

ASSEMBLÉE NATIONALE

DÉBATS PARLEMENTAIRES

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

11^e Législature

SESSION ORDINAIRE DE 1998-1999

49^e séance

COMPTE RENDU INTÉGRAL

3^e séance du jeudi 29 octobre 1998



SOMMAIRE

PRÉSIDENTICE DE M. YVES COCHET

1. **Loi de financement de la sécurité sociale pour 1999.** – Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 7662).

DISCUSSION DES ARTICLES (*suite*) (p. 7662)

Article 19 (*suite*) (p. 7662)

Amendements n^{os} 181 de M. Hériaud, 55 et 57 de la commission des affaires culturelles et 246 de M. Goulard : MM. Pierre Hériaud, Claude Evin, rapporteur de la commission des affaires culturelles, pour l'assurance maladie et les accidents du travail ; Jean-Luc Prél, Bernard Accoyer, Bernard Kouchner, secrétaire d'Etat à la santé ; Jérôme Cahuzac, rapporteur pour avis de la commission des finances ; Jean Bardet, Gérard Terrier, Alfred Recours. – Rejets.

Amendements n^{os} 56 rectifié de la commission des affaires culturelles et 331 de M. Bur : MM. le rapporteur, Jean-Luc Prél, le secrétaire d'Etat. – Adoption de l'amendement n^o 56 rectifié ; l'amendement n^o 331 n'a plus d'objet.

Adoption de l'article 19 modifié.

Article 20 (p. 7665)

MM. Jean-Luc Prél, Bernard Accoyer, François Goulard, le rapporteur, le secrétaire d'Etat.

Amendement de suppression n^o 168 de M. Accoyer : MM. Bernard Accoyer, le rapporteur, le secrétaire d'Etat. – Rejet.

Amendement n^o 433 du Gouvernement : MM. le secrétaire d'Etat, le rapporteur, François Goulard. – Adoption.

Amendement n^o 295 de M. Gengenwin : MM. Jean-Luc Prél, le rapporteur, le secrétaire d'Etat. – Rejet.

Amendement n^o 217 corrigé de la commission des affaires culturelles : MM. le rapporteur, le secrétaire d'Etat. – Adoption.

Adoption de l'article 20 modifié.

Article 21 (p. 7669)

MM. Jacques Barrot, Jean-Luc Prél, Bernard Accoyer, Pierre Hellier, François Goulard, Jean Bardet, Mme Jacqueline Fraysse, MM. le rapporteur, rapporteur pour avis, Jean Le Garrec, président de la commission des affaires culturelles ; Mme Martine Aubry, ministre de l'emploi et de la solidarité.

Amendements de suppression n^{os} 297 de M. Prél et 372 de M. Goulard : MM. Jean-Luc Prél, François Goulard, le rapporteur, le secrétaire d'Etat, Bernard Accoyer, Jean-Paul Bacquet. – Rejet.

Amendement n^o 299 de M. Prél : MM. Jean-Luc Prél, le rapporteur ; Mme la ministre. – Rejet.

Rappel au règlement (p. 7683)

MM. Jean-Luc Prél, le président.

Reprise de la discussion (p. 7683)

Amendement n^o 248 de M. Goulard : MM. François Goulard, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendements identiques n^{os} 193 de M. Accoyer et 206 corrigé de M. Goulard : MM. François Goulard, Bernard Accoyer, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n^o 194 de M. Accoyer : MM. Bernard Accoyer, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n^o 196 corrigé de M. Accoyer : MM. Bernard Accoyer, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n^o 249 de M. Goulard : MM. François Goulard, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Les amendements n^{os} 195 et 197 de M. Accoyer n'ont plus d'objet.

Amendement n^o 59 de la commission des affaires culturelles : M. le rapporteur, Mme la ministre, M. Bernard Accoyer. – Rejet.

Amendement n^o 15 de la commission des finances : MM. le rapporteur pour avis, le rapporteur ; Mme la ministre, M. Bernard Accoyer. – Rejet.

Amendement n^o 203 de M. Accoyer : MM. Bernard Accoyer, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n^o 198 de M. Accoyer : MM. Bernard Accoyer, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n^o 60 de la commission des affaires culturelles : M. le rapporteur, Mme la ministre. – Adoption.

Amendement n^o 182 de M. Accoyer : MM. Bernard Accoyer, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n^o 199 de M. Accoyer : MM. Bernard Accoyer, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n^o 200 de M. Accoyer : MM. Bernard Accoyer, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n^o 403 de M. Accoyer : MM. Bernard Accoyer, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n^o 61 de la commission des affaires culturelles : M. le rapporteur, Mme la ministre. – Adoption.

Amendement n^o 421 du Gouvernement : Mme la ministre, M. le rapporteur. – Adoption.

Amendement n^o 402 de M. Accoyer : MM. Bernard Accoyer, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n^o 62 de la commission des affaires culturelles : M. le rapporteur, Mme la ministre. – Adoption.

Amendement n^o 63 de la commission des affaires culturelles : M. le rapporteur, Mme la ministre. – Adoption.

Amendement n^o 202 de M. Accoyer : MM. Bernard Accoyer, le rapporteur, le secrétaire d'Etat. – Rejet.

Amendement n^o 204 de M. Accoyer : MM. Bernard Accoyer, le rapporteur, le secrétaire d'Etat. – Rejet.

Amendement n^o 184 de M. Accoyer : MM. Bernard Accoyer, le rapporteur, le secrétaire d'Etat. – Rejet.

Amendement n^o 185 de M. Accoyer : MM. Bernard Accoyer, le rapporteur, le secrétaire d'Etat. – Rejet.

Adoption de l'article 21 modifié.

Article 22 (p. 7689)

Amendement de suppression n^o 300 de M. Bur : MM. Yves Bur, le rapporteur ; le secrétaire d'Etat. – Rejet.

Amendement n° 175 de M. Barrot : MM. Jean-Luc Prél, le rapporteur, le secrétaire d'Etat. – Rejet.

Amendement n° 187 de M. Accoyer : MM. Bernard Accoyer, le rapporteur, le secrétaire d'Etat. – Rejet.

Amendement n° 16 de la commission des finances : M. le rapporteur pour avis. – Retrait.

Amendement n° 439 du Gouvernement : Mme la ministre, M. le rapporteur. – Adoption.

Adoption de l'article 22 modifié.

Après l'article 22 (p. 7690)

Amendement n° 430 rectifié de M. Evin, avec les sous-amendements n°s 442, 443 et 444 de M. Bur : M. Claude Evin.

Rappel au règlement (p. 7691)

MM. Bernard Accoyer, le rapporteur.

Suspension et reprise de la séance (p. 7691)

Sous-amendement n° 445 de M. Accoyer à l'amendement n° 430 rectifié : MM. Bernard Accoyer, Yves Bur, le rap-

porteur, le secrétaire d'Etat. – Rejet des sous-amendements n°s 445, 442, 443 et 444 ; adoption de l'amendement n° 430 rectifié.

Article 23 (p. 7693)

MM. Jacques Barrot, Bernard Accoyer, Yves Bur, Jean-Pierre Foucher, Jean Bardet, Mme Jacqueline Fraysse, M. le rapporteur.

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

2. **Dépôt d'une proposition de résolution** (p. 7696).
3. **Dépôt d'un projet de loi organique modifié par le Sénat** (p. 7696).
4. **Dépôt d'un projet de loi modifié par le Sénat** (p. 7696).
5. **Ordre du jour des prochaines séances** (p. 7696).

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENCE DE M. YVES COCHET,
vice-président

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

1

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 1999

Suite de la discussion d'un projet de loi

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n^{os} 1106, 1148).

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 19 (1), aux amendements n^{os} 181, 55, 57 et 246 soumis à discussion commune.

Article 19 (*suite*)

M. le président. L'amendement n^o 181.

L'amendement n^o 181, présenté par MM. Hériaud, Méhaignerie, Barrot, Jégou, de Courson, Mme Idrac et M. Loos, est ainsi rédigé :

« I. – Dans le quatrième alinéa du I de l'article 19, substituer à la date : "1^{er} juillet 1999", la date : "1^{er} janvier 2000".

« II. – En conséquence, procéder à la même substitution dans le dernier alinéa du I. »

L'amendement n^o 55, présenté par M. Evin, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour l'assurance maladie et les accidents du travail, et M. Accoyer, est ainsi rédigé :

« I. – Dans le quatrième alinéa du I de l'article 19, substituer à la date : "1^{er} juillet 1999", la date : "1^{er} janvier 2000".

« II. – Compléter cet article par le paragraphe suivant :

« Les pertes de recettes sont compensées à due concurrence par une cotisation additionnelle aux droits sur le tabac au bénéfice des organismes de sécurité sociale. »

L'amendement n^o 57, présenté par M. Evin, rapporteur, et M. Accoyer, est ainsi rédigé :

« I. – Dans le dernier alinéa du I de l'article 19, substituer à la date : "1^{er} juillet 1999", la date : "1^{er} janvier 2000".

« II. – Compléter cet article par le paragraphe suivant :

« Les pertes de recettes sont compensées à due concurrence par une cotisation annuelle additionnelle aux droits sur le tabac au bénéfice des organismes de sécurité sociale. »

L'amendement n^o 246, présenté par M. Goulard, est ainsi rédigé :

« Dans le quatrième alinéa du I de l'article 19, substituer à la date : "1^{er} juillet 1999", la date : "1^{er} janvier 2000". »

La parole est à M. Pierre Hériaud, pour soutenir l'amendement n^o 181.

M. Pierre Hériaud. Cet amendement s'inscrit dans le droit fil de toutes les interventions sur l'article 19, relatif aux critères d'attribution de l'allocation de remplacement au cas de cessation d'activité des médecins dans le cadre du mécanisme d'incitation à la cessation d'activité, le MICA

Je rappelle que l'allocation de remplacement prévue est financée, d'une part, par les cotisations des médecins en exercice et, d'autre part, par le régime général d'assurance maladie.

Le mécanisme d'incitation à la cessation d'activité a rencontré un succès certain et nombreux sont les médecins qui se sont fondés, pour prendre leur décision de cessation d'activité, sur les déclarations et les décisions de Mme Aubry en 1998, qu'il s'agisse de sa déclaration du 19 mai à l'Assemblée nationale, lorsqu'elle a présenté les grandes orientations de son projet, de sa lettre du 29 mai à la CARMF ou du décret du 31 août 1998 confirmant l'application des dispositions du MICA pour 1999.

Or l'article 19 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale apparaît en contradiction avec les décisions précédentes, en ne prenant pas en compte la totalité de l'année 1999. L'objet de cet amendement est donc d'y remédier.

M. le président. La parole est à M. Claude Evin, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour l'assurance maladie et les accidents du travail, pour soutenir les amendements n^{os} 55 et 57, qui sont compatibles entre eux.

M. Claude Evin, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour l'assurance maladie et les accidents du travail. La commission a adopté un amendement tendant à repousser au 1^{er} janvier de l'an 2000 la date à compter de laquelle entrera en application le nouveau dispositif du MICA, destiné à mieux adapter la démographie médicale aux spécialités, d'une part, et aux régions, d'autre part.

(1) Le texte de cet article a été publié dans le compte rendu de la deuxième séance du jeudi 29 octobre 1998.

La date dont nous débattons est celle à partir de laquelle les nouveaux mécanismes du MICA devront entrer en vigueur. Cela étant, il appartient aux partenaires conventionnels de les mettre en place.

Pour autant, on a bien vu – et une certaine unanimité semble se dégager sur ces bancs à ce sujet – qu'il était nécessaire que le nouveau mécanisme du MICA démarre rapidement afin de mieux traiter le problème de la démographie. Le Gouvernement a prévu la date du 1^{er} janvier 1999. La commission, elle, propose, contre l'avis de son rapporteur, la date du 1^{er} janvier de l'an 2000.

M. Jean-Luc Préel. La commission a raison !

M. Claude Evin, *rapporteur*. J'estime, avec d'autres parlementaires – et je sais que M. Barrot est très sensible à ce problème – qu'il convient, non d'imposer une date, mais, d'une certaine manière, de faire pression sur les partenaires gérant ce mécanisme pour qu'ils le mettent en œuvre le plus vite possible.

Si le Gouvernement souhaitait maintenir la date qu'il a fixée initialement, le rapporteur de la commission n'y verrait pas d'inconvénient particulier, malgré le vote de la commission. De même, il ne prendrait pas ombrage du fait que l'Assemblée nationale puisse ne pas adopter l'amendement de la commission.

M. Jean-Pierre Foucher. Le rapporteur est là pour présenter l'avis de la commission !

M. le président. La parole est à M. Jean-Luc Préel, pour soutenir l'amendement n° 246.

M. Jean-Luc Préel. Il est défendu.

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

M. Bernard Accoyer. Je signale que c'est moi qui avais initialement déposé l'amendement que vient de présenter M. le rapporteur.

M. Claude Evin, *rapporteur*. C'est exact !

M. Bernard Accoyer. Il est vrai que le président de la commission, dont nous ne pouvons que saluer l'attention qu'il porte aux problèmes sociaux, a été, comme nombre de parlementaires, saisi par des médecins des problèmes qu'ils rencontrent en fin de carrière, quand, après des années d'un exercice professionnel souvent fatigant, ils aspirent, pour des raisons de santé ou pour des raisons personnelles, à cesser leur activité. Tout cela pour dire que, en commission, malgré l'avis du rapporteur, une quasi-unanimité s'est dégagée pour adopter cet amendement. Je signale donc très amicalement au rapporteur qu'il doit rapporter l'avis de la commission.

M. le président. La parole est à M. le secrétaire d'Etat à la santé, pour donner l'avis du Gouvernement sur ces quatre amendements.

M. Bernard Kouchner, *secrétaire d'Etat à la santé*. Nul besoin de reprendre le débat de cet après-midi pour justifier les raisons qui nous poussent à dire que le MICA était une bonne idée, comme en témoigne le succès qu'il a rencontré.

Je précise que les dossiers déposés avant 1999 seront traités selon les modalités antérieures qui, pourtant, sont coûteuses. Il nous a fallu améliorer un peu tout cela, sinon il nous en aurait coûté 200 millions.

Cela dit, je n'ai pas d'*a priori*. La date que nous avons prévue, celle du 1^{er} juillet 1999, n'est pas une date - couperet.

M. Bernard Accoyer. Très bien !

M. le secrétaire d'Etat à la santé. Nous avons même signalé aux partenaires que, s'ils le souhaitaient, ils pouvaient déplacer cette date. Mais reconnaissez qu'il y a un certain flottement : les lettres que nous avons reçues les uns et les autres de la part de médecins qui veulent cesser leur activité, partir en retraite, en attestent. Or si les nouvelles règles de fonctionnement du MICA, qui permettront de mieux ordonner les départs par spécialité et par région – sur ce point, nous sommes tous d'accord –, n'entrent en application qu'au 1^{er} janvier 2000, cette impression de flottement sera renforcée. Et c'est là qu'il y a contradiction.

Cela dit, je le répète, la date que nous avons prévue n'est pas une date - couperet. Si vous choisissez la date du 1^{er} janvier 2000 plutôt que celle du 1^{er} juillet 1999, cela n'a pas d'importance.

Je m'en remets à la sagesse de l'Assemblée. Pour autant, le nouveau mécanisme devra entrer en vigueur très rapidement pour permettre un meilleur ordonnancement des départs par région et par spécialité.

M. le président. Dois-je comprendre, monsieur le secrétaire d'Etat, que vous levez le gage des amendements n°s 55 et 57 ?

M. le secrétaire d'Etat à la santé. La date du 1^{er} juillet 1999 nous semble, je le répète, une bonne date pour l'entrée en vigueur du nouveau dispositif. Par conséquent, le Gouvernement est contre ces amendements. J'ajoute que si les partenaires avaient besoin d'un ou deux mois supplémentaires, nous ne ferions pas preuve de rigidité.

M. le président. La parole est à M. Jérôme Cahuzac, rapporteur pour avis de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan.

M. Jérôme Cahuzac, *rapporteur pour avis de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan*. Ces mesures d'incitation à la cessation d'activité sont bonnes. D'ailleurs, tous les gouvernements les ont mises en œuvre, et je crois que c'est une bonne chose.

La proposition qui nous est faite de moduler les aides au départ en fonction des spécialités et en fonction des zones géographiques me paraît une amélioration indiscutable du système. Pour autant, il ne faudrait pas que le vote de cette mesure aboutisse à changer la règle du jeu pour un certain nombre de médecins qui se sont engagés dans ce processus et qui ne s'attendent pas à une modification.

M. Bernard Accoyer. Très juste !

M. Jérôme Cahuzac, *rapporteur pour avis*. Cela dit, à partir du moment où le Gouvernement nous indique très clairement que les dispositions que nous nous apprêtons à voter ne seront pas rétroactives pour ceux qui sont déjà entrés dans le système, je crois que nous pouvons, accepter ce qu'il nous propose et donc, en conséquence, rejeter l'amendement, bien qu'il ait été adopté par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales. (*Protestations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants.*)

M. Jean-Luc Préel. Très mauvaise argumentation !

M. Bernard Accoyer. Il était pourtant bien parti ! Malheureusement, ça c'est mal terminé !

M. Jérôme Cahuzac, *rapporteur pour avis*. On ne peut pas plaire à tout le monde !

M. Alfred Recours, *rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour les recettes et l'équilibre général*. Nous sommes au pays de Descartes, et M. Cahuzac est cartésien jusqu'au bout !

M. le président. La parole est à M. Jean Bardet.

M. Jean Bardet. M. le secrétaire d'Etat vient de nous dire que l'application des règles antérieures aurait un coût de 200 millions.

M. le secrétaire d'Etat à la santé. J'ai dit qu'il y aurait un déficit si nous, nous n'avions rien fait !

M. Jean Bardet. Mais il faut savoir que, quand un médecin quitte une activité prescriptive, il permet à la sécurité sociale de ne pas dépenser une somme de 1,5 à 2 millions par an, et que près de 3 000 médecins ont déjà profité du MICA. Il suffit de faire la multiplication pour se rendre compte qu'on est bien loin de la somme de 200 millions avancée par M. le secrétaire d'Etat, somme qu'il trouve trop élevée pour appliquer le dispositif antérieur du MICA.

M. le président. La parole est à M. Gérard Terrier.

M. Gérard Terrier. Eu égard à la position du rapporteur Evin, qui s'en remet à la sagesse de l'Assemblée, et aux garanties offertes par le Gouvernement ainsi qu'à la précision qu'il a apportée quant à la date d'application du nouveau dispositif, laquelle ne serait pas une date coupe-ret, je préconise de voter contre cet amendement.

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

M. Bernard Accoyer. C'est vraiment dommage de détériorer de cette façon le climat de vos relations avec les médecins !

M. le secrétaire d'Etat à la santé. Quel climat ? Quelle détérioration ?

M. Bernard Accoyer. La commission a décidé unanimement, après l'insistante intervention de son président, Jean Le Garrec, dont on reconnaît les qualités d'écoute, d'adopter cet amendement.

M. Claude Evin, *rapporteur*. Contre l'avis du rapporteur !

M. Bernard Accoyer. La commission des affaires sociales devrait avoir ici un avocat : son rapporteur. Or je m'étonne que ce ne soit pas le cas, car ce n'est pas la tradition de la maison.

Il serait vraiment dommage que, après que la profession tout entière eut appris que, dans sa grande sagesse, la commission des affaires sociales avait accepté cet amendement, nous revenions aujourd'hui sur celui-ci à l'instigation du rapporteur.

En tout état de cause, mes chers collègues, cet amendement n'aurait pas beaucoup de conséquences. Il permettrait simplement à des médecins en fin de carrière ayant organisé leur cessation d'activité de franchir cette étape en douceur. La fin d'une carrière n'est pas une période facile à gérer du point de vue humain, psychologique et personnel.

M. Claude Evin, *rapporteur*. Ce n'est pas le problème !

M. le secrétaire d'Etat à la santé. Il y a plein de fins de carrière qui sont plus difficiles à gérer que celles ces médecins !

M. Bernard Accoyer. Pourquoi prendre cette mesure agressive ? Il vaudrait mieux tenir compte des travaux et des décisions de la commission, et repousser au 1^{er} jan-

vier 2000 la date d'entrée en vigueur du nouveau dispositif, suivant ainsi l'avis du président de cette commission, cet homme généreux, équilibré, pondéré, dont je me plais à saluer l'arrivée dans l'hémicycle. (*Sourires.*)

M. le président. La parole est à M. Alfred Recours.

M. Alfred Recours, *rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour les recettes et l'équilibre général*. Il est vrai que, comme on l'a dit, il y a eu un flottement dans la commission à propos de cette question.

M. Jean-Pierre Foucher. Non !

M. Bernard Accoyer. Pas du tout ! Il y a eu un vote très net !

M. Alfred Recours, *rapporteur*. Mais j'ai participé à ce vote, comme tout le monde !

M. Bernard Accoyer. Vous aviez le nez dans vos dossiers à ce moment-là !

M. Alfred Recours, *rapporteur*. Ce flottement a pris fin avec le vote qui vient d'être évoqué. Notre rapporteur, M. Claude Evin, s'était opposé à l'amendement, et il l'a rappelé.

M. Bernard Accoyer. Mais ce n'est pas le problème !

M. Alfred Recours, *rapporteur*. Quant à notre président, il avait pris position sur des points précis sur lesquels M. le secrétaire d'Etat vient de nous donner des assurances et des garanties. La différence est là ! (*Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants.*)

Je ne comprendrais pas que des collègues qui, par ailleurs, sont contre les flottements des K, et éventuellement des Z, ne soient pas d'accord avec nous pour éviter la pérennisation du flottement.

Comme les autres rapporteurs, je confirme que nous pouvons, après l'intervention de M. le secrétaire d'Etat, revenir sur le vote de la commission. (*Protestations sur les mêmes bancs.*)

M. Bernard Accoyer. Le président de la commission pourrait-il nous éclairer ?...

M. le président. Chers collègues, nous allons maintenant interroger la sagesse collective.

Je mets aux voix l'amendement n° 181.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 55.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 57.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 246.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, nos 56 rectifié et 331, pouvant être soumis à une discussion commune.

L'amendement n° 56 rectifié, présent par M. Evin, rapporteur, MM. Bur, Prél, Foucher et Gengenwin, est ainsi rédigé :

« Après le I de l'article 19, insérer le paragraphe suivant :

« I bis – Une évaluation du dispositif prévu au I sera annexée au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001. »

L'amendement n° 331, présenté par MM. Bur, Préel, Foucher, Gengenwin, Blessig, de Courson et Barrot, est ainsi rédigé :

« Après le quatrième alinéa du I de l'article 19, insérer l'alinéa suivant :

« Une évaluation du dispositif sera annexée au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001. »

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 56 rectifié.

M. Claude Evin, *rapporteur*. Il s'agit d'un amendement qui a été adopté à l'initiative de M. Bur et de M. Préel. Je laisse à ce dernier le soin de le présenter.

M. le président. Vous avez la parole, monsieur Préel.

M. Jean-Luc Préel. Monsieur le président, j'espère que M. le rapporteur ne va pas finalement nous dire qu'il est contre cet amendement. La commission l'ayant adopté, j'ose penser qu'il sera favorable à son adoption. Dans le cas contraire, nous demanderions une suspension de séance pour permettre à la commission de se réunir.

M. Bernard Accoyer. L'incident le mériterait !

M. Jean-Luc Préel. J'avais cru comprendre tout à l'heure que tout le monde était pressé, mais nous avons passé vingt-deux minutes à examiner quatre amendements qui changeaient simplement une date, alors même que M. le secrétaire d'Etat était d'accord. Je prends donc acte, monsieur le président, qu'on souhaite que nous soyons là dimanche, éventuellement le soir.

M. Bernard Accoyer. Ce week-end et le suivant !

M. le président. Ce sera pour traiter un autre sujet !

M. Jean-Luc Préel. Tout le monde a compris l'importance du MICA mais personne n'est aujourd'hui tout à fait d'accord sur son coût réel et sur les économies réalisées lorsqu'un généraliste ou un spécialiste prend sa retraite. Nous souhaiterions par conséquent disposer d'un rapport d'évaluation afin de connaître le coût réel du MICA et les économies qu'il permet de réaliser.

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

M. le secrétaire d'Etat à la santé. Le Gouvernement est d'accord, et nous serons peut-être surpris du résultat. Il est en effet très important d'avoir une évaluation, et le dispositif le permettra.

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

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'amendement n° 331 tombe.

Je mets aux voix l'article 19, modifié par l'amendement n° 56 rectifié.

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

Article 20

M. le président. « Art. 20. - I. - Il est créé, pour une durée de cinq ans à compter du 1^{er} janvier 1999, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, un fonds d'aide à la qualité des soins de ville. Les professionnels de santé exerçant en ville sont associés à la gestion du fonds.

« II. - Le fonds finance des actions concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, par l'octroi d'aides à des professionnels

de santé exerçant en ville ou à des regroupements de ces mêmes professionnels, et le cas échéant d'aides au développement de nouveaux modes d'exercice.

« III. - Les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, et pour 1999 à 500 millions de francs. La répartition entre les différents régimes est effectuée dans les conditions définies à l'article L. 722-4 du code de la sécurité sociale.

« IV. - Les modalités de fonctionnement et de gestion du fonds, de participation des représentants des professionnels de santé exerçant en ville ainsi que les aides éligibles à un financement du fonds sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. »

Sur l'article 20, plusieurs orateurs sont inscrits.

La parole est à M. Jean-Luc Préel.

M. Jean-Luc Préel. Cet article tend donc à créer un fonds d'aide à la qualité des soins de ville.

Comment ne pas être d'accord sur le principe ? Tout le monde est d'accord pour améliorer la qualité des soins. Mais, monsieur le secrétaire d'Etat, celle-ci ne dépend pas uniquement des moyens mis en jeu. Ce qui est important, si l'on veut une meilleure qualité des pratiques, c'est d'améliorer la formation initiale des médecins.

Certains sont contre la sélection dans les études, mais, en médecine, la sélection est forte à la fin de la première année, et elle joue encore à la fin de la deuxième année.

Il faut que cette sélection soit fondée sur les capacités d'écoute, d'analyse et de synthèse, et non sur la connaissance de telle ou telle molécule ; ce serait un progrès considérable, et nous améliorerions très sérieusement la qualité de notre médecine.

Mais il faut aussi se préoccuper de la formation continue, dont vous savez combien elle est en panne. Celle-ci devrait être très sérieuse, elle devrait être obligatoire et porter sur des thèmes majeurs, notamment les améliorations de diagnostic et de thérapeutique.

Par ailleurs, il serait bon de mettre rapidement l'étudiant au contact du malade, dans un esprit de compagnonnage. C'est fondamental pour apprendre les gestes majeurs auprès des malades, pour porter un bon diagnostic et proposer une bonne thérapeutique. C'est essentiel si l'on veut améliorer la qualité de la médecine dans notre pays.

Créer un fonds d'aide à la qualité des soins, pourquoi pas ? Mais, et vous allez sans doute nous le redire tout à l'heure, lorsqu'on crée un fonds, il y a automatiquement des demandeurs : c'est bien français, c'est bien normal. Ce qui justifie l'existence du fonds de réorientation pour l'hôpital, c'est que tout le monde demande à en bénéficier. Si l'hôpital est étranglé financièrement, il est normal de réclamer des crédits. Et si vous créez un fonds d'aide à la qualité des soins de ville, tout le monde, là aussi, demandera à en bénéficier, mais cela ne veut pas dire que ce fonds était indispensable.

Vous me répondez que la démarche est importante. Sans aucun doute. Mais j'aimerais savoir comment sera géré ce fonds. Qui décidera de l'utilisation de crédits ? Qui pourra en bénéficier ?

Si vous êtes aussi sûr de son efficacité, pourquoi limiter sa durée d'action à cinq ans ? Prévoyez plutôt un fonctionnement pérenne, avec une évaluation. Ou bien, comme je l'avais proposé dans un amendement, créez-le à titre expérimental. En effet, l'amélioration de la qualité et la coordination des soins de ville ne sauraient se limiter

dans le temps. Or, curieusement, cet amendement, qui se contentait de remplacer les mots « cinq ans », par les mots « à titre expérimental », et n'entraînait aucune dépense supplémentaire, a été rejeté alors qu'il diminuait plutôt les dépenses. J'aimerais savoir à quel titre il a été repoussé.

M. Bernard Accoyer. On se le demande !

M. François Goulard. Parce que les commissaires étaient en majorité socialistes !

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

M. Bernard Accoyer. Plusieurs raisons m'incitent à intervenir, notamment l'attitude du rapporteur de la commission des affaires sociales, qui n'a pas traduit l'esprit qui avait présidé à nos travaux.

L'année 1999 verra la création d'un énième fonds. Ça devient une manie. L'année dernière a vu la création d'un fonds d'accompagnement social pour la modernisation des hôpitaux et d'un fonds d'aide à l'adaptation des établissements hospitaliers. Avec la cuvée 1999, nous avons droit à un fonds d'aide à la qualité des soins de ville !

M. Alfred Recours, rapporteur. Ainsi fonds, fonds, fonds !... (*Sourires.*)

M. Jean-Pierre Foucher. Où est le fond ?

Mme Martine Aubry, ministre de l'emploi et de la solidarité. Vous l'avez touché !

M. Bernard Accoyer. Où va-t-on s'arrêter ? L'article 20 soulève en réalité plusieurs problèmes.

Tout d'abord, alors que la priorité est la maîtrise des dépenses de santé, est-il vraiment raisonnable de mettre 500 millions de francs au pot – excusez du peu ! – pour promouvoir de nouvelles formes de dispensation des soins prétendument plus efficaces et plus économiques ?

La somme est importante au regard de la croissance de l'ONDAM qui sera consacrée aux soins ambulatoires. C'est presque 7 %. Ce n'est pas sérieux ! Si les nouvelles modalités d'organisation pour la dispensation des soins – avec le développement des filières et des réseaux, par exemple le réseau santé-social – sont vraiment performantes, elles vont s'imposer d'elles-mêmes. Ce qui nous distingue, c'est que nous avons la conviction que ce qui est bon et efficace s'impose de soi-même alors que, pour vous, il faut imposer, en dépensant toujours plus d'argent collectif, les décisions idéologiques que vous jugez les meilleures.

Parce que nous sommes au cœur même de votre mode de raisonnement, parce que la voie que vous empruntez représente un changement profond du système de soins auquel les Français aspirent à accéder dans de bonnes conditions, parce que vous accordez à cette mutation qui est une remise en cause des fonds importants, nous voterons contre l'article 20.

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

M. François Goulard. Cet article est d'un vague remarquable. Qui peut expliquer à quoi cet argent servira et dans quelles conditions il sera dépensé ? Il est vrai que vous renvoyez à un décret, et nous verrons bien. Mais cette façon de procéder, en créant un fonds national auprès de la caisse nationale d'assurance maladie, remonte aux années 60 et est complètement dépassée.

M. Alfred Recours, rapporteur. C'est votre discours qui est dépassé !

M. François Goulard. Pourquoi créer un fonds national afin d'aider des actions qui seront par définition locales ? Ou bien cette conception est totalement inadaptée, ou

elle résulte de la volonté de contrôler les subventions, car subventions il y aura. Nous croyons d'ailleurs deviner la méthode qui sera utilisée. La bonne méthode consisterait non pas à créer un fonds national, mais à permettre à chaque caisse primaire de consacrer une partie de ses ressources à des expériences.

Ces caisses sont aujourd'hui le lieu d'initiatives souvent remarquables. Malheureusement, leur capacité d'initiative est extrêmement limitée, en particulier du point de vue financier. Pourquoi ne pas accroître la proportion des fonds dont elles peuvent disposer librement ? Cela leur permettrait de prendre des initiatives répondant réellement aux besoins des patients et des professionnels de santé, des initiatives permettant une discussion directe entre l'assureur, c'est-à-dire la caisse primaire d'assurance maladie, et les professionnels de santé.

C'est comme ça qu'on obtiendra des résultats positifs, et non en créant un fonds national qui pourra – ce n'est qu'une éventualité, si j'en crois l'exposé des motifs – être déconcentré. Là encore, le vocabulaire utilisé est extraordinairement daté. La déconcentration administrative, qui semble d'ailleurs être le maître mot, du Gouvernement dans ce domaine comme dans d'autres, est une grande invention des années 60, puisque le décret sur la déconcentration administrative date de 1964.

Nous revenons donc bien aux années 60, avec la méthode consistant à donner des enveloppes par département, à publier des instructions et des circulaires, au lieu de laisser faire ceux qui peuvent réellement exercer une responsabilité.

Vous nous engagez dans une impasse qui aboutira à un gaspillage. Ce n'est sûrement pas ce qu'il faut faire pour répondre à l'objectif affiché.

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

M. Claude Evin, rapporteur. Je suis étonné de la position que viennent d'exprimer plusieurs députés de l'opposition. En effet, ce fonds pour la modernisation de la qualité des soins de ville a été souhaité par les partenaires sociaux et les organisations syndicales.

M. François Goulard. Ceux que vous voyez !

M. Claude Evin, rapporteur. Cette concertation a fait l'objet d'un rapport, présenté par M. François Stasse, sur l'avenir de la médecine de ville.

M. François Goulard. C'est l'un de vos amis politiques !

M. Claude Evin, rapporteur. Ce rapport, qui résulte donc d'une concertation et dont la qualité a été reconnue par l'ensemble des partenaires, proposait la création d'un fond d'amélioration de la qualité des soins et de soutien aux actions de coopération.

M. François Goulard. Du point de vue technique, cette conception s'inspire du droit administratif !

M. Claude Evin, rapporteur. Il y a donc eu discussion non seulement au sein de cette mission, mais aussi dans les groupes de travail qui l'ont accompagnée.

Monsieur Goulard, vous avez dit que la gestion de ce fonds au niveau national engendrerait des difficultés dues à la rigidité. Je suis au moins partiellement d'accord avec vous puisque j'ai déposé un amendement, n° 217, qui tend à déconcentrer la gestion de ce fonds. Mais, compte tenu de votre culture et de votre expérience professionnelle, vous réagissez comme s'il s'agissait d'une déconcentration du type de celle que vous avez connue.

Or je rappelle qu'il existe des organismes et des structures dont la vocation est précisément de gérer ce type de fonds sur le plan régional.

L'amendement n° 217, en faveur duquel vous ne manquez certainement pas de voter, répondra à vos préoccupations. La création de ce fonds était souhaitée, je le répète, par l'ensemble des professionnels et il me semble nécessaire de la décider. Il conviendra donc de repousser l'amendement de suppression de l'article 20.

M. le président. La parole est à M. le secrétaire d'Etat.

M. le secrétaire d'Etat à la santé. Je suis un peu atterré par les arguments qui ont été développés. Ils sont en outre contradictoires : nous sommes des étatistes mais aussi des corporatistes, des centralisateurs mais également enclins à la dispersion...

Que savez-vous de notre recherche ? Ce sont les professionnels eux-mêmes, Claude Evin l'a rappelé - au sein du groupe Stasse, il y avait des représentants de la CSMF et de tous les syndicats -, qui ont souhaité que le mot magique « réseau » soit un peu explicite. Qu'est-ce qu'un réseau ? Comment le crée-t-on ?

Nous avons reçu des dizaines et des dizaines de professionnels. Tous disaient : « Un réseau, ça ne s'impose pas, comment allons-nous faire ? Il nous faut un peu d'argent pour avoir un secrétariat et pouvoir faire des études. » C'est ce que nous avons fait. Mais, dès qu'il s'agit de moderniser un peu et de se projeter dans l'avenir, on nous accuse d'idéologie. Oui, pour nous, l'avenir, c'est idéologique, en effet. Mais pas au sens du sectarisme que vous nous prêtez, monsieur Accoyer. Simplement, tout le monde veut travailler dans des réseaux, et nous en offrons la possibilité.

Vous critiquez les fonds, mais nous ne les créons pas par manie. Nous essayons d'améliorer notre système de soins, qui mérite mieux que des injures.

Le fonds de modernisation est doté de 500 millions, il a donné lieu à des projets que nous avons analysés avec les partenaires sociaux, et vous verrez : ce que vous souhaitez, la modernisation des hôpitaux, leur mise en mouvement, l'équilibre des services les uns par rapport aux autres, sera facilité.

Lorsque les personnels devaient changer de service ou d'activité, cela donnait lieu à des protestations et parfois à des angoisses et des mouvements sociaux. L'année dernière, grâce aux 300 millions de francs dont a été doté le fonds, nous avons amélioré les possibilités de formation du personnel des hôpitaux pour passer d'un secteur à un autre. Où est le drame ?

Ce fonds va être administré, à partir de la CNAM, par tous les partenaires et les représentants des médecins. Messieurs de l'opposition il ne s'agit pas d'autre chose...

M. François Goulard. Où est-ce écrit ?

M. le secrétaire d'Etat à la santé. Je vous le dis !

Vous m'avez demandé quelles en seraient les modalités de fonctionnement. Des décrets les préciseront, je vous l'indique d'ores et déjà.

Selon vous, il représente beaucoup d'argent.

M. Bernard Accoyer. En effet !

M. le secrétaire d'Etat à la santé. Mais qu'est-ce que c'est « beaucoup d'argent » ? C'est l'argent dépensé en excès, et pour rien !

Ce fonds, c'est 0,1 % de l'ONDAM, pour améliorer un système qui ne demande qu'à l'être et faire ce que les médecins souhaitent qu'on leur propose ; c'est 0,2 % de l'enveloppe de ville qui représente environ 250 milliards. Nous ne faisons aucun gâchis.

M. Bernard Accoyer. C'est 6 % de la hausse des dépenses !

M. le secrétaire d'Etat à la santé. Comme vient de le dire Claude Evin, nous allons sans aucun doute favoriser une déconcentration, et grâce aux URCAM, être plus proches du terrain. Voilà ce que nous souhaitons faire. Il ne s'agit pas de brader le système, ni de le rigidifier, ni de le centraliser. Il s'agit de « l'aérer » au bénéfice des malades.

M. le président. M. Accoyer a présenté un amendement, n° 168, ainsi rédigé :

« Supprimer l'article 20. »

La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Je regrette le petit raptus agressif de M. le secrétaire d'Etat au retour de son dîner...

M. le secrétaire d'Etat à la santé. Mais non, c'est vous qui avez commencé !

M. Bernard Accoyer. ... qui m'a fait beaucoup de peine, personnellement. (*Sourires.*) Mais ça ne fait rien...

M. Gérard Terrier. Ce sont des larmes de crocodile !

M. Bernard Accoyer. Je voudrais lui rappeler que 500 millions de francs, c'est au moins 6 % de la croissance de l'ONDAM pour la médecine de ville.

M. Alfred Recours, rapporteur. Tout à l'heure, vous avez dit 7 % !

M. Bernard Accoyer. Non c'est 6 % ! Et si l'on prend pour référence la croissance des prescriptions et des honoraires, le chiffre dépasse 10 %.

M. le secrétaire d'Etat à la santé. Mais c'est hors ONDAM !

M. Bernard Accoyer. Mais si c'était hors ONDAM, vous auriez un peu plus d'argent et une plus grande marge de manœuvre ! Vous savez très bien que l'ONDAM 1999 est calculé sur l'ONDAM voté en 1998. Or il est d'ores et déjà pratiquement « phagocyté » par les dépassements intervenus cette année. Et pour l'année prochaine, vous n'avez pas prévu d'intégrer sur des critères médicaux les hausses inévitables de dépenses de prescriptions et d'honoraires remboursés par la sécurité sociale.

Monsieur le secrétaire d'Etat, très sérieusement, et parce que nous avons l'habitude, vous et moi, de parler sur un ton que j'apprécie et qu'apprécient ceux qui nous écoutent...

M. le secrétaire d'Etat à la santé. Alors, reprenons-le !

M. Bernard Accoyer. ... il me semble que ce fonds est aussi dangereux qu'il vous paraît utile. En effet, vous allez faire l'objet de pressions, de sollicitations amicales de la part d'associations qui vous demanderont de faire quelque chose pour elles en prélevant sur le fonds que vous venez de créer.

M. le secrétaire d'Etat à la santé. Mais ce n'est pas moi qui déciderai !

M. Bernard Accoyer. Et il y a précisément près de vous, au banc des commissions, quelqu'un qui, l'année dernière, alors que le fonds destiné à améliorer le fonctionnement et la mutation des hôpitaux n'était pas encore né, s'était vanté d'avoir déjà pris un engagement.

M. François Goulard. Nous demandons une commission d'enquête !

M. Bernard Accoyer. Non, monsieur le secrétaire d'Etat, tous ces fonds sont autant d'occasions de faire déraiper le système. Contentez-vous de consacrer à la dispensation des soins et la qualité des soins, qui sont à prioritairement, toutes les marges de manœuvre financières que vous pourrez dégager.

Il eût mieux valu utiliser ces 500 millions pour augmenter un peu plus l'ONDAM. Pourquoi créer ce énième fonds, qui créera une énième commission, avec les personnels qui iront avec ? Tout cela entraînera des frais de fonctionnement. Ce n'est pas cela que les Français attendent.

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

M. Claude Evin, rapporteur. La commission l'a déjà exprimé, monsieur le président. Elle est contre la suppression de cet article.

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

M. le secrétaire d'Etat à la santé. Même avis !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 168.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Le Gouvernement a présenté un amendement, n° 433, ainsi rédigé :

« Compléter le II de l'article 20 par les mots : "et de réseaux de soins liant les professionnels de santé exerçant en ville à des établissements de santé". »

La parole est à M. le secrétaire d'Etat.

M. le secrétaire d'Etat à la santé. Il convient de prolonger les efforts que nous avons consentis l'an dernier, notamment en faveur de l'hôpital, en soutenant les médecins de ville qui consentiraient à constituer des réseaux ; car je crois au progrès et pas à l'immobilisme.

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

M. Claude Evin, rapporteur. La commission est d'accord avec cet amendement, d'autant qu'à l'origine, c'est elle qui l'avait proposé. Je regrette profondément qu'il ait alors été déclaré irrecevable au titre de l'article 40 de la Constitution,...

M. François Goulard. Nous sommes solidaires !

M. Bernard Accoyer. Tous mes amendements ont également été déclarés irrecevables !

M. Alfred Recours, rapporteur. Pourtant, il vous en reste quelques-uns ! *(Sourires.)*

Mme Martine Aubry, ministre de l'emploi et de la solidarité. Malheureusement ! *(Sourires.)*

M. Claude Evin, rapporteur. ... mais je ne porterai aucune appréciation sur les motivations de cette décision. Je constate simplement qu'il n'augmente absolument pas les dépenses, puisque l'enveloppe est limitée *a priori* à 500 millions.

Ce fonds a pour vocation d'aider les médecins de ville qui veulent créer des réseaux de professionnels, mais aussi des réseaux les liant à un établissement hospitalier.

Cela étant, je tiens à préciser qu'il s'agit d'aider les médecins de ville et eux seuls ; ces 500 millions ne sont pas destinés à financer des réseaux hospitaliers.

M. le président. Monsieur Goulard, vous souhaitez intervenir contre l'amendement ?...

M. François Goulard. Je tiens à exprimer quelques réserves. *(Sourires.)*

Je ne critique pas la mise à disposition de fonds destinés à améliorer la qualité des soins, je critique la centralisation.

M. le secrétaire d'Etat à la santé. Il n'y a pas de centralisation !

M. François Goulard. Je plaide pour que les caisses primaires puissent mener plus facilement des actions expérimentales.

Et c'est dans ce sens que j'approuve l'amendement du Gouvernement. *(Sourires.)*

M. Jean Le Garrec, président de la commission. Eh bien voilà !

M. le secrétaire d'Etat à la santé. Merci !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 433.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. MM. Gengenwin, Bur, Prél, Foucher, Blessig et de Courson ont présenté un amendement, n° 295, ainsi rédigé :

« Supprimer le III de l'article 20. »

La parole est à M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél. M. Evin vient de se plaindre que son amendement ait été rejeté...

M. Claude Evin, rapporteur. Je ne me suis pas « plains ». Ce n'est pas dans mes habitudes.

M. Jean-Luc Prél. Un peu, tout de même !

M. Claude Evin, rapporteur. J'ai protesté, c'est autre chose !

M. Jean-Luc Prél. Nous avons cru comprendre que vous étiez victime du Gouvernement,...

Mme Jacqueline Fraysse. La victime se porte bien !

M. Jean-Luc Prél. ... qui avait repris votre amendement. Vous étiez un peu vexé, et nous l'étions avec vous.

A l'instar de M. Evin, je m'étais demandé pourquoi mon amendement précédent avait été rejeté. Parce que l'expérimentation qu'il proposait d'instituer aurait permis de faire des économies. D'ailleurs, personne ne m'a répondu, ce que je regrette.

Le fonds dont nous parlons à l'article 20 est destiné à améliorer la qualité des soins de ville. Dans mon intervention précédente, j'avais fortement insisté sur la nécessité d'améliorer la formation initiale et continue des professionnels de santé. J'aurais aimé que M. le secrétaire d'Etat me réponde, du moins en quelques mots.

L'amendement n° 295, quant à lui, propose de supprimer le paragraphe III de cet article. Effectivement, monsieur le rapporteur et monsieur le secrétaire d'Etat, ce fonds est bien financé par l'ONDAM puisqu'il est constitué par une participation des régimes obligatoires. S'il est hors ONDAM, expliquez-moi donc d'où il vient et comment il est financé.

M. Bernard Accoyer. Bravo !

M. Jean-Luc Prél. Et si ce fonds fait partie des dotations votées par le Parlement au titre de l'ONDAM pour les régimes obligatoires, je propose, un peu comme l'a dit Bernard Accoyer tout à l'heure, de le mettre à la disposition des professionnels de santé. On sait très bien que les

spécialistes, en particulier, auront beaucoup de mal à se contenter de l'enveloppe que vous leur allouez. Monsieur le secrétaire d'Etat, proposez-leur ces 500 millions pour leurs rémunérations. Je serais étonné qu'ils s'y opposent.

M. le secrétaire d'Etat à la santé. Je n'y aurais pas pensé !

M. Jean-Luc Prél. Vous nous avez déjà dit qu'ils étaient d'accord pour ce fonds. Je pense qu'ils seront d'accord si vous leur faites cette proposition pour l'année prochaine.

M. le secrétaire d'Etat à la santé. J'en suis sûr !

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

M. Claude Évin, rapporteur. La commission est contre cet amendement. S'il était adopté, le fonds n'aurait plus de financement.

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

M. le secrétaire d'Etat à la santé. Je suis contre cet amendement. Encore une fois, je vous précise que ce fonds est hors ONDAM. Il est créé au sein de la CNAM et ses ressources proviendront des régimes.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 295.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. M. Évin, rapporteur, et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 217 corrigé, ainsi libellé :

« Rédiger ainsi le IV de l'article 20 :

« IV. - L'attribution de certaines aides peut être déconcentrée, en étant confiée à des caisses locales ou des unions de caisses. Les modalités de déconcentration, de fonctionnement et de gestion du fonds, de participation des représentants des professionnels de santé exerçant en ville ainsi que les aides éligibles à un financement par le fonds sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Claude Évin. Monsieur le président, j'ai déjà présenté cet amendement dans mon intervention de tout à l'heure.

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

M. le secrétaire d'Etat à la santé. Favorable !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 217 corrigé.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 20, modifié par les amendements adoptés.

(L'article 20, ainsi modifié, est adopté.)

Article 21

M. le président. « Art. 21. - I. - Il est ajouté à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale un 11° ainsi rédigé :

« 11° Les dispositions permettant aux parties à la convention d'assurer un suivi périodique des dépenses médicales et de prendre toutes mesures, notamment d'ajustement des tarifs mentionnés à l'article L. 162-5-2, de nature à permettre le respect des objectifs prévus au même article. »

« II. - L'article L. 162-5-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-5-2. - I. - Chaque année, compte tenu de l'objectif des dépenses de soins de ville, une annexe à la ou aux conventions prévues à l'article L. 162-5 fixe, pour les médecins généralistes conventionnés d'une part, pour les médecins spécialistes conventionnés d'autre part, l'objectif des dépenses d'honoraires, de rémunérations, de frais accessoires et de prescription. Cet objectif, dénommé objectif des dépenses médicales, s'applique à compter du 1^{er} janvier de l'année civile concernée. Il porte sur les dépenses remboursables par les régimes d'assurance maladie, maternité, invalidité et accidents du travail et permet d'établir le montant prévisionnel des dépenses médicales.

« L'annexe annuelle fixe également la décomposition de ce montant en :

« 1° Un montant prévisionnel des dépenses d'honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins ;

« 2° Un montant prévisionnel des dépenses de prescription des médecins, établi notamment au vu des orientations relatives au médicament.

« L'annexe annuelle détermine en outre, dans des limites définies par décret, l'écart entre le montant prévisionnel des dépenses médicales et le montant constaté à partir duquel il est fait application des dispositions des IV et V du présent article ou des II, III et IV de l'article L. 162-5-3.

« II. - L'annexe annuelle fixe les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux médecins par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la ou les conventions.

« L'objectif des dépenses médicales peut comprendre une provision pour revalorisation d'honoraires. Une revalorisation d'honoraires ne peut être accordée si elle n'a été préalablement provisionnée.

« III. - L'annexe annuelle établit le montant constaté des dépenses médicales des médecins conventionnés nécessaire à la mise en œuvre des dispositions des IV et V du présent article et de l'article L. 162-5-3. Ce montant est arrêté par les parties à la convention, dans les conditions prévues par l'avenant annuel à la convention d'objectifs et de gestion mentionné à l'article L. 227-1, et après avis du secrétaire général permanent de la commission des comptes de la sécurité sociale prévue à l'article L. 114-1.

« IV. - Lorsque le montant constaté des dépenses médicales de l'année est inférieur à l'objectif mentionné au I, la différence est versée à un fonds de régulation, selon des modalités de calcul et dans les limites déterminées par décret en Conseil d'Etat, en fonction des dépenses constatées d'une part sur les honoraires, rémunérations et frais accessoires et d'autre part sur les prescriptions, et à due concurrence de la provision.

« V. - Au vu du constat mentionné au III, l'annexe annuelle détermine :

« a) La part des sommes versées au fonds de régulation affectées au financement des actions non reconductibles de modernisation du système de soins, et notamment des actions mentionnées au 12° de l'article L. 162-5 ;

« b) Les honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins dont les tarifs seront revalorisés, ainsi que le niveau et la date d'effet de ces revalorisations, à concurrence du montant global résultant de l'application du IV.

« VI. - La charge des sommes versées au fonds de régulation est répartie entre les régimes d'assurance maladie qui financent le régime des praticiens et auxiliaires

médicaux conventionnés prévu à l'article L. 722-4 selon les modalités fixées au titre du même exercice pour l'application du quatrième alinéa de l'article L. 722-4.

« III. - L'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-5-3. - I. - Lorsque, à l'occasion du suivi des dépenses médicales prévu au 11^o de l'article L. 162-5, les parties à la convention constatent que l'évolution de ces dépenses n'est pas compatible avec le respect de l'objectif fixé en application de l'article L. 162-5-2, elles déterminent au vu, une première fois des résultats des quatre, une deuxième fois des résultats des huit premiers mois de l'année, les mesures de nature à garantir son respect, et notamment, le cas échéant, les ajustements des tarifs nécessaires, ainsi que la durée d'application de ces nouveaux tarifs qui ne saurait, sous réserve des dispositions du III de l'article L. 162-5-8, aller au-delà du 31 décembre de l'année en cours.

« Les nouveaux tarifs établis en application de l'alinéa précédent sont mis en œuvre par voie d'avenant à l'annexe annuelle prévue à l'article L. 162-5-2, transmis au plus tard respectivement les 30 juin et 30 octobre pour approbation. En l'absence de notification d'une opposition d'un des ministres compétents à l'avenant dans le délai de quinze jours après sa transmission par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, l'avenant est réputé approuvé.

« A défaut de constat établi ou de mesures proposées par les parties conventionnelles, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou une autre caisse nationale signataire de la convention mentionnée à l'article L. 162-5 peut proposer, au plus tard respectivement les 15 juillet et 15 novembre, à l'Etat de modifier, par arrêté interministériel pris au plus tard respectivement les 31 juillet et 30 novembre, les tarifs mentionnés au premier alinéa et leur durée d'application.

« Lorsqu'il apparaît que les mesures proposées au titre des trois alinéas précédents ne sont manifestement pas de nature à permettre le respect de l'objectif des dépenses médicales, un arrêté interministériel fixe, au plus tard respectivement les 31 juillet et 30 novembre, après avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, les tarifs mentionnés au premier alinéa et leur durée d'application.

« II. - En cas de non-respect de l'objectif prévisionnel des dépenses médicales, les médecins conventionnés sont redevables d'une contribution conventionnelle.

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles le montant exigible de l'ensemble des médecins conventionnés, qui ne peut excéder le montant global du dépassement constaté, est calculé en fonction des honoraires perçus et des prescriptions réalisées.

« Les sommes affectées au fonds de régulation, à l'exception de la part mentionnée au a du V de l'article L. 162-5-2, sont, sans préjudice de l'application des III et IV du présent article, imputées sur la somme ainsi calculée.

« L'annexe annuelle prévue à l'article L. 162-5-2 fixe le montant global mis à la charge de l'ensemble des médecins conventionnés.

« III. - La somme exigible est mise à la charge des médecins conventionnés dans les conditions ci-après.

« La contribution conventionnelle est due par l'ensemble des médecins adhérents à la convention ou au règlement conventionnel minimal prévu à l'article L. 162-5-9.

« La charge de cette contribution est répartie entre les médecins conventionnés en fonction des revenus au sens de l'article L. 131-6 qu'ils ont tirés de leurs activités professionnelles définies à l'article L. 722-1 au cours de l'année pour laquelle le dépassement est constaté.

« Les médecins qui, au 31 décembre de l'année pour laquelle le dépassement est constaté, justifient, depuis la date de leur première installation à titre libéral, d'un nombre d'années d'exercice libéral au plus égal à sept ans, sont exonérés de cette contribution. Toutefois, la ou les conventions prévues à l'article L. 162-5 peuvent déterminer un plafond des revenus au sens de l'alinéa précédent au-delà duquel ils ne peuvent bénéficier de cette exonération.

« Le taux de la contribution conventionnelle est fixé par arrêté, au plus tard le 31 juillet de l'année civile suivant celle pour laquelle le dépassement est constaté, de telle façon que le produit global de la contribution représente une somme égale à celle définie au dernier alinéa du II du présent article.

« La ou les conventions prévues à l'article L. 162-5 peuvent déterminer les conditions dans lesquelles le taux de cette contribution est modulé en fonction du niveau des revenus et du choix du médecin d'appliquer des honoraires différents de ceux fixés par la convention, sous la réserve que le montant global de cette contribution soit inchangé.

« La contribution conventionnelle est déductible du bénéfice imposable.

« IV. - La contribution conventionnelle est recouvrée et contrôlée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations personnelles d'allocations familiales des employeurs et travailleurs indépendants.

« Les modalités de versement de la contribution sont fixées par décret. Elles peuvent prévoir le versement d'un acompte calculé, à titre provisionnel, sur la base des revenus afférents à l'avant-dernière année, ou, le cas échéant, sur la base de revenus forfaitaires définis par décret.

« Le produit de la contribution conventionnelle est réparti entre les différents régimes d'assurance maladie qui financent le régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés prévu à l'article L. 722-4 selon les modalités fixées au titre du même exercice pour l'application du quatrième alinéa de l'article L. 722-4.

« IV. - L'article L. 162-5-4 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-5-4. - En cas de non paiement, total ou partiel, par le médecin du montant de la contribution conventionnelle prévue à l'article L. 162-5-3 dans le délai de deux mois après sa date limite de paiement, les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général en informent, dans les deux mois qui suivent, la caisse primaire d'assurance maladie. Celle-ci peut, après que ce médecin a été mis en mesure de présenter ses observations, le placer hors de la convention ou du règlement conventionnel minimal, pour une durée de un à six mois. La caisse peut tenir compte, pour établir la durée du déconventionnement, du montant de la contribution conventionnelle. Les litiges relatifs à cette décision sont de la compétence des tribunaux administratifs. »

Sur l'article 21, plusieurs orateurs sont inscrits.

La parole est M. Jacques Barrot.

M. Jacques Barrot. Sans revenir sur ce qu'on vient de voter, je voudrais dire que je n'ai pas bien compris. L'ONDAM résume bien toutes les dépenses, c'est-à-dire toutes les ressources qui seront mises au service de la branche maladie.

M. Bernard Accoyer. Oui !

M. Jacques Barrot. Je ne vois pas comment on peut faire autrement que de prélever sur l'ensemble des ressources de l'assurance maladie le financement du fonds. Mais enfin, c'est une parenthèse, mon propos étant de parler de l'article 21.

Je suis personnellement opposé à la clause qui permet au Gouvernement de pratiquer en cours d'année des ajustements tarifaires, c'est-à-dire des baisses de lettres clés. Le Gouvernement peut en effet, par arrêté, baisser les tarifs s'il juge insuffisantes les mesures arrêtées par les partenaires conventionnels.

Cet article paraît dangereux pour plusieurs raisons.

D'abord, l'ONDAM n'est pas décliné de mensuellement. Techniquement, le travail est sans doute faisable, mais il ne peut être qu'approximatif, évaluatif et très largement discrétionnaire.

L'article indique que c'est « à l'occasion du suivi » que les parties pourront constater que l'évolution des dépenses n'est pas compatible avec l'objectif fixé. Mais à aucun moment on ne précise comment est fait ce suivi, qui apprécie s'il y a dérapage et à quelle hauteur.

Le Gouvernement, sans doute influencé par les évolutions fortes de 1998, édicte une règle générale qui risque de conduire à des mesures arbitraires.

J'ai dit avec beaucoup de modération, madame la ministre, parce que je sais combien la tâche d'un ministre chargé de la sécurité sociale est difficile, que la mesure prise pour la radiologie était inopportune et inéquitable.

Dans mon département, par exemple, les quatre petits cabinets de radiologie de proximité - qui sont du ressort de la caisse primaire - vont subir une baisse brutale de 13 %, alors qu'ils ont dépassé d'un point à peine l'objectif et qu'ils avaient accepté précédemment une rémunération tarifaire pour les actes de diagnostics. Dès lors, ils ne pourront plus remplacer leur matériel. Je trouve ce dispositif arbitraire et inéquitable.

En outre, en voulant faire de la régulation infra-annuelle, on oublie que des raisons exogènes peuvent provoquer de fortes fluctuations - je pense à une épidémie ou à des variations de la conjoncture économique. Une observation sur d'aussi courtes périodes - de quatre ou huit mois - risque de ne pas être significative.

Par ailleurs, si les caisses primaires décident d'accélérer la liquidation des feuilles de soins il s'ensuit une accélération factice des dépenses médicales.

Les instruments statistiques dont on dispose sont trop rudimentaires pour que l'on édicte une règle aussi draconienne. Le Gouvernement le reconnaît implicitement, puisque l'article 16 du projet de loi de financement de la sécurité sociale tend à mettre en place un dispositif d'amélioration et de perfectionnement des statistiques.

J'ajouterai à toutes ces raisons techniques une raison de fond : autant je crois qu'une clause économique est souhaitable à un rythme bi-annuel, parce qu'il faut bien qu'à un moment il y ait un garde-fou, un serre-file - appelons-le comme on veut -, autant je crois qu'une régulation infra-annuelle de type économique est la négation de la priorité donnée à la maîtrise médicalisée, c'est-à-dire au contrôle de l'exercice individuel de chaque médecin.

J'approuve le mécanisme que vous avez mis en place en confiant aux unions régionales de médecins le soin d'évaluer les pratiques, car cela viendra renforcer le travail de la médecine conseil. Mais, franchement, si l'on croit à la priorité de la maîtrise médicalisée, il faut laisser les choses se faire en cours d'année. D'ailleurs, MG-France, qui a pratiquement conclu une convention avec la caisse nationale, a dit explicitement que cette régulation infra-annuelle n'était pas acceptable.

Encore une fois, cette régulation infra-annuelle me paraît inopportune, très difficile à mettre en œuvre. Elle figure dans ce texte comme un aveu - anticipé - d'échec de la maîtrise médicalisée.

En mon âme et conscience, je crois donc que cette disposition n'est pas bonne.

M. le président. La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Voilà l'un des articles importants, sur lequel notre divergence, il faut le reconnaître, est totale.

M. Claude Évin, *rapporteur*. C'est exact !

M. Jean-Luc Prével. Nous voulons sauvegarder la protection sociale à la française et nous sommes parfaitement conscients qu'il n'est pas possible de laisser les dépenses augmenter sans les maîtriser - car il faut les financer. Mais cette maîtrise des dépenses doit se fonder sur des critères médicaux et sur la responsabilisation de chacun des acteurs.

Nous voulons des soins de qualité et une optimisation des dépenses pour répondre aux besoins de santé de la population, ce que le précédent ministre de la santé appelait « le juste soin » - expression que je reprends volontiers.

Or vous nous proposez dans cet article une double sanction collective, à laquelle nous sommes totalement opposés. Tout d'abord, et c'est nouveau, vous introduisez un principe de lettre clé flottante, avec révisions au bout de quatre et huit mois. On peut d'ailleurs douter de l'utilité de la seconde révision : le temps d'en prendre conscience, de voir comment réagir et nous serons déjà en plein milieu de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année suivante...

Les laboratoires de biologie, les entreprises de radiologie sont en réalité des PME qui emploient des salariés. Ils ont besoin de lisibilité dans la durée. Décider d'une révision à la baisse, à quatre mois puis à huit mois, des lettres-clés, et l'appliquer à tous parce qu'une dérive nationale aurait été constatée, c'est particulièrement dangereux.

Par ailleurs, l'autre mécanisme que vous proposez, le reversement collectif - que j'appelle « l'impôt social sur le revenu », puisque c'est ainsi qu'il est calculé - est lui aussi tout à fait inacceptable dans son principe. Certes, les augmentations d'honoraires ont, à ce jour, toujours été collectives - et personne ne s'en est plaint. Je n'ai jamais entendu un syndicat médical le regretter. Mais les honoraires font partie de conventions, et, une fois que celles-ci sont acceptées, il faut les respecter.

Prenons l'exemple d'un bon généraliste - pour ne pas dire un spécialiste « vertueux » bien que l'on ait beaucoup parlé de la vertu depuis trois jours - qui voit un malade toutes les trente minutes, parce qu'il prend le temps de l'écouter et de l'examiner, en appliquant les bonnes pratiques médicales. Eh bien, il sera pénalisé si ses collègues en examinent dix à l'heure. Cette sanction collective est donc inacceptable dans son principe.

Au niveau collectif, nous admettons qu'il serait juste, en cas de dépassement, que l'on refuse toute revalorisation des honoraires. En cas de reversement, en revanche, nous souhaitons une individualisation allant vers la responsabilisation de chaque praticien et vers l'autodiscipline de la profession. Cela est possible grâce au codage des actes, des pathologies et au relevé d'activité. Il est ainsi facile d'avoir une notion assez précise des dérapages. L'union régionale des médecins libéraux pourrait être chargée de faire respecter effectivement les bonnes pratiques dans la région et de proposer des sanctions individuelles pour les dérapages non justifiés.

Nous sommes donc opposés au principe de sanctions collectives et aux lettres clés flottantes, mais favorables à une individualisation, à une responsabilisation réelle, à une autodiscipline de la profession, car nous souhaitons à la fois améliorer la qualité des soins dans l'intérêt de la population et sauvegarder notre régime de protection sociale dans le double intérêt des Français et des professionnels, qui n'en ont peut-être pas tous conscience.

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

M. Bernard Accoyer. Avec cet article 21, nous sommes au cœur du dispositif qui soulève la plus vive opposition de notre part.

En effet, comme l'a très bien rappelé Jacques Barrot, pour nous, la maîtrise des dépenses de soins ambulatoires ne peut être que médicalisée, ce qui nécessite un délai d'observation, une période durant laquelle pourront se déployer et être efficaces les différents outils de la maîtrise médicalisée qui sont malheureusement restés en panne depuis dix-huit mois.

Jacques Barrot s'est, à juste titre, élevé vigoureusement contre le principe des lettres clés flottantes, c'est-à-dire des tarifs flottants qui ont été inaugurés cet été avec le Z, sans tenir compte des transferts de soins de l'hôpital vers la médecine de ville, et avec les conséquences que l'on sait, vers les petites structures.

Bien entendu, l'idée des lettres clés flottantes est absolument insupportable sur le plan théorique, sur le plan éthique et sur le plan médical. Il ne saurait être question pour nous d'en accepter le principe ; nous nous y opposons avec la plus grande détermination.

La deuxième disposition contenue dans cet article 21, sur laquelle je m'attarderai davantage puisque Jacques Barrot a insisté sur les lettres clés flottantes, instaure un mécanisme que vous avez baptisé avec une certaine habileté, je dois le dire, « contribution conventionnelle ». En réalité, il s'agit d'un reversement ou d'une sanction, comme vous le voulez, globale, arithmétique, collective, indexée sur le revenu, c'est-à-dire fiscale.

Peut-on faire plus comptable ? Non ! Peut-on faire plus systématique et aveugle ? Non ! Peut-on faire plus anti-médicalisé ? Non ! Nous sommes véritablement dans deux logiques différentes.

S'il était mis en œuvre, mais j'ose espérer qu'il ne sera pas accepté par notre assemblée, ce mécanisme surviendrait après qu'auraient été opérées les régularisations particulièrement inquiétantes des lettres clés flottantes. Évidemment, mes chers collègues, il sera efficace car le mécanisme fonctionnera au franc le franc.

Cela m'amène à souligner la différence essentielle entre ce dispositif et le précédent.

Nous sommes certes favorables à l'existence d'une clause financière, mais encore faut-il que celle-ci soit fondée sur des principes laissant un espace de respiration, un

espace de fonctionnement, un espace de liberté, celui-là même que les professionnels et les assurés français exigent et dont ils ont un besoin pressant.

Cependant, dans les précédents dispositifs, les repères étaient différents : Il s'agissait des seuls honoraires remboursés et d'une fraction modeste des dépenses de prescription remboursées. Dans votre dispositif, en revanche, la référence est une masse, un agrégat national que l'on divise par le nombre de médecins qui doivent reverser pour arriver, au franc le franc, au même niveau. Je vous en rends grâce : le mécanisme va fonctionner. En effet il s'exercera chaque année, alors que le mécanisme précédent ne jouait éventuellement que tous les deux ans et donnait lieu à des revalorisations.

En réalité, vous allez changer de système. Ce dispositif va étouffer les professions de santé, en particulier les médecins qui sont désignés, avec les laboratoires, comme les seuls responsables de la croissance des dépenses remboursées de l'assurance maladie. Sont-ils vraiment les seuls responsables ? Ils ont leur part dans cet accroissement, mais comme beaucoup d'autres acteurs, que je veux rappeler.

Il y a d'abord les données démographiques de notre pays, qui montrent une augmentation du nombre de personnes prises en charge par l'assurance maladie pour diverses raisons – vous en connaissez la croissance chaque année – et un vieillissement de la population de trois mois supplémentaires chaque année, à une période de la vie où la consommation de soins est la plus forte. On peut donc estimer l'enveloppe nécessaire à la satisfaction de ces besoins à plusieurs milliards de francs chaque année. Ceux qui ont eu, dans leur famille, des personnes âgées en fin de vie savent ce que cela signifie en termes de dépenses, avant d'atteindre la phase de l'hospitalisation, encore qu'il y ait souvent une intrication entre les deux périodes avec des allées et venues entre les différents secteurs.

Il faut ensuite citer les dispositions prises par les caisses complémentaires qui viennent augmenter l'offre de soins ou, du moins, la solvabilisation de ces soins et, d'une certaine façon, jouer un rôle inflationniste.

Jouent aussi un rôle les avancées techniques, technologiques, scientifiques, pharmacologiques. Par exemple, les nouvelles molécules, même non remboursées, donnent lieu à des consultations, à des examens complémentaires. On peut chiffrer l'impact de ces innovations à plusieurs centaines de millions de francs, probablement à des milliards.

Et puis, mes chers collègues, n'oublions pas les décisions que nous prenons, pour concrétiser notre volonté d'offrir à nos concitoyens une couverture satisfaisante en tout domaine.

Aujourd'hui les dépenses de santé dues à la médecine ambulatoire ne sont remboursées qu'à 52 %. Nous devons l'avouer devant les Français. Considérer que les médecins prescripteurs et les laboratoires pharmaceutiques seraient les uniques responsables de l'accroissement des dépenses de santé et devraient assumer au franc le franc les dépassements d'objectif est inacceptable.

Bien entendu, nous voterons contre cet article, qui est extrêmement dangereux pour notre système de soins.

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

M. Pierre Hellier. Cet article va profondément modifier l'exercice de la médecine en France. Certes, la maîtrise des dépenses de santé est devenue incontournable, tout le monde le sait. Cependant, j'ai toujours été hostile à une

maîtrise comptable et aux versements collectifs, parce qu'ils sont injustes, aveugles, frappant sans discernement tous les médecins.

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Pourtant, vous avez dû voter pour le système mis en place par M. Juppé !

M. Pierre Hellier. Non, je me suis abstenu !

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. C'est bien ! Au moins, vous êtes cohérent !

M. Pierre Hellier. Votre plan enterre définitivement toute possibilité de maîtrise médicalisée. Il renonce à la régionalisation des sanctions et à l'année de rattrapage qui permettait aux médecins de n'être sanctionnés qu'au bout de deux ans de dépassement des objectifs. Il introduit la notion de lettre clé flottante, permettant une baisse immédiate des honoraires médicaux.

Ce plan redoutable, associé à vos décisions sur les MICA et au *numerus clausus*, provoquera de graves difficultés dans la politique conventionnelle. Certes, le syndicat MG France, appâté par le système du médecin référent, atteinte non déguisée au libre choix, a signé votre texte, mais qu'en pensent les autres ?

La maîtrise médicalisée des dépenses de santé ne peut se faire sans la participation effective du corps médical tout entier. Pour l'appliquer, un médecin doit être serein lors de l'exercice de son art. Je pense que cela ne sera plus le cas après le vote de ce texte.

M. le président. Merci de votre concision, monsieur Hellier !

La parole est à M. François Goulard.

M. François Goulard. L'article 21 soulève la question la plus importante en matière d'assurance maladie. A cet égard, je présenterai plusieurs observations, de la manière la plus posée qui soit, parce que, sur un sujet aussi essentiel et qui touche autant nos compatriotes, nous n'avons pas le droit de nous lancer dans des attaques de caractère politique. Il faut, au contraire, essayer de cerner au plus près la vérité.

Ainsi que Jacques Barrot l'a souligné avec toute l'expérience et la compétence que nous lui connaissons, le premier point parfaitement critiquable de votre dispositif est celui des variations de tarif en cours d'année. En effet, rien ne peut justifier que l'on modifie, sous prétexte d'un dérapage des dépenses, le tarif qui a été fixé, justement ou injustement, mais qui ne saurait varier au gré de la consommation médicale. C'est intellectuellement et moralement injustifiable.

De deux choses l'une : soit le tarif applicable aux radiologues ou à toute autre catégorie de spécialistes est inapproprié et il faut tout de suite le modifier, indépendamment de la consommation ; soit il est approprié et, dans ce cas, ce n'est pas parce qu'il y a davantage d'actes qu'il faut le modifier. Dans ce domaine, vous commettez l'erreur profonde d'instaurer un dispositif fondamentalement injuste et injustifié.

Le second point est celui de la contribution dite « conventionnelle ».

En la matière, il faut essayer d'être le plus honnête possible et reconnaître qu'il s'agit d'un problème parmi les plus difficiles à résoudre dans la conduite des affaires publiques.

Nous avons en effet affaire à des dépenses qui ne peuvent pas être régulées sous la forme classique de la consommation puisque, à l'évidence - le consensus est

naturel puisqu'il est inattaquable - la consommation médicale, la consommation de soins doit être gratuite pour tous les Français. Dès lors, il faut trouver un autre mode de régulation. Or il doit paraître évident à toutes les personnes de bonne foi qu'une régulation globale s'impose dans notre organisation de l'assurance maladie.

Jusqu'à une époque récente, elle a été très imparfaite, en ce sens qu'on laissait jouer l'évolution naturelle des dépenses pour n'intervenir qu'en cas de dérapages trop importants, mais de façon assez erratique, en pratiquant une politique de restrictions relativement brutale et limitée dans le temps. Telle a été la pratique suivie par beaucoup de gouvernements au fil du temps.

Instruit par l'expérience, le gouvernement précédent a, sous l'impulsion d'Alain Juppé et de Jacques Barrot, mis en place un plan cohérent de maîtrise des dépenses. Il présentait évidemment des différences notables avec le vôtre, notamment au regard de la contribution conventionnelle. En la matière, le vôtre est beaucoup plus brutal, beaucoup plus dur et beaucoup moins nuancé puisqu'il ne tient aucun compte de la pratique médicale de chacun des acteurs du système.

Même les partisans d'une régulation globale, par l'affichage d'un objectif national et par l'application d'un mécanisme de frein avec les inconvénients qu'il comporte inévitablement, ne peuvent que critiquer le dispositif que vous avez retenu et lui reprocher son caractère uniforme et les sanctions collectives qu'il prévoit. En effet, vous logez tous les médecins à la même enseigne, quel qu'ait été leur comportement à l'égard de l'objectif de maîtrise des dépenses de santé qui doit être celui de l'ensemble de la communauté médicale.

Le mécanisme que vous proposez a la même inspiration que celui mis en place par le gouvernement précédent, mais il est certainement moins souple, moins adapté et plus injuste.

J'en viens à un point de divergence entre nous.

M. le président. Ce sera votre conclusion, monsieur Goulard.

M. François Goulard. Monsieur le président, sur cet article essentiel,...

M. Gérard Terrier. Cinq minutes, c'est cinq minutes !

M. Bernard Accoyer. C'est sa contribution conventionnelle !

M. François Goulard. ... accordez-moi un tout petit dérapage par rapport à l'objectif des cinq minutes. J'espère que je n'aurais pas à payer pour autant une contribution conventionnelle, (*Sourires.*) Je vous remercie de votre compréhension.

Il s'agit donc d'un sujet sur lequel subsistent des divergences au sein de l'opposition. Il ne faut pas le nier. Nous sommes, en effet, un certain nombre à penser que nous ne pourrions pas vivre éternellement avec un tel mécanisme global de régulation. Tout le monde admet qu'il présente des inconvénients. A terme, nous devons donc réfléchir à d'autres modes de gestion du système de dispensation de soins médicaux, lesquels feront immanquablement appel à une certaine forme de concurrence avec des règles extrêmement précises et sécurisantes pour tous les Français, y compris entre les organismes de sécurité sociale.

Telles sont les observations que je voulais formuler sur cet important sujet, car je pense vraiment que, quelles que soient nos opinions en la matière, et en respectant ceux qui ne partagent pas mon avis, votre dispositif souffre des critiques extrêmement graves.

M. le président. La parole est à M. Jean Bardet.

M. Jean Bardet. A mon tour, je veux souligner que cet article est au centre du projet de loi en ce qui concerne la santé. Il exprime parfaitement la philosophie du Gouvernement en matière de modération des dépenses, dont nous reconnaissons tous la nécessité.

Avec les lettres clés flottantes et la sauvegarde financière, nous allons en effet entrer dans un processus purement comptable. Or un tel processus est totalement injuste à l'égard des médecins, parce qu'il est collectif. Une injustice particulière jouera d'ailleurs ponctuellement cette année, car j'espère que, même si vous vous entêtez à reconduire ce processus l'année prochaine, nous serons sur des bases meilleures.

En effet, l'objectif d'augmentation des dépenses de santé de la médecine de ville pour 1999 est déjà dépassé avant le début de l'exercice. Cela signifie que les médecins seront taxés dès le 1^{er} janvier, car vous savez que le dépassement des dépenses de santé est calculé non pas sur le montant réel de l'année précédente, mais sur le chiffre voté. Comme ce qui a été voté sera largement dépassé, nous serons en dépassement dès le début de l'année prochaine.

Par ailleurs, je le répète, votre logique comptable ne s'appuie pas sur les besoins réels de santé des Français. Ainsi vous ne tenez aucun compte des dépenses provoquées par l'utilisation des nouvelles molécules alors que, même si elle n'est pas remboursée, elle entraîne tout de même des dépenses supplémentaires, ne serait-ce qu'en matière de prescriptions.

Vous ne prévoyez rien non plus pour tenir compte des progrès de la médecine. J'ai d'ailleurs évoqué cette question, monsieur le secrétaire d'Etat, lorsque j'ai défendu la question préalable, en prenant l'exemple du sida. Vous vous en êtes tiré par une pirouette, en vous abritant derrière le Président de la République et en rappelant qu'il existait un fonds pour le sida.

A cet égard, j'aurais tout aussi bien pu citer le cancer, pour lequel il n'y a pas de fonds, l'ulcère à l'estomac ou encore l'infarctus du myocarde. Aucun des progrès prévisibles de la médecine en ces matières ne sont pris en compte.

M. le secrétaire d'Etat à la santé. Ah bon !

M. Jean Bardet. Non ! Pas dans l'augmentation de l'ONDAM. Vous savez d'ailleurs très bien qu'il y aura dépassement.

M. le secrétaire d'Etat à la santé. Non, cela régresse.

M. Jean Bardet. Cela vous arrange de comparer votre méthode à celle d'Alain Juppé et de Jacques Barrot. Je m'inscris totalement en faux. C'est facile de l'intituler plan « Jubry » comme je l'ai lu dans certains journaux ; mais ça n'a rien à voir. Le plan mis en œuvre par Alain Juppé et Jacques Barrot était un plan bienal comme l'a rappelé Jacques Barrot, comprenant une véritable clause de sauvegarde. Si la première année les dépenses étaient dépassées, il y avait une possibilité de rattrapage, la deuxième année.

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Non.

M. Jean Bardet. Si, madame la ministre.

Vous, dans votre plan, il n'y a pas de sauvegarde : la lettre-clé sera ajustée tous les quatre mois et les médecins seront obligés de payer dès la première année.

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Vous nous avez mal compris.

M. Jean Bardet. Alors, cessez de dire, et je m'adresse aussi à vous, mes chers collègues de l'opposition, que les deux plans sont pareils. (*Rires et exclamations sur les bancs du groupe socialiste.*) C'est totalement différent et cela ne sert qu'à nous déstabiliser.

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. On est d'accord : ils sont très différents !

M. Jean Bardet. En effet : celui d'Alain Juppé et de Jacques Barrot était un bon plan ; le vôtre est un très mauvais plan.

M. Philippe Vuilque. Puissante argumentation !

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Vous n'avez pas d'autres arguments ?

M. Jean Bardet. C'est la raison pour laquelle, comme l'a dit Bernard Accoyer, le RPR votera contre ce plan et contre l'article 21.

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

Mme Jacqueline Fraysse. L'article 21 instaure une clause de sauvegarde prévoyant des versements collectifs en cas de dépassement des objectifs de dépenses médicales, et la révision en cours d'année de la cotation des actes médicaux afin d'enrayer un dérapage prévisible.

Je voudrais donner l'avis du groupe communiste sur cet article. Nous ne pensons pas que ce soit une bonne mesure.

M. Bernard Accoyer et M. Pierre Hellier. Très bien !

Mme Jacqueline Fraysse. Ne dites pas cela trop vite, messieurs ! Vous allez être déçus. (*Sourires.*)

M. François Goulard. Ce n'est pas sûr ! (*Sourires.*)

M. Claude Evin, *rapporteur*. C'est vraisemblable !

Mme Jacqueline Fraysse. Vous dites qu'il faut maîtriser les dépenses, que la médecine de ville doit, elle aussi, faire des efforts, qu'il faut responsabiliser les médecins. Nous sommes d'accord ! La cotation des actes n'est pas une donnée absolue et immuable. Elle doit donc être révisée en fonction de l'évolution des critères qui la fondent. Cela ne me choque pas.

Dans le même esprit, les médecins doivent savoir ce qu'ils font, non seulement en termes de qualité adaptée à la situation de chaque patient, mais aussi en termes de dépenses et donc de charges pour la collectivité tout entière.

Vous dites qu'il y a lieu de progresser dans ce domaine. Nous le pensons aussi, encore que, depuis quelques années, l'attention des médecins ait été souvent appelée sur ce point, et pas toujours de la meilleure manière, messieurs de la droite et du plan Juppé.

Il faut donc se poser la question en ces termes : comment permettre aux médecins de mieux mesurer ce qu'ils font, donc d'optimiser leur travail au service des patients, et au meilleur coût ? Cette question est juste et légitime. Elle exige évidemment une évaluation individuelle et collective, voire des contrôles précis quand il y a lieu, car nous avons aussi la responsabilité de lutter contre les excès et les anomalies.

Pour cela, il faut surtout mettre en place des outils collectivement élaborés avec les médecins eux-mêmes et l'ensemble de ceux qui sont concernés, car c'est une évidence, et vous l'avez d'ailleurs très bien dit, madame la ministre, les problèmes ne sont pas les mêmes, et l'exercice médical n'est donc pas le même, selon qu'on pra-

tique la médecine dans le 16^e arrondissement ou dans les cités populaires de Gennevilliers, Lille ou Nanterre. Cette raison est donc la première qui me conduit à contester la clause de sauvegarde proposée.

Nous nous inquiétons de savoir comment seront fixés les quotas ou les limites à ne pas dépasser dans chaque département. Il y a une grande diversité, y compris au sein d'un même département, comme dans les Hauts-de-Seine, entre Neuilly, Saint-Cloud, Marnes-la-Coquette ou bien Villeneuve-la-Garenne, Gennevilliers ou Nanterre.

Qui fixera les limites ? Sur quels critères ? Pour tenir compte de la réalité du terrain ?

Comment faire quand le quota sera atteint, voire dépassé en dehors de tout abus dûment vérifié pour ne pas pénaliser des médecins qui exercent très normalement mais doivent faire face à des problèmes spécifiques ?

Toutes ces questions sont au cœur de nos préoccupations car elles mettent en cause, ou risquent de mettre en cause la qualité des soins dispensés, l'éthique et la déontologie à laquelle nous tenons. Je rappelle qu'un médecin doit toujours faire ce qu'il juge nécessaire pour chacun de ses patients et que ceux-ci ne doivent pas douter du fait que le médecin a fait le maximum pour eux et n'a pas agi en fonction de la marge qui lui reste par rapport à une limite, un quota, etc.

Dans le contexte financier dont j'ai longuement parlé et sur lequel je ne reviens pas, je m'inquiète du volume de l'enveloppe dégagée pour répondre aux besoins.

La mesure proposée s'inscrit dans une démarche dont la logique est inversée : on commence par fixer une enveloppe, et ensuite on y fait entrer la médecine de ville et les médecins,...

M. Jean Bardet. C'est ce que j'ai dit tout à l'heure !

M. François Goulard. En effet !

Mme Jacqueline Fraysse. C'est vous qui l'avez inventé avec le plan Juppé ! Alors, je vous en prie !

M. Jean Bardet. C'est différent !

Mme Jacqueline Fraysse. ... alors qu'il faudrait faire le contraire : évaluer avec les professionnels, les gestionnaires des caisses, les patients et tous les partenaires concernés quels sont les besoins adaptés à chaque terrain, fixer ensuite, dans le consensus le plus large possible et sur la base de choix argumentés l'enveloppe nécessaire, créer enfin les conditions pour que les moyens soient dégagés parce que la santé est une priorité. Il y a dans ce pays, je le répète, l'argent nécessaire pour une médecine de qualité - mais je n'insisterai pas sur les mesures nécessaires en matière de financements nouveaux.

Telles sont les raisons pour lesquelles, compte tenu de la situation et des interrogations que je viens de formuler, le groupe communiste ne votera pas l'article 21.

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

M. Claude Evin, rapporteur. L'article 21 mérite en effet un débat, dont les termes ont bien été posés par M. Goulard, qui a mis en évidence une réelle différence dans l'approche de la question du maintien d'un système de protection sociale fondé sur la solidarité.

M. Goulard s'est prononcé en faveur de la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé, et je suis d'accord.

Force est de reconnaître, a-t-il dit, que les mécanismes qui ont été proposés hier et sont toujours proposés aujourd'hui ont atteint leurs limites. Il faudra donc en imaginer d'autres. Je ne veux pas m'engager dans une polémique car ce qui nous oppose mérite un vrai débat auquel il faudra consacrer du temps.

M. Goulard comme M. Madelin pensent, le système actuel ayant montré ses limites, qu'il faut envisager d'autres mécanismes de régulation et de maîtrise s'inscrivant dans le système des assurances et de la concurrence. Les lois du marché de l'assurance procéderont à la régulation que le mécanisme actuel, trop étatique à leurs yeux, ne peut pas produire.

La différence, entre nous, se situe là. Si on laisse la place à un système concurrentiel, il y aura des mécanismes de sélection. C'est inévitable. Et dire que ce n'est pas possible, c'est leurrer les assurés sociaux et les professionnels de santé.

Au cours d'une interview, le président de la Confédération des syndicats médicaux français disait au début du mois d'août : nous sommes d'accord pour envisager des mécanismes assuranciers avec les assurances, à condition qu'il n'y ait pas de sélection des professionnels de santé. Mais nous savons très bien que ce n'est pas envisageable. Soit cela se fera avec les assurances, et il y aura sélection, soit cela ne se fera pas avec les assurances, et il faudra trouver les solutions au sein de notre système fondé sur la solidarité. C'est sur le principe de la solidarité en effet que le Conseil national de la Résistance a fondé les ordonnances de 1945. Il faut que nous puissions adapter ce système à la française, car les conditions ne sont pas les mêmes aujourd'hui qu'en 1945.

Les plus hautes autorités de l'Etat sont, du reste, attachées à ce système et nous pouvons le défendre. A partir du moment où nous maintenons la philosophie du système que nos prédécesseurs ont mis en œuvre en 1945, j'y crois et nous sommes nombreux, et bien au-delà de la gauche de cet hémicycle, il faut trouver des mécanismes de régulation. Se situer par rapport à tel ou tel plan n'a plus grand sens, y compris quand il s'agit de plans relativement récents, au regard de l'histoire de la sécurité sociale.

J'attire votre attention, mes chers collègues, sur le fait que les mécanismes de régulation existent depuis bien longtemps, de même, serais-je tenté de dire, que les mécanismes de reversement qui s'appliquaient à tous les assurés sociaux. Il ne s'agissait pas de récompenser tel assuré social vertueux en l'exemptant d'une augmentation de cotisations, et de punir tel autre particulièrement dépenier.

Bref, ces mécanismes étaient fondés sur la solidarité entre les assurés sociaux.

A partir du moment où nous considérons que les assurés sociaux ayant suffisamment « donné » il n'est pas normal de continuer à augmenter leurs cotisations pour financer des dépenses qui ne cessent de croître et à partir du moment où il est hors de question de diminuer des remboursements, il n'est pas anormal que des mécanismes qui touchent les prestataires de services de soins soient mis en place.

Le débat se pose en ces termes : soit les assurés sociaux, soit les prestataires de service. La diminution régulière du montant du remboursement des dépenses de santé conduit à cesser de supprimer des remboursements.

Certes, les mécanismes de reversement n'ont jamais été des mécanismes « très intelligents ». Quand, hier, on disait aux assurés sociaux : « vous payez tous des cotisations en plus », ce n'était pas plus intelligent.

C'est pourquoi la mise en place de mécanismes en amont, dans le cadre de la négociation conventionnelle, par exemple, devient nécessaire. Voilà pourquoi nous avons élargi tout à l'heure le champ de la négociation conventionnelle en modifiant l'article L. 162-5 du code

de la sécurité sociale, afin de donner aux partenaires conventionnels la possibilité de passer de bons accords qui éviteront le dérapage des dépenses de santé.

La négociation conventionnelle doit réussir. Et je regrette profondément que certains syndicats médicaux ne soient pas tout à fait sur cette position. J'ose espérer que cela changera dans les jours à venir, car il y a urgence.

Le mécanisme actuel est-il plus ou moins rigide que le précédent ? Là aussi, on peut faire un bilan. Le mécanisme actuel ne démarre pas au franc le franc. Le texte de loi prévoit une sorte de tunnel.

M. Bernard Accoyer. 10 % !

M. Claude Evin, rapporteur. Par ailleurs, la possibilité de se revoir en cours d'année est importante. J'appelle votre attention, mes chers collègues, et je l'ai indiqué dans mon rapport, sur le fait que les quatre premiers mois de 1998 ont connu un dérapage. Et certains d'entre vous ont remarqué avec raison que les prescripteurs, les médecins ne doivent pas être les seuls concernés.

On en rediscutera à l'article 25 concernant le médicament. Et il faut un parallélisme en la matière.

Les dépenses de spécialistes sur les quatre premiers mois, page 32 de mon rapport, ont augmenté de 6,9 %. Entre 6,9 % et l'objectif de 2,4 % voté dans l'ONDAM l'an passé, une marge de manœuvre existe. D'où la nécessité de fixer des rendez-vous en cours d'année si l'on veut éviter ces reversements en fin d'année.

Telles sont les propositions de l'article 21, qui nous donne l'occasion d'ouvrir un débat, trop court sans doute, sur la philosophie qui nous anime au regard de notre système de sécurité sociale fondée sur la solidarité. Nous l'avons amorcé. La majorité de cet hémicycle est attachée à maintenir le système que nos pères ont construit en 1945. Et c'est dans ce cadre qu'il nous faut trouver ces solutions. Sinon, en effet, M. Goulard l'a bien bien indiqué, d'autres solutions seront envisageables, mais qui ne s'appuieront absolument pas sur la solidarité.

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

M. Jérôme Cahuzac, rapporteur pour avis. Notre collègue Claude Evin a clairement cerné nos différents débats : il y a d'abord un vrai débat de fond avec notre collègue Goulard et au niveau national avec M. Madelin, et puis un autre débat, que j'appellerai débat d'opportunité, qui, soulignons-le, n'est pas moins intéressant, moins respectable ou moins légitime que le premier.

Nos collègues de l'opposition imposent un cadre trop restreint à la discussion en affirmant qu'il y a de bons et de mauvais médecins. Cette vision un peu manichéenne du corps médical ne me paraît pas juste. On ne peut, en effet, tracer une ligne de partage rigoureusement étanche. Dès lors, je vois mal comment vous pourrez défendre plus longtemps le reversement individuel au nom de sa capacité à différencier les bons des mauvais, les vertueux des autres. « Les Bons et les Méchants », titre du film de Claude Lelouch, est une formule qui s'applique mieux au cinéma qu'au domaine dont nous traitons.

Quelques exemples suffisent à cet égard pour signaler que cette frontière ne peut pas être tracée. Si un médecin souhaite travailler quinze ou dix-huit heures par jour, à la limite, c'est son droit. Et je vous vois mal, mes chers collègues, imposer à ces médecins les 35 heures après leur avoir imposé d'abord les 39 heures, ou alors nous serions à front renversé.

M. François Goulard. Vous parlez devant Mme Aubry, ne l'oubliez pas ! (*Sourires.*)

M. Jérôme Cahuzac, rapporteur pour avis. Autrement dit, le qualitatif et le quantitatif ne sont pas forcément opposables, même s'ils peuvent s'exclure dans quelques circonstances.

Vous avez indiqué, monsieur Goulard, qu'il était exclu de baisser les tarifs en cours d'année, que cette régulation vous paraissait être un changement des règles du jeu. Mais un médecin qui exerce son art est aussi un ordonnateur de dépenses publiques. Au nom de quoi une régulation ne s'appliquerait pas à lui dès lors que nous acceptons, comme vous l'avez fait, de soutenir des gouvernements qui, en cours d'année, procèdent à des régulations budgétaires ? Vous êtes-vous élevés contre ces régulations budgétaires ? Nous avons sur ces bancs des collègues qui ont occupé des fonctions éminentes dans des cabinets ministériels et qui ont procédé à de telles régulations. Je ne suis pas sûr qu'ils aient éprouvé le moindre état d'âme.

Votre dernier argument enfin sur notre « brutalité » est d'un classicisme éprouvé ; nous nous y attendions tous. Mais, au fond, qu'y a-t-il de plus brutal : faire ce que nous avons toujours annoncé ou bien faire le contraire ?

M. le président. La parole est à M. le président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

M. Jean Le Garrec, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales. Madame la ministre, monsieur le secrétaire d'Etat, nous abordons avec l'article 21 un débat fondamental. Il est normal, pour un élu, pour un responsable politique, d'écouter, de douter avant d'affirmer des convictions. Or le mouvement me semble venu où il nous faut affirmer des convictions,...

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. En effet !

M. Jean Le Garrec, président de la commission. ... d'autant que nous abordons une matière par définition complexe et non transparente. Je suis du reste très frappé de voir revenir en permanence ces deux mots dans tant de textes, qu'il s'agisse de celui du conseil d'administration de la CNAM, du 13 octobre, ou du rapport de la Cour des comptes. C'est là-dessus qu'il nous faut travailler.

Pour ma part, il est deux mots que je voudrais éliminer d'emblée : « comptable » et « sanction ». Sitôt que l'on parle de comptable, on est supposé porter aussitôt un jugement de valeur. Et pourtant, mes chers collègues, ne sommes-nous pas comptables de l'intérêt public ?

Mme Catherine Génisson. Absolument !

M. Jean Le Garrec, président de la commission. Ne sommes-nous pas comptables de la santé publique ? Ne sommes-nous pas comptables des moyens publics mis à disposition d'un projet général et de la santé de nos concitoyens ? Je ne vois donc pas ce qui autorise à de tels jugements. Quand on ne compte pas, il y a toujours quelqu'un qui paie...

M. Jean-Luc Prével. Quand on aime, on ne compte pas !

M. Jean Le Garrec, président de la commission. Et celui qui paie, c'est toujours le plus pauvre et le plus démuné. Qu'on se le dise !

M. Claude Evin, rapporteur. Très bien !

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Vous avez tout à fait raison !

M. Jean Le Garrec, *président de la commission*. Nous sommes devant un problème, il est vrai, extrêmement difficile. J'ai rencontré nombre de membres de la profession médicale, pour écouter et comprendre. Ils font un métier qui a sa nature et sa grandeur : celui de soigner, celui de guérir, celui aussi d'accompagner jusqu'à ce moment qui constitue notre plus formidable angoisse, c'est-à-dire la fin de la vie. Voilà le métier que font ces gens-là. Mais, en même temps, comme le remarque très justement M. Stasse dans son rapport, ils sont aussi ordonnateurs de la dépense publique. Terrible contradiction ! D'un côté, agir sur la vie et la mort ; de l'autre, se retrouver très simplement, très humblement ordonnateur de dépenses publiques.

Comment gérer cette contradiction ? Cette question se pose à chacun d'entre nous. C'est là-dessus qu'il nous faut travailler, avec nos recherches, nos hésitations, nos erreurs ; c'est cette contradiction fondamentale qu'il nous faut assumer, avec l'extraordinaire difficulté qu'une telle démarche suppose.

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. En effet !

M. Jean Le Garrec, *président de la commission*. Cette question, j'ose le dire avec tranquillité, nous devons avoir le courage de la poser.

Le deuxième mot que je voudrais éliminer, c'est celui de sanction. J'entends parler de sanction envers les professions libérales. Mais, mes chers collègues, en prenant des décisions collectives d'augmentation des prélèvements ou de diminution des remboursements, qu'ont fait tous les gouvernements successifs pendant vingt ans, si ce n'est sanctionner les citoyens, en leur demandant plus et en les remboursant moins ? La voilà, la réalité !

Sur ce point, nous avons eu un débat très sérieux avec M. Goulard et que M. Mattei a engagé avec la plus grande clarté : « Augmenter les prélèvements, il n'en est pas question. » Nous sommes d'accord. « Diminuer les remboursements, il n'en est pas question. » Chacun d'entre nous admettra volontiers que si nous le pouvons - ce que j'espère bien -, il faudra plutôt les augmenter dans toute la mesure du possible. Troisième affirmation : « La maîtrise médicalisée n'a pas marché, et ne marchera pas »...

M. Jean-Paul Bacquet. Elle n'a jamais été appliquée !

M. Jean Le Garrec, *président de la commission*. Exactement ! M. Mattei part du postulat que cela n'a pas marché alors que, en fait, on n'a jamais essayé. C'est sur ce point que porte notre divergence, alors que nous étions d'accord sur les deux premiers. On n'a jamais vraiment essayé de mettre en œuvre la maîtrise médicalisée ; c'est là tout l'enjeu des quelques prochaines années.

Plusieurs tentatives amorcées par Claude Evin, puis par M. Teulade, qui avait posé clairement les problèmes, puis celle de M. Juppé, courageuse mais très mal organisée, très mal concrétisée dans les textes comme dans la méthode. Aujourd'hui, voilà un gouvernement qui entend tenir compte des expériences passées pour s'efforcer de mettre en place des dispositifs en s'appuyant sur le concept fondamental de la responsabilité des acteurs principaux, à commencer par les médecins.

Je le redis après Martine Aubry et Bernard Kouchner : la clause serre-file a clairement pour objectif de ne pas avoir à être appliquée. Il faut simplement que les médecins aient le courage de suivre la même démarche : agir tout à la fois en acteurs de la santé, de la vie, de la mort, et en comptables de moyens publics. Et cela, c'est très

difficile. Mais si tous, élus que nous sommes, comptables de l'intérêt public, nous leur demandons de prendre en compte cette contradiction, je ne vois pas pourquoi ils ne le feraient pas. Et si nous n'y parvenons pas, il ne restera que deux solutions : une étatisation du système, déjà récusée, ou une mise en concurrence, dont on sait le prix. Si, par malheur, mais je suis convaincu du contraire, nous n'arrivons pas au bout de la démarche, ce sont les médecins qui paieraient l'échec, et bien entendu les citoyens. Voilà tout l'intérêt du débat sur l'article 21. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. le président. La parole est à Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité.

Mme Martine Aubry, *ministre de l'emploi et de la solidarité*. Le rapporteur et le président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales ont fort bien posé le débat. En fait, que voyons-nous dans cet hémicycle ? D'un côté, ceux qui veulent défendre la sécurité sociale telle qu'elle est, parce qu'élément majeur de la cohésion sociale, parce que, lorsqu'elle va mal, Jean Le Garrec l'a dit, ce sont toujours les plus faibles qui trinquent ; de l'autre, ceux qui pensent déjà à un autre système : M. Mattei nous l'a dit dans le débat général, M. Goulard nous l'a redit aujourd'hui. Je relève à ce propos qu'il a parlé tout à l'heure de déremboursement alors qu'il avait dit le contraire auparavant. C'est dire combien il est peu aisé de traiter de ces problèmes.

Nous sommes nombreux à vouloir maîtriser l'évolution de nos dépenses de santé, c'est-à-dire - et je rejoins Mme Fraysse - soigner mieux, soigner tout le monde, mais en allouant mieux les ressources. Il faut une réflexion pour savoir comment y arriver, et ce n'est pas facile. Ainsi, monsieur Barrot, vous faites partie de ceux qui, tout comme nous, veulent défendre le système de sécurité sociale ; j'en suis persuadée. Mais, comme la plupart sur vos bancs, vous avez également applaudi debout Alain Juppé lorsqu'il a proposé la mise en place du système de reversement, aujourd'hui si critiqué. Vous avez souvent changé d'avis sur le sujet ; je ne vous en blâme pas, car ce n'est pas facile, et c'est bien cela qui explique toutes les contradictions que nous avons connues. Nous souhaitons que le système perdure tout en sachant qu'il ne peut perdurer que par des mesures structurelles qui modifieront profondément l'organisation de la santé dans notre pays, afin d'abord que tout le monde puisse être soigné avec une meilleure sécurité et à un moindre coût.

Certains pensaient que la coercition allait provoquer un changement de comportement. Je ne suis pas sûre que ce soit votre cas, monsieur Barrot, mais je pense que ce l'était du Premier ministre qui a laissé son nom au plan précédent. Pour ma part, je ne le crois pas. Le changement de comportement viendra de réformes structurelles, dont beaucoup se mettent en place par la voie conventionnelle, avec les acteurs de santé eux-mêmes. Mais, d'ici-là, nous n'avons pas le droit de laisser dérapier les choses, sous peine de nous trouver confrontés à un risque majeur, à un bouleversement du système qui nous amènerait peut-être dans la situation des États-Unis, où 40 millions d'Américains n'ont pas accès aux soins. Alors que c'est justement le contraire que nous préparons, c'est-à-dire une couverture maladie universelle pour mieux protéger les plus faibles.

Alors, on réfléchit. Au fur et à mesure que l'on réfléchit, les positions évoluent. Vous déclariez tout à l'heure ne pas comprendre le dispositif que nous mettons en place. Mais en 1996, alors que vous souteniez le mécanisme proposé par Alain Juppé, vous disiez dans une

interview à *Libération* qu'il fallait bien comprendre le sens de cette mesure. « S'il y a un dépassement important, ajoutez-vous, une partie en sera bien imputable au nombre d'honoraires payés aux médecins ; or, en d'autres termes, le revenu des médecins aura progressé nettement plus rapidement que l'objectif que la société française s'était fixé. Qu'y a-t-il de choquant dans cette règle ? Où est l'injustice ? »

Je pourrais redire exactement la même chose aujourd'hui et je rejoins sur ce point les propos de Jérôme Cahuzac.

« Ce n'est pas en desserrant l'étau que l'on peut agir en profondeur », disiez-vous en mai dernier. Je n'ai pas l'impression que nous ayons desserré l'étau, car nous savions les risques que nous encourrions à le desserrer. « Surtout, ne desserrez pas l'étau », répétiez-vous. Et puis, tout récemment, vous avez admis qu'il n'aurait peut-être pas fallu monter le système tel que prévu...

En fait, de quoi s'agit-il ?

Pour nous, il s'agit de mettre en place les réformes structurelles qui posent la responsabilité individuelle et collective des médecins. Leur responsabilité individuelle d'abord, qui doit les pousser à mieux s'informer et se former, à mieux travailler en réseau et en coopération, pour le bien du malade, pour mieux suivre une pathologie, mais aussi pour moins dépenser. Leur responsabilité collective ensuite, dans l'évaluation par les médecins eux-mêmes, et ce sera le rôle des unions régionales de médecins, mais aussi dans la clause de sauvegarde, tant que les réformes n'auront pas porté tous leurs fruits.

A ce propos, monsieur Barrot, il ne s'agit pas de mettre en place des lettres clés flottantes. Encore que vous-même, en février 1998, dans *Le Quotidien du médecin*, envisagiez cette solution : « La question ne se limite pas au problème du reversement. La question est : est-ce que l'on accepte, oui ou non, de mettre en place un dispositif d'alerte et de freinage qui, en cas de dépassement des objectifs prévisionnels, empêche de se traduire systématiquement par un alourdissement du déficit de la sécurité sociale ? Nous avons imaginé le système des reversements d'honoraires, mais ce n'est pas le seul. On peut imaginer les lettres clés flottantes ou un autre dispositif. » Ainsi, vous-même, vous vous interrogiez sur ce point en février dernier...

M. Jacques Barrot. Pas les deux en même temps ! Mais je vous répondrai.

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Ce ne sont pas des lettres clés flottantes que nous mettons en place. Du reste, qu'est-ce que les lettres clés flottantes ? Un dispositif qui fait automatiquement « tomber », baisser les lettres dès lors que l'on dépasse ses honoraires ou ses prescriptions. Or ce n'est pas du tout le cas dans notre dispositif.

Le mécanisme que nous mettons en place, et je rejoins certains propos tenus sur vos bancs, répond à un double souci : ne pas avoir à faire jouer la clause de sauvegarde, mais ne pas rester pour autant les bras croisés en regardant telle ou telle dépense augmenter brutalement. Nous devons être capables, en toute responsabilité, de nous mettre autour d'une table, d'examiner dans tel secteur où se produit le dérapage et d'en déterminer les causes objectives. Dans certains cas, l'augmentation peut se justifier, par exemple si l'on soigne mieux certaines affections ; dans d'autres, il peut s'agir de dérapages purs et simples, comme ce fut le cas avec l'auto-prescription des radiologies, que je continue à considérer comme inacceptable.

Voilà ce que nous proposons. Voyons-nous au bout de quatre mois ou huit mois – quand je dis nous, je veux parler de la CNAM et des syndicats de médecins – pour faire un point sur ce qui se passe et éventuellement prendre des mesures. Mon souhait le plus fort, c'est qu'elles se prennent par la voie conventionnelle. Et si Bernard Kouchner et moi-même sommes intervenus dans le cas des radiologues au mois de juillet, ce n'est pas par simple envie, mais tout simplement parce qu'il n'y avait plus de convention.

Du reste, même s'il y en avait eu une, nous aurions parfaitement pu intervenir. En effet, contrairement à ce que vous affirmiez, monsieur Barrot, nous y étions parfaitement fondés : l'article L. 162-38 du code de la sécurité sociale permet d'intervenir pour fixer les prix, même en présence d'une convention. Mais, en l'occurrence, il n'y avait pas de convention et, dès lors que nous étions capables de dire dans quel secteur le dérapage était constaté, il n'y avait aucune raison de faire payer l'ensemble des médecins en fin d'année.

Du reste, la plupart des professions l'ont bien compris, puisque nous avons signé des protocoles avec les biologistes, l'industrie pharmaceutique, l'industrie des dispositifs médicaux, les dentistes, les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes. C'est donc que ces professions ont admis l'existence de pratiques non conformes et la nécessité de prendre des décisions en conséquence. Et c'est bien ce que nous proposons, pour quatre mois et pour huit mois, à ceci près que nous souhaitons que ce soit fait par le biais conventionnel.

Nous nous réservons la possibilité d'intervenir – et, je le répète, ce n'est pas une novation, le code de la sécurité sociale le permet déjà – au cas où un dépassement manifesterait en danger la sécurité sociale. L'Etat se doit de garder cette arme, justement pour ne pas avoir à l'utiliser. Croyez que si j'ai été amenée à le faire au mois de juillet dernier, c'est bien parce que j'ai estimé qu'il était de mon devoir de ne pas laisser les choses continuer ainsi : les dépenses des radiologues avaient augmenté de 10 % durant les quatre premiers mois de l'année, après que leur revenu s'était accru de près de 6 % l'année précédente ! Qu'auriez-vous dit si nous ne l'avions pas fait ?

Il s'agit tout simplement d'en appeler à la responsabilité et au dialogue, comme nous le faisons depuis un an, et d'essayer de faire en sorte que les choses se passent mieux.

Je souhaite répondre maintenant à M. Prél et à M. Goulard sur la clause de sauvegarde. Pour commencer, il ne s'agit pas d'une sanction à l'encontre des médecins, mais de la reconnaissance d'une responsabilité collective. Au fond, la sécurité sociale solvabilise l'ensemble des malades et permet aux médecins d'exercer leur métier. Et, comme cela a été fort bien indiqué par les rapporteurs, on ne s'est jamais demandé si les usagers étaient vertueux ou non lorsqu'on baissait leurs taux de remboursement ou qu'on augmentait leurs cotisations : on considèrerait simplement qu'ils étaient globalement responsables des dépenses. Quand des médecins vivent – et c'est tant mieux – de la sécurité sociale, n'a-t-on pas le droit de leur rappeler qu'ils ont une responsabilité collective dans sa survie ? Que si nous étions dans un système d'assurance privée, un grand nombre d'entre eux disparaîtraient ? Nous comptons beaucoup plus de médecins qu'ailleurs. Cela aussi, il faut qu'ils le sachent.

Cette clause de sauvegarde est d'abord un mécanisme temporaire. Pourquoi temporaire ? Parce que nous croyons que les réformes structurelles mises en place, l'évaluation, l'informatisation, la mise en réseau, la forma-

tion, la démographie médicale nous permettront de rentrer dans les clous, et nous souhaitons bien le dire haut et fort : pour nous, c'est l'essentiel.

C'est ensuite un mécanisme de responsabilité collective. S'il était individuel, madame Fraysse, comme le souhaite et le préconise parfois M. Barrot, c'est là que nous aurions un rationnement de la santé. Car chaque médecin, sans regarder sa clientèle...

Mme Jacqueline Fraysse. Je ne prêche pas pour l'individuel !

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Je ne dis pas que c'est ce que vous avez dit ; je vous réponds.

L'individualisme peut apparaître au premier abord comme un élément de justice ; mais, en fait, je ne crois pas que ce soit le cas. Tout dépend de la clientèle que l'on a. On ne peut pas tout à la fois se dire, messieurs, partisans d'un grand schéma qui mettrait en place des contingents par médecin, et se poser en défenseurs de la médecine libérale. Nous sommes en pleine explosion, si je puis dire.

C'est donc un mécanisme qui ne peut pas être individuel mais qui doit être juste. A cet égard, je crois que le nôtre est meilleur. En effet, c'est un mécanisme de responsabilité simple, à hauteur de ses revenus. Quoi de plus juste ? C'est un mécanisme serre-file, à visée préventive, et d'ultime recours. D'où l'importance de son caractère infra-annuel.

Il est simple, il est lisible et il est beaucoup plus souple puisqu'il y prévoit ce fameux « tunnel » dont nous discuterons avec les organisations syndicales de médecins.

M. Jean Bardet. Nous sommes dans le tunnel et nous n'en sortirons jamais !

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Avec des réflexions comme celle-là certainement pas, en effet ! Mais avec le débat que nous avons eu avec certains de vos amis et avec la majorité, nous espérons en sortir.

La clause est assise sur les revenus. En seront exonérés les médecins qui sont installés depuis moins de sept ans.

C'est un mécanisme, enfin, qui tourne le dos au « tout médecin », puisqu'il existe une clause pour le médicament. C'est encore un élément de justice et de responsabilité collective.

Monsieur Hellier, MG France n'a pas été « appâté » par le médecin référent, mesure qui a d'ailleurs été préparée dans le bureau de M. Barrot. J'en ai hérité et j'en suis ravie, je le dis avec simplicité. MG France est une organisation qui a pris toutes ses responsabilités. Nous n'avons pas l'habitude de nous comporter comme des maquignons avec des organisations qui représentent les acteurs-clés du système de santé français, à savoir les médecins. Nous avons discuté avec eux depuis un an, souvent de façon assez dure, croyez-le bien. Nous ne donnons de cadeau ni de gifle à personne. Nous sommes avec des gens responsables, et chacun prend ses responsabilités.

Faut-il défendre le système de sécurité sociale ou le mettre à bas le plus vite possible pour en mettre un autre en place ? Pour nous, le choix est fait : nous devons mettre en place un système de sauvegarde économique collectif. Ce n'est pas de gaieté de cœur. J'espère, pour ma part, qu'il jouera le moins possible et le moins de temps possible. Cela voudra dire que nous aurons réussi, dans notre pays, à accroître la citoyenneté et la responsabilité.

J'ai cru comprendre que beaucoup de médecins, aujourd'hui, comprenaient tout cela. Nous sommes nombreux, ici, Claude Evin et M. Barrot, notamment, à y

avoir contribué. Je m'en réjouis. Le pari n'est pas facile. Je ne prétends pas que tout ce que nous faisons est parfait ; d'ailleurs, il n'y a rien de parfait dans ce domaine. Mais au moins, nous poursuivons, avec cohérence, des objectifs que les Français comprendront, car ils tiennent à leur sécurité sociale, ainsi qu'à un système de santé qui leur apporte beaucoup et qui, demain, apportera plus encore aux plus fragiles. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste et du groupe Radical, Citoyen et Vert.*)

M. le président. Nous allons passer à l'examen des amendements, qui sont au nombre de vingt-neuf.

M. Jacques Barrot. Monsieur le président, me permettez-vous de répondre à Mme la ministre ?

M. le président. Non, monsieur Barrot, la discussion sur l'article - où vous êtes intervenu comme premier orateur inscrit - est close.

M. Jacques Barrot. Je suis parmi les plus anciens de cette assemblée et je ne crois pas avoir jamais abusé de la parole !

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Considérez, monsieur le président, que j'ai posé une question à M. Barrot, et qu'il va me répondre ! Je l'ai même un peu mis en cause ! (*Sourires.*)

M. le président. Fort bien !

La parole est à M. Jacques Barrot.

M. Jacques Barrot. Monsieur le président, je respecte toujours très scrupuleusement le règlement. Aussi, j'avoue que je suis un peu étonné de votre sévérité à mon égard. J'ai été suffisamment cité par Mme la ministre pour être autorisé à dire quelques mots. Et je pense que je ne retarderai pas l'Assemblée par des propos oiseux. Il faut savoir ce que vous voulez : si vous désirez que nous ayons des comportements vertueux, il faudrait les encourager !

Madame la ministre, j'ai bien pris soin, dans mon intervention initiale, d'évoquer les modalités de la régulation économique. J'ai bien pris soin aussi de dire que j'étais de ceux qui la jugeaient nécessaire. Elle le sera - mais j'espère pas toujours - tant que nous ne serons pas parvenus à établir la maîtrise médicalisée individuelle, la seule apte à empêcher, dans cette médecine libérale, un médecin d'abuser de sa liberté pour faire plusieurs actes, là où, manifestement, un seul suffirait ; elle le sera tant que nous ne disposerons pas des vrais moyens, codage, informatisation - je le dis à Claude Evin qui, j'espère, l'admettra - pour que la médecine-conseil puisse sanctionner à la fois le médecin qui manifestement s'est éloigné du juste soin, et l'assuré social consommateur abusif de soins. Il faut bien en arriver là.

Moi-même, j'ai reconnu tout à l'heure que les modalités de la régulation économique mise en place précédemment n'étaient pas satisfaisantes et que je souhaitais éminemment qu'elles soient renégociées. Mais je vous dis, aujourd'hui : faites attention de ne pas commettre à votre tour une erreur. Je crains qu'en ne vous contentant pas d'un rendez-vous bi-annuel, qui était la clause serre-file, et en en prévoyant un presque trimestriel, vous ne donniez le sentiment que la maîtrise médicalisée n'est plus la régulation prioritaire.

Or, elle l'est, vous l'avez dit. Il faut donc s'attacher à la faire avancer. J'ai déploré un certain attentisme. Il m'a semblé que le système se remettait en marche. Et je regrette qu'un certain syndicalisme médical n'accepte pas de cogérer cette maîtrise médicalisée.

M. Claude Evin, rapporteur. Très bien ! Vous avez raison !

M. Jacques Barrot. Nous n'en sortirons pas autrement.

Cela étant, attention de ne pas faire d'une clause de sauvegarde économique une sorte de régulation de tous les jours ou de tous les mois. Car vous donneriez raison à tous ceux qui, finalement, vont se mettre en congé de la maîtrise médicalisée, qu'ils avaient invoquée mais qu'ils n'étaient pas les premiers à pratiquer.

Vous dites qu'il n'est pas question de lettres-clés flottantes ; mais des baisses de tarif, linéaires et générales, ça y ressemble bien tout de même. Vous avez raison : j'avais moi-même envisagé la possibilité d'y recourir. Mais on ne peut pas faire les deux à la fois : une clause prévoyant une contribution des médecins sous certaines conditions et en même temps une régulation pendant l'année avec baisse de lettres-clés. Je ne vous cache pas que la mesure qui a frappé le Z m'est apparue un peu aveugle.

Il faut, en effet, une clause économique, mais il faut bien la mesurer car nous ne devons pas nous installer dans la régulation économique. Celle-ci est vraiment le dernier recours. Il convient de porter tous nos efforts sur la maîtrise médicalisée et individualisée. Je pense qu'on doit pouvoir le faire.

Voilà ce que je voulais dire. J'espère ne pas m'être contredit. J'espère aussi, monsieur le président, ne pas avoir trop alourdi ces débats. Mais comme ils sont de qualité, il est nécessaire que nous nous expliquions clairement. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance, du groupe du Rassemblement pour la République et du groupe Démocratie libérale et Indépendants.*)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n^{os} 297 et 372.

L'amendement n^o 297 est présenté par MM. Préel, Bur, Foucher, Gengenwin, Méhaignerie, Blessig, de Courson et les membres du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance ; l'amendement n^o 372 est présenté par MM. Goulard, Accoyer, Préel et les membres des groupes Démocratie libérale et Indépendants, du Rassemblement pour la République et de l'Union pour la démocratie française-Alliance.

Ces amendements sont ainsi rédigés :

« Supprimer l'article 21. »

La parole est à M. Jean-Luc Préel, pour soutenir l'amendement n^o 297.

M. Jean-Luc-Préel. L'article 21 est l'un des articles essentiels de ce projet de loi. La discussion engagée était extrêmement intéressante, et je regrette que l'on n'ait pas plus de temps pour aller au fond des choses.

Mme Jacqueline Fraysse. Il ne fallait pas nous en faire perdre auparavant !

M. Gérard Terrier. Sans les motions de procédure, nous aurions eu trois heures de plus !

M. Jean-Luc Préel. M. Evin a parlé longuement de manière intelligente, le président de la commission plus encore.

Parfois, monsieur Evin, le manichéisme vous arrange. Vous avez dit : « Il y a ceux qui veulent libéraliser la protection sociale, et il y a nous. »

M. Claude Evin, rapporteur. Ce n'est pas du tout ce que j'ai dit !

M. Jean-Luc Préel. Mme la ministre a été un peu plus claire. Pour ma part, je crois qu'il y a ceux qui veulent sauvegarder la protection sociale et ceux qui veulent aller

vers une privatisation. Parmi les premiers, il y a ceux qui sont pour des sanctions collectives et ceux qui sont pour la responsabilité individuelle, parce qu'ils placent la personne au-dessus de la société, parce qu'ils pensent qu'on est au service de la personne et de l'individu et non pas du maintien d'organismes pour eux-mêmes.

Je ne doute pas que vos mesures de sauvegarde soient efficaces,...

M. Pierre Hellier. Très efficaces !

M. Jean-Luc Préel. ... d'abord parce qu'elles sont doubles, ensuite parce qu'elles sont comptables et collectives... donc forcément efficaces !

Vous refusez le mot de lettre clé flottante. Mais ce que vient de dire M. Barrot est tout à fait exact. Prévoir des rendez-vous tous les quatre ou huit mois afin d'appliquer, si les dépenses ont augmenté, le mécanisme, que vous avez d'ailleurs appliqué au mois de juillet, cela revient bien à une lettre clé, qui ne flotte pas vraiment mais qui descend, comme la marée, par paliers réguliers.

M. Jérôme Cahuzac, rapporteur pour avis. La marée monte aussi !

M. Jean-Luc Préel. Certes !

Je le répète : c'est l'équivalent de la lettre clé flottante.

Cette façon de faire – revoir tous les quatre mois les recettes prévisionnelles ! – rendra impossible le fonctionnement de ces PME que sont les laboratoires de biologie et de radiologie.

Quant aux sanctions collectives – l'impôt social sur le revenu –, nous y sommes opposés car nous sommes pour la maîtrise individualisée s'appuyant sur la personne, et en appliquant les bonnes pratiques médicales. On peut y arriver.

Voilà ce qui nous sépare.

Monsieur Cahuzac, vous avez eu des formules ironiques. Pourquoi pas ? Mais qui était au Gouvernement lorsqu'on a imposé des quotas aux infirmières, afin qu'elles ne dépassent pas un certain nombre d'actes par jour ou par année ? Sans doute a-t-on considéré que, pour de bonnes pratiques, il fallait un nombre d'actes limités !

Vous dites que ce n'est pas applicable aux médecins. Quelle est la différence ?

M. le président. La parole est à M. François Goulard, pour soutenir l'amendement n^o 372.

M. François Goulard. Je tiens à souligner que cet amendement est commun aux trois groupes de l'opposition, ce qui est hautement symbolique, car nous n'avons pas toujours par ailleurs les mêmes appréciations. En l'occurrence, nous sommes uniformément hostiles à l'article 21.

Le débat s'est élevé à une certaine hauteur. En particulier, les propos du président de la commission des affaires sociales, Jean Le Garrec, non seulement m'ont paru justes, mais m'ont ému. Et je voudrais que vous me croyiez. Quand j'étais enfant, en Bretagne, les assurances sociales n'existaient pas pour les agriculteurs, ou elles étaient balbutiantes. J'en ai vu venir retirer leurs enfants de l'hôpital au bout de trois jours, guéris ou non, parce que, s'ils les avaient laissés plus longtemps, ils n'auraient pas eu les moyens de payer. J'ai vu cela étant enfant. Aussi, quand je vous dis que je suis profondément attaché à ce que chaque Français dispose d'une assurance maladie, sans aucune discrimination, une assurance qui le rembourse de la meilleure façon possible, vous pouvez me croire. Ce sentiment nous est commun.

Je partage totalement la manière dont Jean Le Garrec a présenté le vrai débat, qui se résume effectivement à ce choix décisif, souvent banal, mais quelquefois tragique, qu'un médecin doit faire entre la dépense publique dont il est l'ordonnateur et la nécessité dans laquelle il est de soigner son patient, voire de lui sauver la vie. Cette contradiction, parce que c'en est une - mais la vie en comporte -, il doit la résoudre. Et nous devons inscrire ses actes dans un système qui lui permette de le faire dans les meilleures conditions possibles.

Je respecte profondément tous ceux qui ont contribué à élaborer la sécurité sociale telle que nous l'avons aujourd'hui. J'ai été très critique à son endroit. J'aurais dû dire, beaucoup plus que je ne l'ai fait, que c'est un progrès social formidable et que nous avons une chance exceptionnelle par rapport à tous ceux qui n'ont pas eu la chance de vivre dans un pays disposant d'une institution sociale comme celle-là. Mais il faut nous projeter dans l'avenir. Je pense que la manière la plus efficace, la plus humaine, de résoudre cette contradiction, c'est de faire en sorte qu'elle se résolve dans des systèmes qui soient, autant que possible, décentralisés, autonomes, où ceux qui ont la responsabilité économique finale, c'est-à-dire l'assureur, et ceux qui ont la décision médicale, c'est-à-dire les professionnels de santé, puissent dialoguer directement. Le reproche que je fais - après en avoir vanté toutes les vertus - à notre sécurité sociale telle qu'elle est aujourd'hui, c'est que ce dialogue ne s'opère qu'à l'échelon national, où il est terriblement médiatisé, entre des organisations syndicales, qui y ont naturellement leur rôle mais qui sont très loin du terrain, et des fonctionnaires, dont il ne s'agit pas de diminuer les mérites mais qui sont également très loin du terrain.

Dans le système que je prône, et que je ne fais qu'esquisser, parce que je n'ai pas de vérité révélée, il y aurait un dialogue de proximité entre ceux qui ont la responsabilité économique et ceux qui ont la responsabilité d'assurer à tous les Français la meilleure santé possible.

Et cette autonomie, cette décentralisation, appellent inmanquablement, j'ose le dire - même si le mot fait peur, même s'il est facile de le retourner et d'en faire une caricature en agitant l'anti-modèle américain, qui n'est évidemment pas le mien -, la concurrence.

La concurrence entre qui? Je ne pense pas qu'il soit souhaitable que les assureurs privés - tant pis pour AXA et tant pis pour GROUPAMA! - soient aujourd'hui présents sur le marché de la sécurité sociale.

M. Jérôme Cahuzac, rapporteur pour avis. Très bien!

M. François Goulard. Je pense, en revanche, qu'une concurrence organisée avec des principes clairs, avec une non-discrimination non seulement affirmée mais vérifiée et contrôlée, une concurrence, dis-je, entre les caisses existantes de sécurité sociale, entre les mutuelles qui assurent une protection complémentaire dans notre système de soin, une concurrence qui n'a rien de marchand mais vise simplement à décentraliser et à rendre le système plus efficace, une telle concurrence vaut d'être essayée.

Je préconise donc une expérimentation, en m'appuyant sur des exemples étrangers, dans des pays qui sont au moins aussi avancés socialement que nous. J'ai parlé des exemples hollandais, allemand et suisse, tous pays où la protection sociale et le niveau sanitaire sont de grande qualité.

Je prétends qu'il y a une alternative au contrôle global des dépenses de santé, qui a les inconvénients que nous avons tous dénoncés. Il n'y a pas de système idéal, c'est

vrai. Simplement, aujourd'hui, il est raisonnable d'avancer la possibilité d'expérimenter d'autres solutions. Je n'ai rien dit d'autre, et je récusé d'avance toute caricature.

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

M. Claude Evin, rapporteur. Il est évident que la commission est contre.

Et puisque l'occasion m'en est donnée, je voudrais rendre hommage à tous mes collègues, y compris de l'opposition, pour la qualité de ce débat. Je leur fais observer - malheureusement un peu tard, nous ne sommes plus très nombreux - que, par rapport à tous les débats qui se sont déroulés dans cet hémicycle sur les questions de sécurité sociale, celui-ci est le premier à avoir une telle dynamique. Peut-être est-ce de l'avoir mené sur un article, plutôt qu'avec une litanie d'interventions à la tribune. Chacun peut se féliciter de sa qualité. Il n'est certainement pas clos, mais nous avons sans doute avancé, au moins en commençant d'exprimer nos positions respectives, même si nous n'en aurons pas fini ce soir.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur ces amendements de suppression?

M. le secrétaire d'Etat à la santé. Nous sommes du même avis que la commission: défavorables.

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

M. Bernard Accoyer. C'est particulièrement important, monsieur le président.

M. le président. J'entends bien, mais il y a encore vingt-huit amendements sur le même article, dont beaucoup de vous.

M. Bernard Accoyer. J'en retirerai un certain nombre pour accélérer le débat, mais je veux rappeler plusieurs points.

D'abord, je me félicite moi aussi que le débat se soit élevé, et encore plus qu'il puisse avoir lieu. Et s'il a lieu, c'est précisément parce que les ordonnances de 1996, dans la droite ligne de l'action des gaullistes, c'est-à-dire la création de la sécurité sociale, ont été adoptées. Ce ne fut pas un moment facile, mais, Jean Le Garrec l'a dit, ce fut une initiative courageuse, et nous devons tous, je crois, nous en féliciter aujourd'hui.

Le décor a été planté. La situation actuelle évoluera soit vers l'étatisation, soit vers la privatisation. Je crois qu'à peu près tout le monde est d'accord là-dessus. Pourtant, si l'on y regarde de près, avec l'article 21, vous choisissez une voie qui nous paraît coercitive et qui, comme l'a bien souligné Jacques Barrot, tourne le dos à la maîtrise médicalisée - le mot n'y est pas même inscrit. Il n'est en effet prévu aucune évaluation médicalisée des pratiques. Vous l'avez expliqué, madame la ministre, ce qui compte, ce sont les réformes structurelles, pas les mécanismes de vases communicants qui font que, lorsqu'il y a un dérapage d'un côté, on le compense de l'autre côté.

En réalité, la clause économique, dont vous avez dit qu'elle était annulée, ce qui est vrai, méritait d'être améliorée, nous l'avons tous répété. Elle avait été quelque peu lissée, individualisée. Il eût fallu aller plus loin, en tout cas dans le cadre de la médicalisation. Les outils, nous les connaissons. Malheureusement, on a tardé à les mettre en place. Espérons que le processus va s'accélérer, mais cela semble mal engagé.

Au-delà de la voie médicalisée, un complément était prévu dans les ordonnances. La mise en place de l'assurance maladie universelle, fort différente de la couverture

maladie universelle, aurait permis une harmonisation au niveau national, et, par là même, une concurrence entre les caisses au niveau régional, dans le cadre de l'institution sauvegardée. De la même façon, les expérimentations étaient destinées à introduire de la concurrence dans le seul petit secteur où c'est possible, celui du risque complémentaire.

Concurrence entre assurances, concurrence entre mutuelles, gestion du risque maladie, qui n'existe pas dans ce pays : c'est du ressort de l'opérateur de proximité, c'est-à-dire l'opérateur complémentaire, et il y a là une voie qui aurait pu être suivie dans le cadre des expérimentations.

Si nous ne trouvons pas de solution, dans le cadre des ordonnances, et que nous choisissons la voie rigide de l'article 21, ce sera une forme larvée d'étatisation, de mise sous le boisseau, et s'installera à côté, immanquablement, un secteur complètement hors convention, le pire de tous les systèmes, celui que nous refusons tous. L'autre alternative – je ne la souhaite pas du tout – serait une privatisation progressive du système. Si nous voulons progresser ensemble pour sauvegarder la sécurité sociale à laquelle nous tenons tous, il nous faut assouplir les dispositifs contenus dans l'article 21, qui, en l'état, ne peuvent être retenus.

M. le président. La parole est à M. Jean-Paul Bacquet.

M. Jean-Paul Bacquet. Je voudrais revenir sur le problème des clés flottantes car, si le débat a été d'une tenue tout à fait exceptionnelle, il faut rappeler quelques vérités.

Les clés flottantes, nous les dénonçons tous lorsqu'elles sont à la baisse, mais ai-je entendu un seul médecin, un seul parlementaire dénoncer celles du secteur II lorsque les honoraires n'augmentaient pas assez rapidement et que l'on faisait évoluer la partie en supplément ? Les honoraires libres évoluaient. C'était une sorte de clé flottante à l'avantage du corps médical qui l'appliquait. Personne n'a jamais dénoncé ce système.

Par ailleurs, j'aimerais que le débat à l'extérieur ait au moins la même tenue qu'ici. Peut-on considérer comme responsables des syndicats qui dénoncent tous les jours le rationnement des soins, alors que nous ne voulons que la rationalisation, qui dénoncent en permanence les pénalités, alors que nous ne voulons que la responsabilité de chacun ?

M. Jean-Luc Prél. C'était pareil à l'époque, et vous en avez joué !

M. Jean-Paul Bacquet. Nous n'en avons pas joué.

M. François Goulard. Vous en avez profité !

M. Jean-Paul Bacquet. Le syndicat qui avait signé la convention à l'époque est un syndicat que vous dénoncez aujourd'hui.

Le tact et la mesure prévus dans le code de la sécurité sociale ont-ils toujours été appliqués dans le secteur II ? Le véritable problème, c'est que tous les médecins exercent leur pratique dans les meilleures conditions de sérieux, mais qu'ils n'ont pas toujours conscience qu'ils font partie d'un système de santé publique.

J'avais hier, au téléphone, un professeur d'un grand service hospitalier à qui je posais quelques questions sur le recrutement de son service. Il m'expliquait que, dans son service, il ne faisait aucune différence, qu'il soignait de la même façon le plus pauvre et le plus riche, qu'il avait des multimilliardaires mais aussi des gens de la zone.

Bien sûr, il les soigne de la même façon, mais arrivent-ils dans son service au même stade évolutif de la maladie ? Arrivent-ils parce qu'ils ont été correctement suivis, ou lorsque les choses sont déjà beaucoup trop graves ? C'est le véritable problème de la maîtrise, comptable ou médicalisée. Bien sûr, personne ici ne veut garder la maîtrise comptable, car nous sommes tous favorables à la maîtrise médicalisée. Encore faut-il avoir les moyens de la mettre en place. Or, monsieur Accoyer, monsieur Hellier, monsieur Foucher, vous qui avez été parmi les plus présents dans la mission sur l'informatisation médicale, vous savez bien que nous n'en avons pas les moyens.

Nous avons été de ceux qui ont dénoncé avec force Sésam-Vitale en expliquant que c'était l'informatisation par le petit bout de la lorgnette, sans donner aux praticiens, mais aussi aux pouvoirs publics, les moyens d'apprécier la consommation médicale dans sa réalité, ce qui était la bonne pratique médicale.

Alors, aidez-nous ! Faites en sorte que, demain, nous ayons les vrais moyens de mieux connaître les pratiques médicales, de faire en sorte qu'elles s'améliorent, d'éliminer ce qui est inutile. Aidez-nous à mettre en place une véritable informatisation, ce qui est prévu dans la loi de sécurité sociale !

Faisons confiance aux partenaires conventionnels, à condition qu'ils ne quittent pas la table d'une façon démagogique, pour que les conventions puissent vivre avec des bilans au quatrième et au huitième mois, les partenaires conventionnels prenant pleinement leurs responsabilités et ne se laissant rien imposer par le Gouvernement. Et faisons en sorte, collectivement, que les unions professionnelles fonctionnent et puissent réellement participer à l'effort collectif.

Oui, le vrai débat, c'est un débat de société, c'est le choix entre une sécurité sociale fondée sur la solidarité et une échappatoire qui serait la clause de sauvegarde assurantielle : ou bien certains médecins seraient conventionnés par l'assurance, les autres étant éliminés du système, ou bien les cotisations seraient proportionnelles à l'excédent de dépenses. Nous savons ce que cela veut dire. Je ne connais aucune assurance, en effet, qui travaille par prosélytisme. Il faut qu'elles soient rentables.

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. C'est vrai !

M. Jean-Paul Bacquet. De ce fait, s'il y a dépassement, il y aura une pénalité collective qui sera à la charge des assurés, parce que la cotisation sera plus lourde. C'est un choix de société. Mon choix est fait, je suis pour un système de solidarité également réparti. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. le président. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 297 et 372.

(*Ces amendements ne sont pas adoptés.*)

M. le président. MM. Prél, Bur, Foucher, Gengenwin, Barrot, Méhaignerie, Blessig et de Courson ont présenté un amendement, n^o 299, ainsi rédigé :

« Supprimer le I de l'article 21. »

La parole est à M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél. Cet amendement tend à supprimer le paragraphe I de l'article 21. C'est important, puisqu'il s'agit de l'institution des lettres clés flottantes.

A l'UDF, nous sommes favorables à la sauvegarde de la protection sociale à la française. Il est indispensable d'aboutir à une maîtrise médicalisée des dépenses de santé prenant en compte les bonnes pratiques médicales. Pour

ce faire, nous souhaitons non pas des sanctions collectives, mais une individualisation fondée sur la responsabilisation. Vous instituez des lettres clés flottantes avec révision tous les quatre et huit mois. Nous y sommes opposés et nous demandons la suppression du paragraphe.

M. Jean-Pierre Foucher. Très bien !

M. le président. Mes chers collègues, je vous demande de vous concentrer désormais sur la spécificité des amendements comme l'a fait M. Préel. Le débat sur l'article 21 dure depuis une heure vingt-cinq.

Plusieurs députés du groupe socialiste. Cela méritait bien ce temps !

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 299 ?

M. Claude Evin, *rapporteur*. Défavorable.

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

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 299.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Rappel au règlement

M. Jean-Luc Préel. Je demande la parole pour un rappel au règlement.

M. le président. La parole est à M. Jean-Luc Préel, pour un rappel au règlement.

M. Jean-Luc Préel. Mon rappel au règlement est fondé sur l'article 98, paragraphe 6, qui concerne le droit d'amendement.

J'aimerais obtenir des explications qui me paraissent indispensables et je voudrais, monsieur le président, que vous transmettiez à M. le président de notre Assemblée nationale ma plus vive protestation.

Le droit d'amendement est un droit fondamental du parlementaire. Je ne pense pas que vous soyez opposé à ce principe.

M. le président. Non !

M. Jean-Luc Préel. Plusieurs de mes amendements ont été déclarés irrecevables. Il serait bon que ce soit justifié.

J'ai parlé tout à l'heure d'un amendement qui tendait remplacer « cinq ans » par « une expérimentation », mais il y a surtout une autre raison qui m'a incité à faire ce rappel au règlement. L'amendement n° 297, qui tendait à supprimer l'ensemble de l'article, a été accepté. Nous venons d'examiner l'amendement n° 299, qui supprimait le paragraphe I. Or un amendement n° 298 qui tendait à supprimer les paragraphes I, II et III a été déclaré irrecevable.

Peut-on m'expliquer pourquoi on peut supprimer tout l'article, on peut supprimer un paragraphe, mais pas les autres ? Je voudrais une explication claire, monsieur le président, et je vous demande de transmettre au président de l'Assemblée mon souhait que les refus soient motivés.

M. le président. Je vais vous faire une réponse de principe. Selon l'article du règlement que vous avez invoqué pour prendre la parole, la présidence fait appel au président de la commission des finances pour juger de la

recevabilité d'un amendement. D'autres amendements ont été déclarés irrecevables, dont l'un présenté par Mme Mignon.

M. Jean Le Garrec, *président de la commission*. Oui, il y en a eu d'autres !

M. Jean-Luc Préel. Pourquoi peut-on supprimer un paragraphe mais pas deux ?

M. le président. C'est la règle : aucun amendement supprimant totalement un article n'est irrecevable.

M. Jean-Luc Préel. Un paragraphe, c'est possible, mais pas deux !

M. le président. C'est ainsi !

Reprise de la discussion

M. le président. M. Goulard a présenté un amendement, n° 248, ainsi libellé :

« Rédiger ainsi le dernier alinéa (11°) du I de l'article 21 :

« 11° les conditions dans lesquelles est assuré le suivi périodique des dépenses médicales et l'information des médecins à ce sujet. »

La parole est à M. François Goulard.

M. François Goulard. L'amendement est défendu.

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

M. Claude Evin, *rapporteur*. Défavorable !

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

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Défavorable !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 248.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 193 et 206 corrigé.

L'amendement n° 193, est présenté par M. Accoyer ; l'amendement n° 206 corrigé est présenté par M. Goulard.

Ces amendements sont ainsi rédigés :

« Après les mots : "dépenses médicales", supprimer la fin du dernier aliéna (11°) du I de l'article 21. »

M. François Goulard. L'amendement n° 206 corrigé est défendu !

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer, pour soutenir l'amendement n° 193.

M. Bernard Accoyer. J'ai, moi aussi, été victime de l'irrecevabilité contaminante, le président de la commission des finances ayant déclaré irrecevables des amendements essentiels.

L'un proposait que notre assemblée puisse débattre de l'ouverture à tous les salariés du privé d'un système de retraite complémentaire par capitalisation, comme celui dont disposent déjà les agents des collectivités publiques. Je ne vois pas pour quelle raison le président de la commission des finances l'a refusé.

Un autre amendement demandait la publication annuelle du rapport de la commission de contrôle des mutuelles et des organismes de prévoyance. Je ne vois pas quel argument a pu être retenu pour le refuser.

Enfin, je revenais sur l'obligation de mettre une photo sur la carte d'assuré social de nos concitoyens. Je ne vois pas ce qui a pu décider le président de la commission des finances à refuser cet amendement.

Ces refus, en tout cas, traduisent une attention convergente envers des amendements qui étaient peut-être dérangeants.

Quant à l'amendement n° 193, monsieur le président, il est défendu.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur les amendements n°s 193 et 206 corrigé ?

M. Claude Evin, *rapporteur*. Défavorable.

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

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n°s 193 et 206 corrigé.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. M. Accoyer a présenté un amendement, n° 194, ainsi rédigé :

« Dans la deuxième phrase du deuxième alinéa du II de l'article 21, substituer aux mots : "objectif de dépenses" les mots : "objectif prévisionnel d'évolution des dépenses remboursées". »

La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. C'est un point important. Dans le projet de loi, sont utilisées indifféremment les notions d'« objectif de dépenses », de « dépenses remboursables », de « dépenses maladies ». En réalité, l'esprit des ordonnances, c'est de s'occuper uniquement des dépenses remboursées.

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

M. Claude Evin, *rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail*. Défavorable.

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

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 194.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. M. Accoyer a présenté un amendement, n° 196 corrigé ainsi rédigé :

« Compléter la dernière phrase du deuxième alinéa du II de l'article 21 par le mot : "remboursées". »

La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Même chose. L'amendement est défendu.

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

M. Claude Evin, *rapporteur*. Défavorable.

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

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 196 corrigé.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. M. Goulard a présenté un amendement, n° 249, ainsi rédigé :

« Supprimer le quatrième alinéa du II de l'article 21. »

La parole est à M. François Goulard.

M. François Goulard. L'amendement est défendu.

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

M. Claude Evin, *rapporteur*. Défavorable.

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

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 249.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Les amendements n°s 195 et 197 de M. Accoyer n'ont plus d'objet.

M. Evin, *rapporteur*, et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 59, ainsi rédigé :

« Après le cinquième alinéa (2°) du II de l'article 21, insérer l'alinéa suivant :

« Elle peut prévoir l'adaptation par spécialités médicales des éléments qu'elle détermine. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Claude Evin, *rapporteur*. Il convient de laisser aux partenaires conventionnels la possibilité de décliner l'objectif prévisionnel des dépenses médicales des médecins spécialistes par spécialité médicale afin d'assurer un meilleur suivi et une meilleure régulation des dépenses.

J'attire l'attention sur le fait qu'il s'agit d'une possibilité, tout en reconnaissant la difficulté technique de l'exercice.

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

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Le Gouvernement note avec intérêt cette proposition. Nous pensons, comme les organismes d'assurance maladie, qu'il doit y avoir un suivi particulièrement performant du contenu des dépenses médicales, en l'occurrence par spécialité, mais je crains qu'il ne soit à court terme difficile d'introduire une telle modification sans nuire à la cohérence d'ensemble du dispositif prévu par l'article 21. Pourra-t-on prévoir essentiellement les spécialités qui sont en dessous de l'objectif ? Et comment traiter celles qui, en tout état de cause, doivent le dépasser ?

La réflexion n'est pas suffisamment aboutie, même si, encore une fois, je vois l'intérêt de cette proposition. Je préférerais donc que M. Evin retire son amendement. Les partenaires conventionnels réfléchissent à l'adaptation de l'objectif des dépenses des médecins spécialistes. Peut-être y aura-t-il une convention qui nous permettra d'avancer dans ce domaine. Il est en tout cas un peu prématuré d'introduire maintenant une telle mesure dans la loi.

M. le président. Maintenez-vous l'amendement, monsieur le rapporteur ?

M. Claude Evin, *rapporteur*. Comme il s'agit d'un amendement de la commission, il est difficile au rapporteur de le retirer.

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

M. Bernard Accoyer. L'un des problèmes de la mise sous enveloppe, ce sont les transferts entre enveloppes. Il ne faudrait pas que cette déclinaison comptable du fonctionnement de l'assurance maladie dans le domaine des soins ambulatoires devienne totalement ingérable avec des mouvements non maîtrisés.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 59.
(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. M. Cahuzac, rapporteur pour avis, a présenté un amendement, n° 15, ainsi rédigé :

« Dans le sixième alinéa du II de l'article 21, supprimer les mots : "des IV et V du présent article ou". »

La parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. Jérôme Cahuzac, *rapporteur pour avis*. Le dispositif imaginé dans le texte prévoit un tunnel en cas de dépassement des objectifs. C'est prudent. Il faut, en effet, une telle soupape tant nous manquons aujourd'hui des outils permettant d'affirmer avec précision que l'objectif que nous nous apprêtons à voter sera réalisé au franc près.

De la même manière, si l'objectif n'est pas réalisé, il me semblait que des dispositions adéquates devaient être prévues de manière à encourager les médecins à le respecter.

Nous avons eu un long débat avec le Gouvernement à ce sujet.

Par esprit de symétrie, il me semblait nécessaire de modifier le texte tel qu'il était proposé. Les explications que j'ai obtenues de la part des collaborateurs de Mme la ministre me conduisent à penser que l'amendement, qui avait été déposé dans un certain état d'esprit, est moins justifié aujourd'hui. En effet, les discussions en cours, avec en particulier les organisations professionnelles, montrent que le scénario qui avait été imaginé lors de l'examen en commission ne se réalisera peut-être pas.

C'est la raison pour laquelle je suggère que l'amendement n° 15, bien qu'adopté par la commission des finances, ne soit pas adopté par l'Assemblée.

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Je vous remercie.

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

M. Claude Evin, *rapporteur*. Après l'avoir examiné, la commission des affaires sociales a repoussé cet amendement.

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

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Pour les raisons que M. le rapporteur de la commission des finances a avancées, je serais favorable à ce que l'amendement n° 15 ne soit pas accepté. (*Sourires.*)

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer, contre l'amendement... (*Sourires.*)

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Tout le monde est contre ! (*Sourires.*)

M. Bernard Accoyer. Je suis de plus en plus souvent d'accord avec Mme la ministre, ce qui me fait le plus grand plaisir. (*Sourires.*)

Je voudrais simplement faire remarquer à Mme la ministre, que le tunnel représente 10 % de l'évolution de l'ONDAM, soit, pour cette année, 80 millions de francs, c'est-à-dire même pas un jour de dépenses d'assurance maladie ambulatoires.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 15.
(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. M. Accoyer a présenté un amendement, n° 203, ainsi rédigé :

« I. – Compléter le sixième alinéa du II de l'article 21 par la phrase suivante :

« Cette contribution ne peut être exigée lorsque les frais de gestion des caisses de sécurité sociale augmentent plus rapidement que le taux d'inflation. »

« II. – Compléter cet article par le paragraphe suivant :

« Les pertes de recettes sont compensées à due concurrence par une cotisation additionnelle aux droits sur le tabac au bénéfice des organismes de sécurité sociale. »

La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Je voudrais revenir sur la responsabilité partagée. L'article 21 impose une responsabilité exclusive aux médecins et aux laboratoires pharmaceutiques. Or, je l'ai déjà dit, ils ne sont pas les seuls à être concernés. C'est pourquoi je propose que si les frais de gestion des caisses de sécurité sociale augmentent plus vite que l'inflation, le reversement ne puisse pas être exigé. Que chacun prenne ses responsabilités !

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

M. Claude Evin, *rapporteur*. La commission n'a pas adopté cet amendement.

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

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 203.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. M. Accoyer a présenté un amendement, n° 198, ainsi rédigé :

« Supprimer les dixième à treizième alinéas du II de l'article 21. »

La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. L'amendement est défendu.

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

M. Claude Evin, *rapporteur*. Défavorable.

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

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 198.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. M. Evin, rapporteur, et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 60, ainsi rédigé :

« A la fin du dixième alinéa (IV) du II de l'article 21, substituer aux mots : "à due concurrence de la provision", les mots : "dans la limite du montant de la provision prévue au II". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Claude Evin, *rapporteur*. Il s'agit seulement de rectifier une erreur de terminologie.

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

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 60.
(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. Je constate que le vote est acquis à l'unanimité.

M. Accoyer a présenté un amendement, n° 182, ainsi rédigé :

« I. - Compléter le II de l'article 21 par l'alinéa suivant :

« Les médecins conventionnés dont le montant des honoraires remboursés n'a pas augmenté au 31 décembre de l'année pour laquelle le dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie est constaté ne sont pas redevables de la contribution conventionnelle. »

« II. - Compléter cet article par le paragraphe suivant :

« Les pertes de recettes sont compensées à due concurrence par une cotisation additionnelle aux droits sur le tabac au bénéfice des organismes de sécurité sociale. »

La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. C'est un amendement de repli, qui tend à exonérer de la contribution conventionnelle les praticiens dont le montant des honoraires remboursés n'a pas dépassé l'objectif national de dépenses en termes de croissance. Je vous rappelle qu'il y aura un reversement pour 1998 - un article le prévoit - et également pour 1999 puisque la marge de l'ONDAM est d'ores et déjà quasiment consommée.

Il est clair que de nombreux cabinets verront, comme cela arrive chaque année, leurs revenus diminuer, pour de multiples raisons, et devront survivre dans des conditions intenable.

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

M. Claude Evin, *rapporteur*. Défavorable.

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

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 182.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. M. Accoyer a présenté un amendement, n° 199, ainsi libellé :

« I. - Rédiger ainsi le III de l'article 21 :

« III. - L'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-5-3. - En cas de dépassement de l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie, une contribution conventionnelle peut être appelée auprès des médecins conventionnés dont les honoraires et prescriptions remboursés ont augmenté plus rapidement que l'ONDAM.

« Cette contribution ne peut excéder une fraction définie conventionnellement des dépenses d'honoraires et prescriptions remboursées.

« Cette contribution ne peut toutefois être exigée qu'après, d'une part, une évaluation individuelle médicalisée des bonnes pratiques et, d'autre part, une évaluation générale des nouvelles contraintes sanitaires et démographiques ainsi que des avancées techniques et scientifiques. Les évaluations sont assurées par les comités paritaires locaux.

« II. - Compléter cet article par le paragraphe suivant :

« Les pertes de recettes sont compensées à due concurrence par une cotisation additionnelle aux droits sur le tabac au bénéfice des organismes de sécurité sociale. »

La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. C'est également un amendement de repli. A la différence de l'article 21, qui tend à instaurer un mécanisme purement comptable et collectif, national, il entend remédier aux déviations du dispositif. En constituant un mécanisme d'individualisation qui ne peut être déclenché qu'après évaluation générale des causes d'évolution plus rapide que la croissance de l'ONDAM. Une telle individualisation repose sur des critères médicalisés des bonnes pratiques de chaque praticien pour déclencher un éventuel reversement. L'évaluation serait faite par les comités paritaires locaux. Ce serait là une véritable cogestion de la maîtrise médicalisée et des mécanismes d'ultime recours.

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

M. Claude Evin, *rapporteur*. Comme c'est tout le contraire de l'article 21, la commission est défavorable.

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

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 199.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. M. Accoyer a présenté un amendement, n° 200, ainsi rédigé :

« Supprimer les deuxième à cinquième alinéas du III de l'article 21. »

La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. L'amendement est défendu.

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

M. Claude Evin, *rapporteur*. Défavorable.

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

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 200.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. M. Accoyer a présenté un amendement, n° 403, ainsi rédigé :

« I. - Substituer aux deuxième à seizième alinéas du III de l'article 21, les alinéas suivants :

« Art. L. 162-5-3. - Chaque année avant le 1^{er} mars, les partenaires conventionnels procèdent à une évaluation médico-économique des besoins de soins médicaux de ville pour l'année en cours et l'année suivante.

« Lorsqu'à l'occasion de l'analyse annuelle des résultats les parties conventionnelles constatent qu'un dépassement de l'objectif est lié à une évolution non médicalement justifiée de certains postes de dépenses dans certaines zones géographiques, elles arrêtent, dans l'annexe annuelle visée à l'article L. 162-5-2, la liste des contrats locaux d'objectifs et de moyens applicables aux postes incriminés pour l'année suivante.

« Les contrats locaux d'objectifs et de moyens sont conclus dans chaque circonscription de caisse par les représentants des parties conventionnelles et portent sur les postes responsables d'un accroissement de dépenses non médicalement justifié dans la circonscription.

« Les contrats locaux d'objectifs et de moyens fixent, pour chaque poste incriminé, l'objectif d'activité à ne pas dépasser par chaque médecin conventionné l'année suivante, les actions à mener conjointement par les partenaires conventionnels pour infléchir l'évolution et les moyens mis à disposition pour arriver au résultat escompté, notamment actions pédagogiques, formation, analyse des activités, évaluation.

« Si un médecin dépasse l'objectif pour des raisons non médicalement justifiées, il reverse à la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'exercice le surplus des honoraires remboursés dans les deux mois, il peut faire appel au comité médical paritaire local. »

« II. - Compléter cet article par le paragraphe suivant :

« Les pertes de recettes sont compensées à due concurrence par une cotisation additionnelle aux droits sur le tabac au bénéfice des organismes de sécurité sociale. »

La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. L'amendement est défendu.

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

M. Claude Evin, *rapporteur*. Défavorable.

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

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 403.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. M. Evin, rapporteur, et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 61, ainsi libellé :

« Rédiger ainsi le deuxième alinéa du III de l'article 21 :

« Art. L. 162-5-3. - I. - Lorsque, à l'occasion du suivi des dépenses médicales prévu au 11° de l'article L. 162-5, les parties à la convention constatent que l'évolution de ces dépenses n'est pas compatible avec le respect de l'objectif fixé en application de l'article L. 162-5-2, elles déterminent les mesures de nature à garantir son respect. Elles procèdent à ce suivi une première fois au vu des résultats des quatre premiers mois de l'année et une seconde fois au vu des résultats des huit premiers mois de l'année. Elles décident, le cas échéant, des ajustements des tarifs nécessaires, sans que soit remis en cause le niveau de la prise en charge de la dépense des soins par l'assurance maladie, ainsi que la durée d'application de ces nouveaux tarifs qui ne saurait, sous réserve des dispositions du III de l'article L. 162-5-8, aller au-delà du 31 décembre de l'année en cours. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Claude Evin, *rapporteur*. C'est un amendement de clarification rédactionnelle.

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

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Favorable.

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

M. le président. Le Gouvernement a présenté un amendement, n° 421, ainsi rédigé :

« Dans le quatrième alinéa du III de l'article 21, après les mots : "peut proposer," , insérer les mots : "lorsque le montant des dépenses réalisées n'est manifestement pas de nature à permettre le respect de l'objectif des dépenses médicales." »

La parole est à Mme la ministre.

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Il s'agit d'un amendement qui vise à apaiser ceux qui craignent un système de lettres clés flottantes, c'est-à-dire un certain automatisme entre élévation des dépenses et réduction des lettres clés. Je dis très clairement qu'il ne pourra y avoir intervention de l'Etat que lorsque le montant des dépenses réalisées n'est manifestement pas de nature à permettre le respect de l'objectif des dépenses médicales. Il ne s'agit donc pas d'un automatisme, mais bien d'une intervention que j'espère exceptionnelle.

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

M. Claude Evin, *rapporteur*. La commission est favorable. La précision était implicite dans le texte du projet, mais il vaut encore mieux l'explicitier.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 421.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. M. Accoyer a présenté un amendement, n° 402, ainsi rédigé :

« I. - Supprimer les sixième à neuvième alinéas du III de l'article 21.

« II. - Compléter cet article par le paragraphe suivant :

« Les pertes de recettes sont compensées à due concurrence par une cotisation additionnelle aux droits sur le tabac au bénéfice des organismes de sécurité sociale. »

La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. C'est un amendement de repli : si inversement il doit y avoir, nous souhaitons que son mécanisme soit décidé dans le cadre conventionnel et non inscrit dans la loi.

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

M. Claude Evin, *rapporteur*. Défavorable.

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

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 402.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. M. Evin, rapporteur, et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 62, ainsi rédigé :

« Dans le sixième alinéa du III de l'article 21, supprimer le mot : "prévisionnel". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Claude Evin, *rapporteur*. C'est un amendement de coordination rédactionnelle.

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

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Favorable.

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

M. le président. M. Evin, rapporteur, et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 63, ainsi libellé :

« I. - Après les mots : "dépenses médicales", rédiger ainsi la fin du sixième alinéa du III de l'article 21 : "par les médecins généralistes ou par les médecins spécialistes, les médecins conventionnés généralistes ou spécialistes sont ... (*Le reste sans changement.*)" »

« II. - En conséquence, dans le septième alinéa du III, après les mots : "médecins conventionnés", insérer les mots : "généralistes ou spécialistes". »

« III. - En conséquence, compléter le neuvième alinéa du III par les mots : "généralistes ou spécialistes". »

« IV. - En conséquence, dans le onzième alinéa du III, après les mots : "l'ensemble des médecins", insérer les mots : "généralistes ou spécialistes". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Claude Evin, *rapporteur*. Même motif !

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

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Même avis !

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

M. le président. M. Accoyer a présenté un amendement, n° 202, ainsi rédigé :

« I. - Compléter le sixième alinéa du III de l'article 21 par la phrase suivante : "Cette contribution ne peut-être exigée sans que les caisses de sécurité sociale aient préalablement présenté des éléments d'explication de la hausse des dépenses de l'assurance maladie (épidémiologie, vieillissement, nouvelles demandes, nouvelles techniques, nouveaux traitements, migrations de populations, etc.)". »

« II. - Compléter cet article par le paragraphe suivant : "Les pertes de recettes sont compensées à due concurrence par une cotisation additionnelle aux droits sur le tabac au bénéfice des organismes de sécurité sociale". »

La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Cet amendement est encore de repli : la contribution ne devrait pas être exigée sans que les caisses de sécurité sociale aient préalablement présenté des éléments d'explication de la hausse des dépenses de l'assurance maladie - épidémiologie, vieillissement, nouvelles demandes, nouvelles techniques, nouveaux traitements, nouveaux assujettis.

Il s'agit, là encore, de démontrer que les médecins prescripteurs et les laboratoires pharmaceutiques ne peuvent être considérés comme les seuls responsables de l'évolution des dépenses. On sait d'ores et déjà que pour cette année le taux d'accroissement est dépassé.

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

M. Claude Evin, *rapporteur*. Défavorable.

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

M. le secrétaire d'Etat à la santé. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 202.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. M. Accoyer a présenté un amendement, n° 204, ainsi libellé :

« I. - Rédiger ainsi le septième alinéa du III de l'article 21 :

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités de calcul du montant de la contribution conventionnelle, dont ne sont redevables que les médecins conventionnés dont les honoraires et prescriptions remboursés ont augmenté plus rapidement que le taux de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie ; ce montant devra dépendre d'une évaluation médicalisée des causes individuelles de cette hausse au-delà de celle de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie. »

« II. - Compléter cet article par le paragraphe suivant :

« Les pertes de recettes sont compensées à due concurrence par une cotisation additionnelle aux droits sur le tabac au bénéfice des organismes de sécurité sociale. »

La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Cet amendement tend à inscrire dans la loi que la maîtrise médicalisée et l'évaluation individuelle sont des éléments indispensables pour décider d'un éventuel reversement. Il n'est pas possible d'accepter un dispositif comptable, arithmétique et généralisé. Il faut au contraire responsabiliser individuellement les médecins à partir de critères médicalisés et après évaluation.

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

M. Claude Evin, *rapporteur*. Défavorable.

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

M. le secrétaire d'Etat à la santé. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 204.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. M. Accoyer a présenté un amendement, n° 184, ainsi rédigé :

« Supprimer la dernière phrase du treizième alinéa du III de l'article 21. »

La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Cet amendement veut tenir compte des situations financières et sociales inextricables que les reversements vont créer à nombre de praticiens qui auront dû, pour des raisons diverses, réduire leur activité.

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

M. Claude Evin, *rapporteur*. Défavorable.

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

M. le secrétaire d'Etat à la santé. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 184.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. M. Accoyer a présenté un amendement, n° 185, ainsi rédigé :

« Supprimer le IV de l'article 21. »

La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. L'amendement est défendu.

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

M. Claude Evin, *rapporteur*. Défavorable.

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

M. le secrétaire d'Etat à la santé. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 185.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 21, modifié par les amendements adoptés.

Mme Jacqueline Fraysse. Contre !

(L'article 21, ainsi modifié, est adopté.)

M. François Goulard. Le parti communiste a voté contre. Intéressant !

Article 22

M. le président. « Art. 22. – I. – Les objectifs des dépenses médicales et les provisions applicables aux médecins généralistes et aux médecins spécialistes pour l'année 1998 sont ceux fixés par l'annexe IV à l'arrêté du 10 juillet 1998 portant règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale.

« II. – En cas de respect de l'objectif des dépenses médicales mentionné au I, et si l'écart entre cet objectif et le montant constaté des dépenses est supérieur à un taux fixé par décret, la différence constatée est versée, à due concurrence de la provision, au fonds de régulation mentionné au IV de l'article L. 162-5-2 du code de la sécurité sociale.

« III. – En cas de non-respect de l'objectif des dépenses médicales mentionné au I, et si l'écart entre cet objectif et le montant constaté des dépenses est supérieur à un taux fixé par décret, le montant exigible de l'ensemble des médecins conventionnés, mentionné au II de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, est calculé, respectivement pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, en fonction des honoraires perçus et des prescriptions réalisées, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat. »

MM. Bur, Foucher, Prél, Gengenwin, Blessig, de Courson, Méhaignerie et les membres du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance ont présenté un amendement, n° 300, ainsi rédigé :

« Supprimer l'article 22. »

La parole est à M. Yves Bur.

M. Yves Bur. L'amendement est défendu.

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

M. Claude Evin, *rapporteur*. La commission n'est pas favorable à cet amendement.

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

M. le secrétaire d'Etat à la santé. Je ne suis pas vraiment d'accord. *(Sourires.)*

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 300.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. M. Barrot et M. Prél ont présenté un amendement, n° 175, ainsi rédigé :

« Supprimer le II et le III de l'article 22. »

La parole est à M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél. L'amendement est défendu.

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

M. Claude Evin, *rapporteur*. La commission n'est pas favorable à cet amendement-là non plus.

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

M. le secrétaire d'Etat à la santé. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 175.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. M. Accoyer a présenté un amendement, n° 187, ainsi rédigé :

« I. – Dans le III de l'article 22, substituer aux mots : "honoraires perçus et des prescriptions réalisées", les mots : "honoraires remboursés et des prescriptions remboursées". »

« II. – Compléter cet article par le paragraphe suivant :

« IV. – Les pertes de recettes sont compensées à due concurrence par une cotisation additionnelle aux droits sur le tabac au bénéfice des organismes de sécurité sociale.

La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Claude Evin, *rapporteur*. C'est le même débat que tout à l'heure !

M. Bernard Accoyer. Nous voulons bien aller vite, mais pas faire n'importe quoi. Il ne s'agit pas d'escamoter un débat particulièrement important et dont dépendent beaucoup de choses.

Si les honoraires perçus sont encore un agrégat identifiable, les prescriptions réalisées constituent un agrégat complètement flou. C'est donc un amendement de clarification.

La nuance est fondamentale. La majorité et le Gouvernement se réfèrent sans arrêt à des notions vagues, qui reviennent en réalité à prendre en compte les dépenses remboursables, c'est-à-dire la totalité des dépenses, alors que, conformément aux engagements pris par le Président de la République en 1995, les ordonnances et la réforme structurelle fondatrice de 1996 sont centrées sur la maîtrise des dépenses remboursées.

Il ne faut pas dévoyer l'esprit des ordonnances en remplaçant petit à petit, par le canal des projets de loi de financement successifs, la notion fondamentale de dépenses remboursables.

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

M. Claude Evin, *rapporteur*. Défavorable.

M. Bernard Accoyer. C'est un peu court. Vous devez donner des explications.

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

M. le secrétaire d'Etat à la santé. Défavorable.

M. Bernard Accoyer. C'est l'esprit même des ordonnances qui est ainsi modifié.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 187.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. M. Cahuzac, *rapporteur pour avis*, a présenté un amendement, n° 16, ainsi rédigé :

« A la fin du III de l'article 22, supprimer les mots : "selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat". »

La parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. Jérôme Cahuzac, *rapporteur pour avis*. Cet amendement avait été déposé dans le même esprit que l'amendement n° 15 pour lequel j'ai été amené à demander à

l'Assemblée le rejet. En effet, de la même manière qu'il s'agissait tout à l'heure de prévoir un tunnel au cas où l'objectif de dépenses n'aurait pas été atteint, il s'agissait ici, par symétrie, de prévoir pour l'année 1998 des modalités de reversement qui soient identiques à celles que nous nous serions apprêtés le cas échéant, à adopter...

M. le président. Vous parlez déjà au passé. (*Sourires.*)

M. Jérôme Cahuzac, rapporteur pour avis. Tout à fait !

Un élément nouveau est intervenu, qui est un accord entre un syndicat représentatif de médecins et la Caisse nationale d'assurance maladie. Je ne voudrais pas que l'adoption de l'amendement vienne mettre en cause un accord qui peut très vraisemblablement déboucher sur une convention qui sera utile non seulement aux assurés sociaux mais aussi aux médecins.

Pour cette raison, je crois pouvoir être autorisé à retirer l'amendement.

M. le président. L'amendement n° 16 est retiré.

Le Gouvernement a présenté un amendement, n° 439, ainsi rédigé :

« Compléter l'article 22 par les paragraphes suivants :

« IV. – Les dispositions des articles L. 162-5-2, L. 162-5-3 et L. 162-5-4 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction issue de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996, cessent de produire effet au 3 juillet 1998.

« V. – La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 162-5-9 du code de la sécurité sociale est supprimée.

« Cette disposition prend effet au 3 juillet 1998. »

La parole est à Mme la ministre.

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Il s'agit ici, par souci de cohérence avec ce que nous avons adopté tout à l'heure, de supprimer les dispositions relatives aux reversements qui sont issues des ordonnances Juppé, annulées par le Conseil d'Etat. En effet, l'article 21 prévoit un nouveau dispositif de régulation et l'article 22 organise ses modalités d'application pour l'année 1998. Nous supprimons donc la référence aux reversements dans les dispositions que doivent contenir les conventions et dans le règlement conventionnel minimal.

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

M. Claude Evin, rapporteur. La commission est favorable à cet amendement. Même s'il n'a pas été examiné, il y a, en effet, une cohérence à l'adopter.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 439.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'article 22, modifié par l'amendement n° 439.

(*L'article 22, ainsi modifié, est adopté.*)

Après l'article 22

M. le président. M. Evin a présenté un amendement, n° 430 rectifié, ainsi libellé :

« Après l'article 22, insérer l'article suivant :

« I. – Un rapport sur l'état de la santé bucco-dentaire de la population est joint à l'annexe a au projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Sur la base des informations recueillies en application de l'article L. 162-1-9 du code de la sécurité sociale, ce rapport fait état des dépenses supportées par les patients, de leur niveau de remboursement et du prix de revient des prothèses et autres appareils dentaires.

« II. – Après l'article L. 162-1-8 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-1-9 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-1-9. – Lorsqu'un chirurgien-dentiste ou un médecin fait appel à un fournisseur ou à un prestataire de service à l'occasion de la réalisation des actes pris en charge par les organismes d'assurance maladie, il est tenu de fournir au patient un devis préalablement à l'exécution de ces actes puis une facture lorsque ces actes ont été réalisés.

« Un arrêté des ministres chargé de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie fixe le contenu des informations devant figurer sur le devis et la facture et, le cas échéant les modalités particulières d'élaboration de ces pièces et de leur transmission aux patients.

« Les infractions aux dispositions du premier alinéa du présent article sont constatées et sanctionnées dans les mêmes conditions que les infractions aux arrêtés pris en application de l'article L. 162-38 du présent code.

« L'assuré communique à sa caisse, à l'occasion du remboursement, copie de la facture. »

Sur cet amendement, MM. Bur, Prél, Foucher et Gengenwin ont présenté trois sous-amendements, n°s 442, 443 et 444.

Le sous-amendement n° 442 est ainsi rédigé :

« Après le troisième alinéa du II de l'amendement n° 430 rectifié, insérer l'alinéa suivant :

« Les laboratoires de prothèse dentaire sont tenus d'indiquer aux chirurgiens-dentistes le pays de fabrication de tout ou partie des pièces devant être intégrées dans l'acte prothétique réalisé par le chirurgien-dentiste. »

Le sous-amendement n° 443 est ainsi rédigé :

« Compléter le II de l'amendement n° 430 rectifié par l'alinéa suivant :

« Le ministère de la santé déterminera les modalités d'inscription des pièces prothétiques bucco-dentaires au tarif interministériel des prestations sanitaires. »

Le sous-amendement n° 444 est ainsi rédigé :

« Compléter l'amendement n° 430 rectifié par l'alinéa suivant :

« III. – Les dispositions du présent article sont applicables dès la mise en œuvre du catalogue commun des actes médicaux consécutive à la refonte des nomenclatures des professions de santé. »

La parole est à M. Claude Evin, pour soutenir l'amendement n° 430 rectifié.

M. Claude Evin, rapporteur. La commission propose à l'appréciation de l'Assemblée un article additionnel tendant à souhaiter que le Parlement soit mieux informé à la fois sur la question de la santé bucco-dentaire de la population et sur les moyens d'améliorer les niveaux de remboursement dont chacun s'accorde à reconnaître qu'ils ne sont pas suffisants pour assurer une véritable prise en charge des soins, et notamment ceux de prévention et d'entretien.

Il est bien évident que l'amélioration de la prise en charge des soins doit trouver sa concrétisation dans la négociation conventionnelle, d'une part, et dans la révision des nomenclatures, d'autre part. L'Assemblée nationale ne saurait que trop recommander que ces négociations ou la discussion sur la nomenclature aboutissent le plus rapidement possible. Il est donc proposé que l'Assemblée soit informée des mesures qui seront prises afin d'améliorer le remboursement.

Par ailleurs, s'agissant des soins bucco-dentaires, la commission a été marquée par le rapport de la Cour des comptes, qui, dans sa page 355, indique : « De plus, les chirurgiens-dentistes [...] ont pu maintenir l'opacité sur le prix que leur facturent ces derniers... » – il s'agit des prothésistes – « ... et donc sur les coefficients multiplicateurs appliqués aux achats de prothèses et censés rémunérer leurs prestations. »

Je sais que les chirurgiens-dentistes ont un avis différent sur ce coefficient multiplicateur. Il n'en reste pas moins que, d'une manière générale, le rapport de la Cour des comptes est publié à l'issue de procédures contradictoires et que cette juridiction n'a tout de même pas porté une telle appréciation sans s'entourer de certaines précautions.

Il est donc nécessaire de pousser à la transparence des tarifs pratiqués en la matière, d'autant que le Conseil national de la concurrence, dans une décision datant de décembre 1994, avait préconisé l'obligation pour le praticien de joindre à la feuille de soins remise au patient copie de la facture du laboratoire concernant l'acte prothétique. Selon le Bulletin officiel de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes du 28 décembre 1994, cet avis du CNC avait été adopté à l'unanimité des deux collègues moins une abstention dans le collège des professionnels.

Un accord avait donc été obtenu sur la nécessité de transmettre au patient, d'une part, la facture du laboratoire et, d'autre part, un devis avant l'engagement de la dépense.

Dans un souci d'améliorer la transparence en ce qui concerne les soins bucco-dentaires, nous vous proposons d'inscrire dans le texte de loi l'obligation de transmettre la facture.

Tel est le contenu de la deuxième partie de l'amendement.

Rappel au règlement

M. Bernard Accoyer. Rappel au règlement !

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer, pour un rappel au règlement.

M. Bernard Accoyer. Mon rappel au règlement se fonde sur l'article 98, alinéa 4, relatif au droit d'amendement – et de sous-amendement.

Le rapporteur de la commission avait fait adopter un amendement sur ce problème de la facturation des chirurgiens-dentistes. Curieusement, nous ne le retrouvons pas dans la liasse d'amendements qui nous a été distribuée. Moi-même, j'avais proposé de sous-amender cet amendement en commission, mais ma proposition avait été rejetée. J'avais donc redéposé ce sous-amendement au service de la séance. Or, pas plus que l'amendement de la commission, il ne figure dans la liasse. Je demande donc une suspension de séance de dix minutes afin de faire le point et, éventuellement, de redéposer des sous-amendements.

Je déplore cette atteinte portée au droit d'amendement.

M. le président. Monsieur Accoyer, peut-être pourrions-nous éviter la suspension de séance si M. le rapporteur nous donne quelques éclaircissements.

Monsieur le rapporteur, vous avez la parole.

M. Claude Evin, rapporteur. Peut-être aurais-je dû, en effet, préciser à M. Accoyer que l'amendement que j'avais déposé en commission des affaires sociales a été déclaré irrecevable – ce sont des choses qui m'arrivent, à moi aussi, monsieur Prél – par la commission des finances.

J'ai donc déposé un nouvel amendement, à titre personnel, qui diffère de celui qui avait été retenu par la commission des affaires sociales, notamment dans sa première partie, laquelle pose la nécessité d'une amélioration de la prise en charge des soins bucco-dentaires et prévoit que le Parlement doit en être informé. Voilà comment la procédure que j'avais prévue initialement a été modifiée.

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

M. Bernard Accoyer. Monsieur le président, je maintiens ma demande de suspension de séance, afin d'avoir la possibilité de déposer à nouveau un sous-amendement.

Il faut clarifier la situation, M. le rapporteur ayant omis de nous signaler qu'un amendement adopté par la commission avait été déclaré irrecevable, ce qui n'est évidemment pas sans conséquence.

Il s'agit là d'un problème important. L'Assemblée doit pouvoir l'examiner dans de bonnes conditions.

Je renouvelle donc ma demande de suspension de séance.

Suspension et reprise de la séance

M. le président. La séance est suspendue.

(La séance, suspendue le vendredi 30 octobre 1998, à zéro heure cinq, est reprise à zéro heure quinze.)

M. le président. La séance est reprise.

Sur l'amendement n° 430 rectifié, je viens d'être saisi par M. Accoyer d'un sous-amendement, n° 445, ainsi rédigé :

« Au début du deuxième alinéa du II de l'amendement n° 430 rectifié, après la référence : L. 162-1-9, insérer les mots : "Dans le cadre d'une nouvelle nomenclature des actes de chirurgie dentaire,..." »

L'amendement n° 430 rectifié fait donc maintenant l'objet de quatre sous-amendements, n°s 442, 443 444 et 445.

La parole est à M. Bernard Accoyer, pour soutenir le sous-amendement n° 445.

M. Bernard Accoyer. Ce sous-amendement est destiné à atténuer la brutalité de la décision qui résulterait du vote de l'amendement de M. Evin. Nous ne doutons pas que cet amendement réponde à une volonté de clarification, mais la mesure qu'il propose doit être conditionnée à l'établissement d'une nouvelle nomenclature des actes de chirurgie dentaire.

En effet, nous savons que la nomenclature est complètement inadaptée et qu'elle aurait dû être mise à jour il y a plusieurs décennies. A l'heure actuelle, les soins bucco-dentaires ne sont remboursés en moyenne qu'à environ 50 %. Cette situation est évidemment particulièrement préoccupante, d'autant que les actes les plus mal remboursés sont des actes conservateurs et de prévention.

Il y a donc lieu de bâtir une nouvelle nomenclature. C'était d'ailleurs ce qu'avaient entrepris le Gouvernement et les professionnels. Or, brusquement, cet été, les négociations ont été rompues, le Gouvernement ayant remis *sine die* la réforme tarifaire.

Il est donc indispensable, avant d'envisager toute modification des conditions de fonctionnement du secteur de la chirurgie bucco-dentaire, qu'un accord tarifaire soit trouvé et qu'une nouvelle nomenclature soit bâtie.

M. le président. La parole est à M. Yves Bur, pour soutenir les sous-amendements n^{os} 442, 443 et 444.

M. Yves Bur. Je reviendrai d'abord sur l'amendement de M. Evin, qui vise clairement la profession dentaire, en imposant la présentation au patient de la facture du laboratoire de prothèse.

Il stigmatise à bon compte le coût des soins prothétiques, sans s'attaquer au fond du problème, bien connu depuis longtemps, de l'assurance maladie comme des gouvernements. Nous savons tous que les soins de conservation et de prévention sont mal rémunérés, sur la base d'une nomenclature obsolète datant des années 60.

Il en est de même des soins prothétiques, dont il est dit en général qu'ils sont trop coûteux, et de ce fait inaccessibles. Or l'acte prothétique n'est pas simplement un acte d'achat et de revente, c'est un acte complet et complexe. Par ailleurs, je rappelle que les devis préalables et les factures sont proposés aux patients depuis bien longtemps puisqu'ils sont prévus par les conventions depuis de nombreuses années. Il s'agit donc d'un combat d'arrière-garde, car la profession s'est pliée sans aucune difficulté à cette obligation.

Si l'accès à des soins prothétiques de plus en plus coûteux est difficile pour la population, c'est peut-être d'abord parce que la nomenclature des actes prothétiques est totalement archaïque et qu'elle n'a pas tenu compte de l'évolution des techniques.

En outre, il est important de savoir que le remboursement par la sécurité sociale des actes prothétiques n'a pas évolué depuis plus de dix ans et que les patients sont toujours remboursés de la même manière ; or ce remboursement ne couvre même plus les frais de réalisation des pièces prothétiques.

Il ne faut pas soutenir un amendement « grand public » et se voiler la face. Ce n'est pas en augmentant les contraintes et en formulant des exigences qui n'existent dans aucune autre profession que vous faciliter l'accès à des soins dentaires de qualité.

Je vous rejoins cependant sur un point, la nécessité de présenter un rapport sur l'état bucco-dentaire, celui-ci étant joint aux documents qui nous permettront de mieux cerner une situation que chacun sait désastreuse, aussi bien en ce qui concerne l'hygiène que les soins. Peut-être ce rapport encouragera-t-il le Gouvernement et l'assurance maladie à imaginer des moyens pour améliorer cette situation.

Ces moyens, la profession les avait négociés dans la convention de 1997. Les actes de soins de conservation et de prévention avaient été revalorisés en contrepartie d'un encadrement des soins prothétiques. Je souhaite que nous parvenions à un accord, que nous mettions à plat l'ensemble du système et que nous définissions ensemble les critères d'une véritable politique de santé bucco-dentaire. Il faut savoir que celle-ci aura un coût et qu'on ne pourra pas améliorer le remboursement des patients à frais nuls. Ce coût, il faudra qu'il soit accepté par la sécurité sociale.

J'en viens aux sous-amendements.

Le sous-amendement n^o 444 propose de conditionner la mise en application des nouvelles dispositions à la mise en œuvre du catalogue commun des actes médicaux, qui doit être consécutif à la refonte des nomenclatures des professions de santé. Nous savons tous, et la Cour des comptes l'a souligné, que cette nomenclature est totalement obsolète et, je le répète, c'est seulement sur la base d'une rénovation complète que nous pourrons avancer.

Le sous-amendement n^o 442 dispose que « les laboratoires de prothèse dentaire sont tenus d'indiquer aux chirurgiens-dentistes le pays de fabrication de tout ou partie des pièces devant être intégrées dans l'acte prothétique réalisé par le chirurgien-dentiste ». En effet, on considère généralement que 25 % des prothèses sont fabriquées à l'étranger, notamment dans des pays d'Asie.

M. le secrétaire d'Etat à la santé. Bien sûr !

M. Yves Bur. Mais je rappelle que ces filières ont été mises en place par les laboratoires de prothèse eux-mêmes, et que la profession dentaire n'a en la matière aucune responsabilité. Je souhaite donc que les laboratoires de prothèse soient tenus d'indiquer aux chirurgiens-dentistes l'origine des produits ; cela défendra aussi l'emploi dans les laboratoires français.

M. Alfred Recours, rapporteur. C'est la réponse du berger à la bergère !

M. Yves Bur. Enfin, puisque nous parlons de transparence, je souhaite, par le sous-amendement n^o 443, que le ministère de la santé détermine les modalités d'inscription des pièces prothétiques bucco-dentaires au TIPS. A ce moment-là, nous aurons une transparence totale qui s'appliquera à tous.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n^o 430 et sur les sous-amendements n^{os} 445, 442, 443 et 444 ?

M. Claude Evin, rapporteur. J'ai indiqué tout à l'heure que la commission avait adopté un premier amendement qui a été déclaré irrecevable. J'ai donc déposé l'amendement n^o 430 à titre personnel, et il est bien évident que le rapporteur y est favorable...

Je reviendrai sur l'intervention de M. Bur. Nous avons eu un premier échange en commission sur cet amendement. Il est bien évident, monsieur Bur, et je tiens à le répéter, que cet amendement n'a pas la prétention de régler le problème de la prise en charge des soins bucco-dentaires.

Mais c'est la seule possibilité pour le Parlement de poser le problème, puisque des règles conventionnelles existent, auxquelles nous ne pouvons pas toucher. Il appartient aux partenaires conventionnels de discuter et, d'autre part, à la commission de la nomenclature, en relation avec le ministère et les caisses, d'avancer dans la révision de la nomenclature. Il appartient par contre au Parlement de donner un signal et de dire : « Il faut que ça bouge. » On ne peut pas continuer comme cela, et je pense, monsieur Bur, que, sur ce point, nous sommes d'accord. Je ne vous demande pas, naturellement, d'être en accord total avec mon amendement, mais je crois, je le répète, que nous voulons tous que ça bouge ; car les soins bucco-dentaires ne peuvent pas continuer à être aussi peu remboursés.

Si l'amendement ne règle pas l'ensemble du problème, sa première partie nous permettra de disposer d'informations plus précises lorsque nous examinerons la prochaine loi de financement. Quant à sa deuxième partie, elle

répond à un souci de transparence exprimé aussi bien par la Cour des comptes que par le Conseil national de la concurrence, et à propos duquel s'était manifestée une quasi-unanimité en décembre 1994.

Il est évident que, si les professionnels élaborent, en concertation avec les caisses et le ministère, des règles plus transparentes, le dispositif que nous préconisons pourra vraisemblablement être abandonné, mais, dans la situation actuelle, il est nécessaire d'adopter cet amendement si l'on veut faire bouger le secteur.

Par contre, les sous-amendements que vous avez présentés ne me semblent pas devoir être adoptés. Le sous-amendement n° 442 ne relève pas directement de la transparence tarifaire, mais plutôt des relations commerciales entre dentistes et prothésistes. Le sous-amendement n° 443 propose que le ministère détermine les modalités d'inscription au TIPS. Pourquoi pas ? Mais, en tout état de cause, une telle précision n'est pas d'ordre législatif. Quant au sous-amendement n° 444, un sous-amendement similaire a été rejeté par la commission et il n'est donc pas souhaitable de l'adopter.

M. Bernard Accoyer. *Quid* du sous-amendement n° 445 ?

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement et les sous-amendements en discussion ?

M. le secrétaire d'Etat à la santé. Le Gouvernement pense en effet que M. Barrot avait engagé une action. Et, c'est vrai, quelque chose a changé, quelque chose a bougé, mais ce n'est pas suffisant, et je partage le point de vue du rapporteur : dans le domaine des soins dentaires comme dans celui de la lunetterie, dont nous parlons d'ailleurs très peu, il faut aller plus loin, et nous avons là une occasion de le faire.

La mesure proposée ne pénalisera pas les dentistes, qui se plaignent d'ailleurs souvent de la situation. Vous avez décrit, monsieur Bur, les conditions dans lesquelles sont fabriquées les prothèses, les circuits qu'elles empruntent. De nouveaux circuits se mettent en place, fondés sur de nouvelles technologies, employant des machines qui fabriqueront des prothèses beaucoup plus vite encore.

Je vous rappelle ce qu'a été notre action car, souvent, elle n'a pas été comprise. La convention signée par la CNAM a présenté des avancées incontestables, notamment dans le domaine de la prévention, mais cela reste absolument insuffisant, et des progrès doivent encore être accomplis. Le remboursement des soins dentaires augmente plus vite que la moyenne, tant est faible leur couverture par l'assurance maladie.

La troisième tranche de revalorisation de la nomenclature, qui aurait dû entrer en vigueur au 1^{er} juillet, aurait eu un impact supplémentaire sur les dépenses de l'année de 1,4 %, alors que les dépenses sur les quatre premiers mois de 1998 ont connu une progression de 5,9 %. C'est cette troisième tranche qui a été reportée, les dentistes ayant bénéficié en 1997 et au 1^{er} juillet 1998 des deux premières tranches.

A cela s'ajoutait la revalorisation de la lettre clé SC. J'ai annoncé que nous réexaminerions ce point dès lors que l'évolution de ces dépenses serait conciliable avec les objectifs généraux d'évolution des dépenses.

Je suis donc d'accord avec l'amendement présenté par M. Claude Evin car il cherche à faire bouger les choses et à y voir un petit peu plus clair.

M. le président. Je mets aux voix le sous-amendement n° 445.

(Le sous-amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix le sous-amendement n° 442.

(Le sous-amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix le sous-amendement n° 443.

(Le sous-amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix le sous-amendement n° 444.

(Le sous-amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 430 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

Article 23

M. le président. « Art. 23. - I. - Il est inséré, après l'article L. 512-2 du code de la santé publique, un article L. 512-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 512-3. - Le pharmacien ne peut délivrer un médicament ou produit autre que celui qui a été prescrit qu'avec l'accord exprès et préalable du prescripteur, sauf en cas d'urgence et dans l'intérêt du patient.

« Toutefois, il peut délivrer par substitution à la spécialité prescrite une spécialité du même groupe générique à condition que le prescripteur n'ait pas exclu cette possibilité, pour des raisons particulières tenant au patient, par une mention expresse portée sur la prescription, et sous réserve, en ce qui concerne les spécialités figurant sur la liste prévue à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, que cette substitution s'effectue dans les conditions prévues par l'article L. 162-16 de ce code.

« Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article. »

« II. - Le premier alinéa de l'article L. 601-6 du code de la santé publique est modifié comme suit :

« 1^o A la première phrase, après les mots : "d'une autre spécialité", sont insérés les mots : ", appelée spécialité de référence," et les mots : "l'autre spécialité" sont remplacés par les mots : "la spécialité de référence" ;

« 2^o Après la première phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« La spécialité de référence et les spécialités qui en sont génériques constituent un groupe générique. »

« III. - L'article L. 716-10 du code de la propriété intellectuelle est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'infraction prévue au *b* de l'alinéa précédent n'est pas constituée en cas d'exercice par un pharmacien de la faculté de substitution prévue à l'article L. 512-3 du code de la santé publique. »

« IV. - A la section IV du chapitre II du titre VI du livre I du code de la sécurité sociale, les deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article L. 162-16 sont remplacés par les trois alinéas suivants :

« Lorsque le pharmacien d'officine délivre, en application du deuxième alinéa de l'article L. 512-3 du code de la santé publique, une spécialité figurant sur la liste prévue à l'article L. 162-17 autre que celle qui a été prescrite, cette substitution ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie.

« En cas d'inobservation de cette condition, le pharmacien verse à l'organisme de prise en charge, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, une

somme correspondant à la dépense supplémentaire mentionnée à l'alinéa précédent, qui ne peut toutefois être inférieure à un montant forfaitaire défini par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et du budget.

« Pour son recouvrement, ce versement est assimilé à une cotisation de sécurité sociale. »

Sur l'article 23, plusieurs orateurs sont inscrits.

La parole est à M. Jacques Barrot.

M. Jacques Barrot. L'exercice du droit de substitution est tout à fait fondé. Mais on doit veiller à assurer la sécurité – et la commission a envisagé des dispositions à cet effet – ainsi que la simplicité, car il ne faut pas que l'exercice du droit de substitution soit rendu trop complexe et qu'on se livre à une analyse produit par produit.

Il faut que ce problème soit pris en compte par la vie conventionnelle qui va désormais lier la profession et la Caisse nationale d'assurance maladie. Si on veut réguler produit par produit, on risque d'aboutir à une complexité tout à fait préjudiciable à un bon exercice du droit de substitution.

Enfin, il faut que la pharmacie d'officine soit préservée, comme les médecins, du risque d'un excès de sollicitation commerciale.

Si l'on progresse sur ces trois points, l'exercice du droit de substitution devrait se faire convenablement et représenter un succès, que nous souhaitons tous, pour l'assurance maladie.

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

M. Bernard Accoyer. Jacques Barrot a dit l'essentiel. Je centrerai donc mon propos sur le problème de la distribution du médicament dans notre pays.

Probablement n'utilisons-nous pas suffisamment le réseau des pharmaciens d'officine, qui offre un maillage exceptionnel et peut représenter un levier puissant pour réduire un problème important de notre société, je veux parler de l'explosion globale des dépenses de santé, et contenir les dépenses remboursées par l'assurance maladie. On pourrait utiliser de manière particulièrement féconde ce réseau et redonner un nouveau souffle à l'activité de conseil et à l'automédication contrôlée par les pharmaciens, qui sont des professionnels dûment diplômés. Cela permettrait, je n'en doute pas, de réduire le nombre des consultations et des prescriptions, dont le poids pèse lourdement sur les enveloppes financières.

Pour ce qui est du droit de substitution, il s'agit en réalité d'une substitution de générique, donc d'une mini-substitution ; bien qu'elle soulève des problèmes de responsabilité, nous y sommes favorables.

M. le président. La parole est à M. Yves Bur.

M. Yves Bur. Le droit de substitution est évoqué depuis longtemps et je me félicite que nous puissions enfin progresser sur ce sujet. Cependant, il est clair que les conditions de mise en œuvre de la substitution doivent être précisées. L'accord du patient, ou du moins son information est nécessaire. Ainsi, le pharmacien sera couvert si sa responsabilité est mise en cause du fait de la substitution.

Mais n'aurait-il pas été plus simple, dans le cadre du protocole qui a été signé, de proposer aux médecins de prescrire selon la dénomination commune internationale ? Cela aurait peut-être amoindri les difficultés qui pourraient naître du fait de la substitution. Le risque, c'est

qu'il y ait des réticences, d'autant que les laboratoires distribuent déjà aux médecins des tampons portant la mention « non substituable ».

Il faudra être vigilant, pour que la règle qui s'applique tout à fait normalement dans la plupart des pays européens s'applique tout aussi normalement dans notre pays.

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

M. Jean-Pierre Foucher. Cette disposition est attendue depuis longtemps. Il s'agit en fait d'un droit de substitution élargi, car les pharmaciens ont depuis longtemps déjà, en vertu de l'article R. 5015-61 du code de la santé publique, un droit de substitution dans certaines conditions.

Je me réjouis de cet élargissement et je crois que les pharmaciens d'officine, eu égard à leur formation, qui est très approfondie et de la relation de confiance qu'ils ont avec les patients, sont tout à fait capables de procéder à cette substitution.

Il conviendrait de préciser les conditions de mise en œuvre de cette substitution. D'abord, Yves Bur vient de le dire, il faut bien informer le patient qu'on substitue le médicament et obtenir son accord.

Il faut ensuite rendre obligatoire, pour des raisons de traçabilité – au cas où on aurait besoin de rechercher le patient à qui a été délivré tel produit –, l'indication par le pharmacien, sur l'ordonnance, du nom du produit substitué.

Dans le protocole d'accord qui a été signé entre l'Etat et les pharmaciens d'officine, il est question de la rémunération. Il me semble important de faire en sorte que la rémunération du pharmacien soit la même, qu'il s'agisse du produit générique ou du produit princeps.

Si le pharmacien opère la substitution avec un produit plus cher, pour des raisons « techniques » en fin de garde ou parce qu'il n'a pas le produit prescrit, il ne doit pas être pénalisé et doit pouvoir expliquer à la caisse les raisons qui l'ont amené à agir ainsi.

Il est également important, Jacques Barrot l'a expliqué, que la loi dite « anti-cadeau » – l'article L. 365-1 du code de la santé – s'applique également aux pharmaciens pour éviter toute compétition commerciale déviante.

Enfin, médecin et pharmacien doivent pouvoir disposer d'une information très claire sur chaque produit générique. Les responsabilités de chacun doivent être clairement définies : celle du prescripteur, celle du pharmacien qui substitue et qui est plus ou moins obligé de le faire, et celle des laboratoires, qui doivent fournir le maximum de précisions sur les produits.

L'octroi du droit de substitution jusqu'au produit princeps pose en effet le problème de la responsabilité médicale du pharmacien et de l'Etat.

Dans la mesure où elle constitue un système d'exception, il est indispensable de préciser dans cet article que la substitution n'est pas « sanctionnable » si elle est bien exécutée dans les conditions prévues par la loi.

M. le président. La parole est à M. Jean Bardet.

M. Jean Bardet. Je voudrais très rapidement insister sur trois points.

Premièrement, on a déjà parlé de l'accord et de l'information du malade. Je voudrais savoir ce qui se passera si le malade ne donne pas son accord. Car ce n'est pas évident. Dans ma pratique quotidienne, j'ai déjà fait des substitutions. Et quand un malade est attaché à un médi-

cament, vous avez beaucoup de mal à lui expliquer qu'un autre médicament est exactement équivalent, même si – et surtout si – vous lui dites qu'il coûte moins cher. Et si le malade refuse la substitution, que se passera-t-il en cas de dépassement de l'ONDAM ? Qui sera responsable ? Le médecin, le pharmacien ou le patient ?

Deuxièmement, je voudrais évoquer une question de responsabilité, qui a déjà été soulevée. Normalement, il y a coresponsabilité entre le médecin prescripteur et le pharmacien délivrant le médicament. Dans le cas où le médicament délivré n'est pas celui qui a été prescrit, qui sera responsable si le médicament substitué entraîne un problème de pharmacovigilance ? Le médecin, le pharmacien ou le laboratoire ?

Troisièmement, je voudrais vous suggérer une piste de réflexion. J'en ai déjà parlé. Peut-être pourrions-nous envisager une autre façon de fixer le prix des médicaments. Le Gouvernement fixe le prix du médicament lorsqu'il sort. Progressivement, pendant dix ans, avant qu'il ne tombe dans le domaine public, on pourrait baisser le prix de ce médicament jusqu'à ce qu'il atteigne le prix du générique. Cela éviterait ces problèmes de substitution.

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

Mme Jacqueline Fraysse. Le présent article définit dans le code de la santé publique la spécialité de référence et le groupe générique. Et il confère aux pharmaciens un droit de substitution entre spécialités prescrites et spécialités appartenant au même groupe générique.

La démarche visant à favoriser la prescription de génériques est juste, pourvu qu'il s'agisse d'un médicament strictement identique et soumis aux mêmes contrôles. Nous sommes prêts à contribuer à la mise en œuvre de cette démarche. Mais ce qui ne va pas, à nos yeux, c'est la méthode proposée pour atteindre cet objectif.

D'abord, entre les génériques et les médicaments princeps, l'écart moyen est de 30 %. Comment se fait-il qu'entre deux médicaments ayant les mêmes effets il puisse y avoir de tels écarts de prix ? Comme je l'ai dit dans le débat général, il faudrait instituer un contrôle plus rigoureux et davantage de transparence dans l'élaboration du prix du médicament.

Il faudrait aussi obtenir que les laboratoires dépensent moins en publicité et en visiteurs médicaux. Ceux-ci assaillent les médecins, chacun vantant son produit en donnant des informations forcément partiales. Ce ne sont pas là les meilleures conditions pour faire passer un message clair et efficace à l'adresse du corps médical.

Il faudrait diffuser aux médecins une information objective leur permettant de prescrire plus de génériques. C'est votre objectif et il est juste. Cette information pourrait se faire par tous les moyens : dossiers, conférences, formation initiale. Je suis convaincue que vous aurez l'accord du corps médical, qui semble acquis à cette idée.

Ce qui nous est proposé nous paraît à la fois difficilement applicable, éventuellement dangereux et préjudiciable aux patients.

Difficilement applicable, car je vois mal les médecins noter, sur chaque ordonnance, les médicaments qu'ils acceptent – ou non – de voir substituer. Mieux vaudrait d'ailleurs qu'ils fassent eux-mêmes cette substitution.

Dangereux, car la prescription fait partie de l'acte médical et engage la responsabilité du médecin. Or il s'en sentira dégagé si un accident survient après substitution.

Préjudiciable enfin pour les patients, qui risquent de s'inquiéter. M. Kouchner a parlé des personnes âgées qui sont préoccupées lorsqu'on change la couleur de leurs pilules. Je pense que l'inquiétude des patients tiendra plutôt au fait qu'ils font confiance à leur médecin ; ils vivront mal qu'après la consultation, le pharmacien modifie le traitement qui leur aura été prescrit.

M. Jean Bardet. Eh oui...

Mme Jacqueline Fraysse. Et je passe sur les conflits qui risquent de naître entre les médecins et les pharmaciens, car cela me semble secondaire – même si nous sommes attachés au consensus.

En résumé, nous soutenons l'action résolue qui est menée dans le domaine des génériques. Elle est juste, c'est une source d'économies pour la sécurité sociale et elle n'est pas préjudiciable à la qualité des soins.

M. le secrétaire d'Etat à la santé. Merci !

Mme Jacqueline Fraysse. Mais nous avons des doutes et des inquiétudes sérieuses sur la substitution telle qu'elle est proposée par le texte. Voilà pourquoi nous nous abstenons sur cet article.

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

M. Claude Évin, rapporteur. La part du générique représente en France 4 à 5 % du marché des médicaments de ville alors que dans des pays tout à fait comparables au nôtre, elle est nettement plus élevée : 20 % en Allemagne, 15 % en Grande-Bretagne, 12 % aux Etats-Unis.

En dehors du fait que le médicament générique est susceptible d'être vendu à un prix moindre parce qu'il est tombé dans le domaine public, c'est un médicament comme un autre, qui a la même efficacité et qui remplit toutes les conditions de sécurité, comme n'importe quel autre médicament.

La substitution ne sera pas suffisante, c'est évident, pour développer le générique. Elle est cependant nécessaire, même si des efforts importants restent à accomplir pour mieux informer les médecins prescripteurs et les patients.

Le droit de substitution est à l'origine de certaines interrogations, y compris au sein de cet hémicycle.

Je rappelle que le pharmacien est un professionnel de santé comme un autre. On a dit que le médecin jouissait d'une plus grande confiance. Pour ma part, je pense qu'il est nécessaire – et je ne doute pas d'ailleurs que ce soit le cas – que les Français aient également une grande confiance dans leur pharmacien. De même, il est normal que ce dernier, en tant que professionnel de la santé, ait aussi sa part de responsabilité dans l'ensemble de la chaîne de soins.

M. Bardet a soulevé cette question de responsabilité. Des amendements seront d'ailleurs présentés par la majorité comme par l'opposition, et je pense que nous pourrions trouver la meilleure formule. Il conviendrait, en effet, que la substitution soit notée par le pharmacien. La responsabilité incombe à celui qui a choisi de donner tel produit plutôt qu'un autre.

S'agissant du consentement du patient, je vous rappellerai, monsieur Bardet – je suis désolé de le rappeler à un médecin, je pense que le lien vous aura sans doute échappé –, que le droit au consentement est un droit fondamental du malade lors de tout acte médical. Cela vaut au moment de la prescription mais aussi au moment où un autre professionnel de santé est appelé à prendre

une décision qui pourrait rencontrer une opposition de la part du patient. Le droit au consentement joue, y compris en cas de substitution.

M. Jean Bardet. Me permettez-vous de vous interrompre ?

M. Claude Evin, rapporteur. Si cela nous évite de revenir trop longtemps sur l'amendement que vous avez déposé, je suis d'accord.

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

M. Jean Bardet. Ma question n'était pas de savoir si le patient avait le droit ou pas de refuser. Elle était de savoir, dans le cas où il refuserait, qui serait responsable du dépassement de prix.

M. le secrétaire d'Etat à la santé. Personne !

M. Jean Bardet. Mais le médecin va payer !

M. Claude Evin, rapporteur. Mais non, puisque c'est une possibilité qui est offerte au pharmacien !

Vous faites sans doute une confusion. Il y a l'hypothèse où le pharmacien substitue et où il y a un dépassement. Mais dans celle que vous évoquez, il n'y a pas substitution, puisque le patient l'a refusée - et a peut-être choisi d'aller ailleurs - et le pharmacien ne sera responsable en rien.

Le problème que vous évoquez n'existera donc pas. Mais nous aurons sans doute l'occasion de revenir là-dessus lors de la discussion des amendements.

L'article 23 offre la possibilité d'améliorer la distribution du médicament générique dans notre système de santé. Le mécanisme ne sera pas suffisant et il sera nécessaire de l'accompagner d'autres mesures. Mais il me semble utile d'adopter cet article.

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

2

DÉPÔT D'UNE PROPOSITION DE RÉOLUTION

M. le président. J'ai reçu, le 29 octobre 1998, de M. Dominique Paillé, une proposition de résolution tendant à la création d'une commission d'enquête sur le fonctionnement du groupement mutualiste éligible aux règles fixées par le code de la Mutualité.

Cette proposition de résolution, n° 1156, est renvoyée à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, en application de l'article 83 du règlement.

3

DÉPÔT D'UN PROJET DE LOI ORGANIQUE MODIFIÉ PAR LE SÉNAT

M. le président. J'ai reçu, le 29 octobre 1998, transmis par M. le Premier ministre, un projet de loi organique, modifié par le Sénat, relatif aux incompatibilités entre mandats électoraux.

Ce projet de loi organique, n° 1157, est renvoyé à la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République, en application de l'article 83 du règlement.

4

DÉPÔT D'UN PROJET DE LOI MODIFIÉ PAR LE SÉNAT

M. le président. J'ai reçu, le 29 octobre 1998, transmis par M. le Premier ministre, un projet de loi, modifié par le Sénat, relatif aux incompatibilités entre mandats électoraux et fonctions électives.

Ce projet de loi, n° 1158, est renvoyé à la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République, en application de l'article 83 du règlement.

5

ORDRE DU JOUR DES PROCHAINES SÉANCES

M. le président. Aujourd'hui, à neuf heures, première séance publique :

Suite de la discussion du projet de loi, n° 1106, de financement de la sécurité sociale pour 1999 :

MM. Alfred Recours, Claude Evin, Denis Jacquat et Mme Dominique Gillot, rapporteurs au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales (rapport n° 1148, tomes I à IV) ;

M. Jérôme Cahuzac, rapporteur pour avis, au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan (avis n° 1147).

A quinze heures, deuxième séance publique :

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

A vingt et une heures, troisième séance publique :

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

La séance est levée.

(La séance est levée à zéro heure cinquante cinq.)

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

CONVOCATION DE LA CONFÉRENCE DES PRÉSIDENTS

La conférence, constituée conformément à l'article 48 du règlement, est convoquée pour le mardi 3 novembre 1998, à 10 heures, au 4^e bureau.

ABONNEMENTS

ÉDITIONS		FRANCE et outre-mer	PARTICIPATION forfaitaire aux frais d'expédition *	ÉTRANGER
Codes	Titres			
		Francs	Francs	Francs
	DÉBATS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE :			
03	Compte rendu..... 1 an	125	170	687
33	Questions 1 an	124	120	418
83	Table compte rendu.....	60	21	125
93	Table questions	59	12	93
	DÉBATS DU SÉNAT :			
05	Compte rendu..... 1 an	115	160	575
35	Questions 1 an	114	93	362
85	Table compte rendu.....	60	20	116
95	Table questions	38	10	64
	DOCUMENTS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE :			
07	Série ordinaire..... 1 an	1 250	635	3 006
27	Série budgétaire..... 1 an	295	25	369
	DOCUMENTS DU SÉNAT :			
09	Un an.....	1 200	506	2 597

Les **DÉBATS de L'ASSEMBLÉE NATIONALE** font l'objet de deux éditions distinctes :

- **03** : compte rendu intégral des séances ;
- **33** : questions écrites et réponses des ministres.

Les **DÉBATS du SÉNAT** font l'objet de deux éditions distinctes :

- **05** : compte rendu intégral des séances ;
- **35** : questions écrites et réponses des ministres.

Les **DOCUMENTS de L'ASSEMBLÉE NATIONALE** font l'objet de deux éditions distinctes :

- **07** : projets et propositions de lois, rapports et avis des commissions.
- **27** : projets de lois de finances.

Les **DOCUMENTS DU SÉNAT** comprennent les projets et propositions de lois, rapports et avis des commissions.

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 et l'étranger), paiement d'un supplément modulé selon la zone de destination

(*) Décret n° 97-1031 du 12 novembre 1997

DIRECTION, RÉDACTION ET ADMINISTRATION : 26, rue Desaix, 75727 PARIS CEDEX 15
STANDARD : 01-40-58-75-00 — RENSEIGNEMENTS : 01-40-58-79-79 — TÉLÉCOPIE : 01-45-79-17-84

Prix du numéro : 4 F