatoire et les assurances complémentaires.

M. le président. Monsieur Gremetz, je suppose que votre amendement n° 2429 vient d'être défendu ?

M. Maxime Gremetz. Non, monsieur le président, car je viens de recevoir un fax et je me vois dans l'obligation d'intervenir. Il s'agit d'une déclaration de la Fédération des organismes sociaux,...

M. Yves Bur, président de la commission spéciale. C'est quoi, ça ?

M. Maxime Gremetz. ... qui, ce soir, s'élève, dans un communiqué, contre le racket que représente à son sens le financement de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé par les fonds de la sécurité sociale. (Exclamations sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.)

M. Jean-Marie Le Guen. Les racketteurs sont là !

M. Maxime Gremetz. Pour votre information, je vais lire la dépêche.

M. le président. On la connaît !

M. Maxime Gremetz. Elle indique qu'un amendement au projet de réforme de l'assurance maladie prévoit la création d'un crédit d'impôt devant permettre aux personnes juste au-dessus du seuil de la CMU d'acheter une complémentaire santé auprès d'une mutuelle ou d'une assurance privée, du moment que l'organisme respecte un cahier des charges précis. Dénonçant le terme de « crédit d'impôt », les organismes sociaux affirment que cette aide n'a rien à voir avec l'impôt. En effet, précisent-ils, « l'amendement prévoit de faire financer l'aide sur les fonds sociaux de la sécurité sociale, et non sur ceux de l'Etat ».

Il fallait que ce soit dit, car vous y allez un peu fort !

M. le président. Vous l'avez dit !

La commission et le Gouvernement sont contre.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements nos 2428 à 2439.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 7760 de M. Jean-Marie Le Guen.

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

M. le président. La commission et le Gouvernement sont contre.

Je le mets aux voix.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de douze amendements identiques, nos 2440 à 2451.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Je vais vous faire plaisir, monsieur le président : ils sont défendus.

M. le président. La commission et le Gouvernement sont contre.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n°s 2440 à 2451.

(*Ces amendements ne sont pas adoptés.*)

M. le président. Je suis saisi de douze amendements identiques, n°s 2452 à 2463.

Faites-moi plaisir aussi, monsieur Gremetz...

M. Maxime Gremetz. Soyez sans crainte, monsieur le président, je serai bref.

En droit, la précision rédactionnelle est une chose importante. Combien de lois ont dû être remises sur le métier car elles avaient été élaborées dans l'urgence ? L'exigence de la précision rédactionnelle mérite d'être mise en avant car, bien souvent, l'ordre du jour se trouve encombré par le réexamen de questions que l'on croyait pourtant avoir réglées durablement.

Le problème de l'accès au droit et de l'intelligibilité du droit est tout aussi important. Il doit être pris en compte et nous devons l'avoir constamment à l'esprit dans le cadre de nos travaux.

Par exemple, tous ceux qui, parmi nous, ont lu le vingtième rapport du Conseil des impôts relatif aux relations entre les contribuables et l'administration fiscale ont pu relever que les auteurs déplorent que la codification actuelle du droit fiscal ne garantisse plus l'intelligibilité et l'accessibilité à la norme et que la refonte du code général des impôts n'ait pas été envisagée dans le cadre des nouvelles procédures de codification.

Ce code est devenu largement inintelligible : le vocabulaire est parfois désuet et la rédaction souvent obscure. Par ailleurs, certains articles sont trop longs et ont perdu de leur cohérence. Enfin, la lecture directe de la loi applicable n'est plus possible en raison de l'usage systématique d'innombrables renvois.

« Nul n'est censé ignorer la loi » : nous savons tous à quel point ce peut être illusoire et, pourtant, il convient de ne jamais perdre de vue cette exigence citoyenne. Encore faut-il faciliter l'effort d'accès au droit en nous appliquant à promouvoir une rédaction aussi peu ésotérique que possible !

Ces rappels ayant été faits, quel est l'objet de ces amendements identiques ? Ils tendent à insérer, dans le dernier alinéa du IV de l'article 3 du projet, après les mots « de la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37 », les mots : « du code de la sécurité sociale ».

M. le président. La commission et le Gouvernement sont contre.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n°s 2452 à 2463.

(*Ces amendements ne sont pas adoptés.*)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 7664 de Mme Billard.

Cet amendement de cohérence est défendu.

La commission et le Gouvernement sont contre.

Je le mets aux voix.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques, n°s 37, 7831 et 7973.

L'amendement n° 37 est de la commission spéciale. Quel est l'avis du Gouvernement ?

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

M. le président. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n°s 37, 7831 et 7973.

(*Ces amendements sont adoptés.*)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 7665.

La parole est à Mme Martine Billard, pour soutenir, d'un mot, cet amendement de cohérence.

Mme Martine Billard. Il s'agit simplement de compléter le dernier alinéa du IV par les mots : « , sauf en cas d'urgence. ».

On doit pouvoir appliquer la loi ! Si notre amendement n'était pas adopté, nous risquerions de nous trouver dans des situations absurdes ! J'espère donc qu'il le sera.

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

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Défavorable : cela relève du décret.

Mme Martine Billard. Oh non !

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

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Même avis.

Mme Jacqueline Fraysse. Vraiment !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 7665.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 7667.

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

Mme Martine Billard. Je vais finir par croire que M. le rapporteur a défini des quotas et qu' étant non inscrite, je n'ai droit qu'à un amendement par loi ! Ayant eu satisfaction une fois, je n'ai donc plus rien à espérer. Mais je n'en défendrai pas moins le dernier amendement à l'article 3.

Nous ne voulons pas supprimer systématiquement le paiement à l'acte, mais introduire, dans le cas des affections de longue durée, la possibilité d'un paiement forfaitaire dont le montant serait déterminé par convention. Vous le constatez : nous ne nous en remettons pas seulement à la loi.

La loi a déjà ouvert cette faculté et la disposition serait favorable aussi bien aux médecins, qui sauraient combien de patients ils suivent dans ce cadre, qu'aux patients eux-mêmes, qui seraient assurés d'un suivi régulier et n'auraient donc pas à multiplier les visites inutiles.

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

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Cette faculté est déjà prévue dans le cadre de la convention, et je m'inquiète de cette insistance de la gauche, depuis deux ou trois jours, à essayer de limiter le paiement à l'acte !

Mme Martine Billard. Je l'assume tout à fait ! C'est le droit de l'opposition !

M. le président. Le Gouvernement est contre.

Je mets aux voix l'amendement n° 7667.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'article 3, modifié par les amendements adoptés.

(*L'article 3, ainsi modifié, est adopté.*)

M. le président. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

2

ORDRE DU JOUR DES PROCHAINES SÉANCES

M. le président. Lundi 5 juillet 2004, à neuf heures trente, première séance publique :

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

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

A quinze heures, deuxième séance publique :

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

A vingt et une heures trente, troisième séance publique :

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

La séance est levée.

(*La séance est levée à minuit.*)

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

ANNEXES AU PROCÈS-VERBAL

de la 3^e séance

du vendredi 2 juillet 2004

SCRUTIN (n° 520)

sur l'amendement n° 688 de Mme Fraysse et les amendements n°s 689 à 699 des membres du groupe communistes et républicains tendant à supprimer l'article 3 (art. L. 322-3 et L. 324-1 du code de la sécurité sociale) du projet de loi relatif à l'assurance maladie (prise en charge des patients atteints d'une pathologie chronique ou sévère).

Nombre de votants	37
Nombre de suffrages exprimés	37
Majorité absolue	19
 Pour l'adoption	 8
Contre	29

L'Assemblée nationale n'a pas adopté.

ANALYSE DU SCRUTIN

Groupe U.M.P. (362) :

Contre : 29 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

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

Groupe socialiste (149) :

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

Groupe Union pour la démocratie française (30).

Groupe communistes et républicains (22) :

Pour : 3 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

Non-inscrits (13) :

Pour : 1. – Mme Martine Billard.

SCRUTIN (n° 521)

sur l'amendement n° 700 de Mme Fraysse et les amendements n°s 701 à 711 des membres du groupe communistes et républicains à l'article 3 (art. L. 324-1 du code de la sécurité sociale) du projet de loi relatif à l'assurance maladie (suppression des dispositions relatives au protocole médical en cas d'affection de longue durée).

Nombre de votants	33
Nombre de suffrages exprimés	33
Majorité absolue	17
 Pour l'adoption	 7
Contre	26

L'Assemblée nationale n'a pas adopté.

ANALYSE DU SCRUTIN

Groupe U.M.P. (362) :

Contre : 26 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

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

Groupe socialiste (149) :

Pour : 3 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

Groupe Union pour la démocratie française (30).

Groupe communistes et républicains (22) :

Pour : 3 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

Non-inscrits (13) :

Pour : 1. – Mme Martine Billard.



A B O N N E M E N T S

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

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

Tout paiement à la commande facilitera son exécution

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

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

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

Prix du numéro : 0,75 €

(Fascicules compte rendu et amendements.)