DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

ASSEMBLÉE NATIONALE

DEBATS PARLEMENTAIRES

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

10° Législature

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1993-1994

(87° SÉANCE)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

2º séance du lundi 29 novembre 1993



SOMMAIRE

PRÉSIDENCE DE M. PHILIPPE SÉGUIN

M. le président.

Suspension et reprise de la séance (p. 6551)

1. Santé publique et protection sociale. Suite de la discussion d'un projet de loi adopté par le Sénat (p. 6551).

DISCUSSION GÉNERALE (suite) (p. 6551)

MM. Jean-Claude Lefort,

Laurent Cathala.

Mme Roselyne Bachelot,

MM. Denis Jacquat,

Georges Sarre, Renaud Muselier,

Claude Malhuret.

lean-Yves Chamard.

Jean-Luc Préel.

Yves Van Hdecke,

lean-Louis Beaumont.

Pierre Hellier.

Mme Elisabeth Hubert.

Clôture de la discussion générale.

Passage à la discussion des articles.

Mme Simone Veil, ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville.

M. Philippe Douste-Blazy, ministre délégué à la santé.

Rappel au règlement (p. 6571)

MM. Jean Glavany, le président.

DISCUSSION DES ARTICLES (p. 6571)

Article 1^{er} (p. 6571)

MM. Jean-Louis Beaumont, Paul Mercieca, Mme Muguette Jacquaint, MM. Jean-Luc Préel, Claude Malhurer.

Amendement n° 72 de Mme Jacquaint: Mme Muguette Jacquaint, M. Jean Bardet, rapporteur de la commission des affaires culturelles; M. le ministre. – Rejet.

Amendement nº 5 corrigé du Gouvernement, avec le sousamendement nº 137 de la commission des affaires culturelles: MM. le ministre, le rapporteur. - Adoption du sous-amendement et de l'amendement modifié.

Amendements identiques nº 6 du Gouvernement, 86 de la commission, 46 de M. Bernard Debré, 145 de Mme Jacquaint et 255 de M. Bartolone : MM. le ministre, Michel Péricard, président de la commission des affaires culturelles; Bernard Debré, Mme Muguette Jacquaint, M. Claude Bartolone. - Adoption.

Adoption de l'article 1^{et} modifié.

Après l'article 1^{et} (p. 6577)

Amendement nº 70 de M. Jean-Louis Beaumont: MM. Jean-Louis Beaumont, le président de la commis-sion des affaires culturelles, le rapporteur, le ministre, Mme Elisabeth Hubert. - Rejet.

Amendement nº 69 de M. Jean-Louis Beaumont: MM. Jean-Louis Beaumont, le rapporteur, le ministre, Bernard Charles. - Rejet.

Article 2 (p. 6579)

M. Claude Bartolone, Mme Muguette Jacquaint.

Amendement nº 246 de M. Houillon: MM. Philippe Houillon, le rapporteur, le ministre. - Retrait.

Adoption de l'article 2.

Article 2 bis (p. 6580)

Amendement de suppression nº 87 de la commission: MM. le rapporteur, le ministre. - Adoption.

L'article 2 bis est supprimé.

Article 3 (p. 6581)

ARTICLE L. 381-30 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (p. 6581)

Amendement nº 88 de la commission: MM. le rapporteur, le ministre. - Adoption.

ARTICLE L. 381-30-1 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (p. 6581)

Amendement nº 256 de M. Bartolone: MM. Claude Bartolone, le rapporteur, le ministre, Jean-Yves Chamard. -Rejet.

ARTICLE L. 381-30-2 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (p. 6582)

Amendement nº 7 du Gouvernement : MM. le ministre, le rapporteur. - Rejet.

ARTICLE L. 381-30-5 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (p. 6582)

Amendement nº 89 de la commission: MM. le rapporteur, le mnistre. - Adoption.

ARTICLE L. 381-30-6 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (p. 6582)

Amendement nº 90 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. - Adoption.

Adoption de l'article 3 modifié.

Article 4 (p. 6583)

Amendement nº 8 du Gouvernement : MM. le ministre, le rapporteur, Claude Bartolone. - Adoption.

Adoption de l'article 4 modifié.

Article 5. - Adoption (p. 6583)

Article 5 bis (p. 6583)

Amendement nº 9 du Gouvernement : MM. le ministre, le rapporteur, Mme Muguette Jacquaint. - Adoption.

Ce texte devient l'article 5 bis.

Article 6. - Adoption (p. 6584)

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

- 2. Décès d'un ancien député (p. 6584).
- 3. Ordre du jour (p. 6585).

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENCE DE M. PHILIPPE SÉGUIN

La séance est ouverte à quinze heures.

M. le président. La séance est ouverte.

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales, réunie depuis quatorze heures trente dans le cadre de l'application de l'article 88 du règlement pour examiner les amendements au projet de la loi relatif à la santé publique et la protection sociale, qui lui ont été transmis, n'a pas terminé ses travaux.

En conséquence, de manière que M. le Lefort ne s'exprime pas en l'absence de la commission, je vais suspendre la séance.

Suspension et reprise de la séance

M. le président. La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à quinze heures cinq, est reprise à quinze heures quinze.)

M. le président. La séance est reprise.

1

SANTÉ PUBLIQUE ET PROTECTION SOCIALE

Suite de la discussion d'un projet de loi adopté par le Sénat

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi, adopté par le Sénat, relatif à la santé publique et la protection sociale (n° 655, 755).

Discussion générale (suite)

M. le président. Dans la suite de la discussion générale, la parole est à M. Jean-Claude Lefort.

M. Jean-Claude Lefort. Monsieur le président, madame le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, monsieur le ministre délégué à la santé, mes chers collègues, après l'intervention de ma collègue et amie Muguette Jacquaint, je souhaite revenir sur deux aspects seulement parmi tous les sujets qui sont aujourd'hui en discussion.

J'insisterai d'abord, madame le ministre, sur le caractère absolument insupportable de la mise en œuvre accélérée de la réforme hospitalière incluse dans votre projet. Notre opposition à cette réforme ne date pas d'aujourd'hui. Dès sa mise en place, nous avions dénoncé le principe qui présidait à celle ci, ainsi que les conséquences qui en résulteraient.

Nous ne nous sommes pas trompés: il était en effet évident que la réduction drastique des moyers accordés à l'hôpital public, l'enfermement de sa gestion dans un budget global prédéterminé, la modification du rôle même qui lui est assigné par l'introduction du concept

hôpital-entreprise, tout cela ne pouvait que déboucher sur des situations inacceptables aussi bien pour les patients que pour les différentes catégories de personnels de la santé.

Les exemples sont maintenant trop nombreux, et trop sérieux, qui montrent à quel recul de civilisation aboutit cette orientation, alors que notre époque offre comme jamais des moyens exceptionnels de soigner, de guérir, de faire régresser la maladie et de vaincre des fléaux majeurs.

Ce divorce entre le possible et le réel est insupportable pour tout esprit marqué par le sens de l'humain, du progrès et de la modernité.

Comment accepter, en effet, qu'une greffe du cœur puisse être refusée au CHU de Tours pour cause de dépassement du budget ?

Comment accepter que 50 p. 100 des personnes contaminées par le virus du sida soient tenues à l'écart des structures de soins, tandis que 400 seulement reçoivent une aide à domicile?

Comment accepter que le centre hospitalier de Metz vienne de se voir interrompre la mise en œuvre d'une technique qu'il a lui-même élaborée ramenant, pour le traitement d'une certaine maladie, à zéro p. 100 le taux de mortalité alors qu'il était de 56 p. 100 en cas d'interventions chirurgicales ?

Et comment accepter que le médecin promoteur de cette technique reçoive l'injonction du directeur de l'hôpital « de gérer au mieux sa clientèle afin de rester dans l'enveloppe budgétaire qui lui est attribuée » ?

Comment accepter qu'à l'hôpital du Kremlin-Bicêtre, dans ma circonscription, dans le service des urgences qui reçoit actuellement trois personnes toutes les deux minutes, il faille qu'un patient attende en moyenne une heure quarante entre son arrivée et sa prise en charge, puis deux nouvelles heures pour que le diagnostic soit confirmé, et plusieurs heures encore s'il doit passer au bloc opératoire? Et cet hôpital doit devenir le seul établissement accueillant les urgences pour tout Paris sud! C'est effarant!

Comment accepter que les longs séjours à l'hôpital coûtent, chaque jour, 448 francs pour l'hébergement du patient – à sa charge ou à celle de ses enfants et petitsenfants – avec hypothèque et vente de ses biens s'il le faut, tandis que le forfait journalier remboursé par la sécurité sociale n'est que de 216,80 francs? Pensez qu'être hébergé à l'hôpital coûte par mois 1 350 000 centimes. Comment qualifier cela autrement que de scandaleux quand on est une personne dépendante!

On pourrait parler ainsi de tous ceux qui sont exclus des soins alors que l'hôpital, à sa fondation, devait « porter assistance aux indigents », et allonger la liste de ce genre d'exemples qui montrent que nous ne sommes pas en présence de faits divers, mais d'un fait marquant le recul incontestable que connaît l'hôpital public aujour-d'hui en France.

Mme Muguette Jacqueint. Très juste!

M. Jean-Claude Lefort. Et comme si tout cela n'était pas inacceptable, vous voulez encore aggraver la situation, et délibérément, c'est insupportable!

Déjà, vous avez fixé par décret le taux d'évolution des dépenses hospitalières. Il était de 5,12 p. 100 en 1993. Il sera de 3,35 p. 100 en 1994. Certe baisse se traduira par une suppression de 20 000 à 40 000 emplois dans les hôpitaux. De plus, si 20 000 lits ont été supprimés en quinze ans, vous envisagez d'en fermer 60 000 autres en dix-huit mois, dont 10 000 dans la région Ile-de-France, 4 200 dans la région Rhônes-Alpes, 7 200 dans la région Provence-Côte-d'Azur parmi lesquels 4 000 rien que pour Marseille.

Ainsi, au moment où les besoins progressent avec le développement de maladies telles que le sida, dont j'ai parlé, la tubetculose, l'hépatite B et C, avec l'accroissement des maladies professionnelles, la réponse que vous apportez est à la fois la réduction des personnels et la fermeture de 10 p. 100 des lits touchant aussi bien les CHU, le petit hôpital de proximité que les cliniques privées. Et, pour faire bonne mesure et éviter – mais vous n'y parviendrez pas! – la contestation des personnels et des assurés contre pareille régression brutale, vous prévoyez que les préfets puissent suspendre, et même retirer, l'autorisation de fonctionner d'un équipement.

Tout cela est profondément choquant, car s'il y a des lits sous-utilisés, c'est essentiellement par manque ou insuffisance de personnels et non parce que les besoins sont satisfaits, vous le savez aussi bien que moi.

Et comment ne pas manifester sa profonde indignation quand vous prétendez fermer les maternités qui pratiquent moins de 300 accouchements par an!

Ecoutez ce que l'on peut lire à ce sujet dans un document du préfet de la région Bourgogne concernant l'hôpital de Tonnerre: « Tonnerre avec 225 accouchements et un potentiel maximum de 248 lits est très en deça des recommandations techniques ». Des recommandations techniques « Des recommandations techniques ». Des recommandations techniques ». Des recommandations techniques » des recommandations des recomma

Bref, il n'est pas besoin d'être un spécialiste pour comprendre que toutes les mesures que vous prenez tournent le dos à la satisfaction des besoins en matière de santé. D'autant que les autre maillons de la chaîne de santé sont également atteints. Je pense en particulier au sous-développement dramatique en matière de prévention à l'école ou au travail ou bien encore à l'état critique des centres de santé dont vous cherchez à dévier la mission vers les seuls plus démunis.

Tout cela répond à une logique, à un choix de société parfaitement clairs: vous pénalisez l'ensemble du service public de sanzé afin de favoriser le secteur privé; vous introduisez une médecine à deux vitesses dont le plus grand nombre fera les frais dans tous les sens du terme.

C'est un recul de civilisation que vous programmez et cela pour une raison simple: au lieu de faire participer tous les acteurs concernés au financement du service public de santé qui, par définition, est solidaire et égal, vous en excluez ceux qui ont le plus de moyens. Les assurés, eux, paient toujours plus pour être de moins en moins bien servis et remboursés. Et comme si tout cela ne suffisait pas, vous cherchez à les conduire vers les assurances privées et les services privés de la santé.

Pourquoi donc, par exemple, les dettes patronales ne sont-elles pas récupérées, ce qui couvrirait une grande part du déficit de la sécurité sociale? Pourquoi donc, encore, ne pas pousser à la création d'emplois, y comptis dans ce secteur, quand on sait que 100 000 emplois, ce sont 7 milliards de plus pour la sécurité sociale et 6 milliards de moins pour l'UNEDIC? Or vous faites exactement l'inverse.

Pourquoi encore ne pas augmenter les salaires quand on sait que les relever de 1 p. 100 accroîtrait de 9 m'liards les ressources de la sécurité sociale? Or vous faites exactement l'inverse.

Et pourquoi, par exemple, ne pas supprimer l'avoir fiscal, ce qui rapporterait 17 milliards, ou la taxation réduite des plus-values à long terme, ce qui amènerait 13 milliards? Pourquoi ne pas instaurer des tranches de l'impôt à 60 et 80 p. 100, ce qui dégagerait 20 milliards?

En un mot, pourquoi l'effort de solidarité devrait-il toujours s'arrêter devant les fortunes et ne jamais les atteindre, alors que les profits financiers et spéculatifs jouent contre l'emploi et contre la France?

Ce ne sont donc pas les moyens qui manquent, c'est tout simplement la volonté de faire le choix de la justice et de l'efficacité qui est absente – le mot est faible –, délibérément absente de votre politique. C'est pourquoi tout va mal, d'ailleurs: la santé, comme le reste, est malade non pas d'une absence de moyens ou de richesses mais d'un accaparement de ceux-ci par quelques-uns qui sont, de suzcroît, encouragés à les utiliser sans tenir compte des besoins de la société.

La santé, comme notre société, est malade du fait que l'intérêt collectif est subordonné aux intérêts particuliers. Cela devrait être l'inverse. C'est un choix de société.

Il en va de même de la convention médicale qui vient d'être signée et de ses conséquences dont nous discutons. C'est le second point que je veux souligner. Les médecins de ville doivent réduire de 10,7 milliards les dépenses de santé afférences à leurs actes. Et là non plus vous n'y allez pas de mainmorte en n'hésitant pas à mettre en cause tout ce qui fait l'efficacité et l'originalité du système français. Ainsi, vous décidez de définir une liste de vingt-quatre références médicales, c'est-à-dire un nombre précis de prescriptions ou d'examens à appliquer obligatoirement pour chaque cas retenu.

Mais où est donc la liberté de prescription des médecins quand ils s'exposent à des sanctions financières pouvant être très lourdes, courant même le risque d'être déconventionnés s'ils refusent de se plier? Où est leur liberté de prescription quand ils se voient obligés, à partir du codage des actes, de distinguer sur une ordonnance bi-zone la prescription directement afférente à la maladie prise en charge à 100 p. 100 de celle qui doit être absolument considérée comme sans rapport avec cette maladie et qui n'est pas remboursée pareillement? Qui décide de cela? L'administration! C'est effarant!

Et où est la liberté du patient qui doit nécessairement choisir un médecin, lequel doit obligatoirement réduire ses prescriptions? Où est la liberté du patient quand, en quelque sorte, dans cette relation il doit s'inscrite dans un forfait, dans une sorte de budget global individuel de dépenses de santé à ne pas dépasser? Et qu'en est-il encore de sa liberté et du secret médical quand on prétend enserrer sa vie dans un carnet médical, un carnet « de liaison » sans lequel il ne peut prétendre à remboursement?

Cette réduction des actes et des prescriptions des médecins libéraux doit s'inscrire dans un cadre fixé à l'avance, dans un budget global qui inclut toutefois le secteur 2, dont les dépassements d'honoraires sont connus. Mais ce secteur 2, on n'y touche pas!

La loi n'est pas encore votée que tout est déjà mis en place et les lettres comminatoires et des caisses primaires sont déjà prêtes. J'ai là la lettre adressée par la caisse primaire d'assurance maladie du Val-de-Marne aux médecins. On peut y lire avec stupéfaction que, des études menées dans le département en 1992 et 1993, il ressort que « 30 p. 100 des spécialités prescrites sur l'ordonnancier étaient sans rapport avec la ou les affections exonérantes ». Et que cette dérive « représente environ 40 millions de francs par an, soit 4 p. 100 des dépenses de pharmacie de la CPAM du Val-de-Marne ». Mais qui peut donc se permettre pareille assertion? Qui peut, de son bureau, dire ce qui est bien et ce qui est mal dans les prescriptions d'un médecin? C'est d'autant plus inacceptable que, dans la quasi-totalité des cas, il s'agit de grands malades et de personnes âgées. Cette convention est décidément contre les assurés et les praticiens.

Fut une époque où les médecins étaient matraqués – et cela pour la première fois dans notre histoire » alors qu'ils manifestaient contre les mesures de restrictions annoncées. Aujourd'hui, certains médecins ont malheureusement signé cette convention. De l'eau a bien coulé sous

le pont Alexandre III!

Les dépenses de santé en matière de pharmacie sont une part réduite – 18 p. 100 – de l'ensemble des dépenses de santé. De plus, les restrictions voire les suppressions de rernboursement de certains médicaments n'ont pas empêché ces dépenses de continuer à progresser bien qu'elles soient à la charge directe des gens. C'est donc bien que nous avons affaire à autre chose qu'à une simple consommation excessive sinon inutile de ces médicaments. En vérité, les abus qui peuvent exister ici ou là sont mis en exergue pour appuyer les mesures de restriction. Ils ne sont pas la cause des difficultés; loin s'en faut.

Mais surtout – c'est encore le même problème que précédemment – où sont donc les mesures prises pour maîtriser les coûts des médicaments, pour savoir plus précisément ce qui se passe dans les grandes sociétés pharmaceutiques qui établissent les prix sans contrôle aucun?

En bref, sur ce sujet comme sur le précédent, c'est une conception de la société qui est en cause. Elle tourne le dos à l'humain et au progrès. Elle est en décalage total avec l'époque où nous vivens. Mais, croyez-moi, vous pouvez vous attendre à une forte riposte populaire sur ces dispositions que vous vouliez faire passer en catimini. Ne trouvez-vous pas, en effet, que l'heure est plutôt à une reprise nette du mouvement social? Cela en attristera sans doute certains dans cet hémicycle, quant à nous, cela nous réjouit car, quand tant d'inégalités, tant d'insupportable sont présents dans la vie quotidienne, il est un bon moyen d'y mettre un terme : que s'exprime la volonté populaire. Et croyez-moi, madame le ministre d'Etat, monsieur le ministre, de cela vous ne ferez pas l'économie! (Applaudissements sur les bancs du groupe communiste.)

M. le président. La parole est à M. Laurent Cathala.

M. Laurent Cathala. Un gouvernement resserré et un ministère des affaires sociales disposant de compétences élargies auraient pu nous faire espérer, madame le rainistre d'Etat, une approche plus « transversale » de toutes ces questions primordiales et une politique plus globale. De plus, l'approfondissement de la crise économique et sociale exige un débat de fond, une plus grande recherche d'équité à travers le redéploiement de crédits ainsi qu'une cohérence de l'ensemble des politiques. Ce texte ne répond pas à certe exigence et cumule nombre de contradictions.

Il s'agit d'un texte fourre-tout – cela a été dit – comprenant un ensemble de mesures diverses, d'importance inegale, alors que le Gouvernement, dans ce domaine comme dans bien d'aurres, avait annoncé un grand débat, une loi quinquennale sur la protection sociale.

Aujourd'hui, cette loi quinquennale semble une perspective éloignée si l'on s'en tient aux déclarations du Premier ministre devant le Sénat et devant les groupes de la majorité. Et pourtant, il est plus que jamais nécessaire d'aveir ce débat de fond, cette discussion sur les choix faits en matière de protection sociale, au niveau tant des recettes que des dépenses.

Permettez-moi, madame le ministre d'Etat, de souligner quelques contradictions flagrantes s'agissant des recettes.

Votre gouvernement a engagé la budgétisation des cotisations d'allocations familiales sur les bas salaires à hauteur de 4,3 milliards de francs dans le collectif du printemps 1993 et de 9 milliards de francs dans le projet de loi de finances pour 1994. Si l'on en croit les déclarations faites lors de la campagne électorale, cette mesure devait permettre d'augmenter les salaires directs. Or, il faut bien reconnaître aujourd'hui que cette volonté généreuse ne correspond pas à la réalité car, en fait, à travers le débat sur la réduction du temps de travail, il s'agit bien souvent d'engager un processus de déflation salariale.

Ce transfert de charges en faveur des entreprises encourage au contraire le développement des bas salaires et, par là-même, celui des difficultés matérielles pour de nombreuses familles. Et c'est ce moment-là que vous choisissez, madame le ministre d'Etat, et plus particulièrement M. le ministre du budget, pour transférer à la branche famille la charge de l'allocation de rentrée scolaire! D'un côté, on transfère vers l'Etat des charges supportées par les entreprises et, de l'autre, on transfère les charges pesant initialement sur le budget de l'Etat vers la branche famille afin de limiter le déficit budgétaire. C'est l'une des graves contradictions que je tiens à relever. Ainsi, pour la première fois depuis bien longtemps, la branche famille de la sécurité sociale sera certainement déficitaire.

En outre, les différentes mesures prises au cours de ces derniers mois ne serablent pas améliorer la situation financière des comptes sociaux. En effet, on peut penser que le déficit de la sécurité sociale atteindra cette année entre 45 et 50 milliards de francs au lieu des 38 milliards prévus.

Le Gouvernement a également le projet de diminuer les cotisations patronales d'assurance maladie. Comment financera-t-il cette nouvelle réduction des cotisations patronales : par une « TVA sociale » ou par une nouvelle augmentation de la CSG ?

Autant de mesures, madame le ministre d'Etat, qui menacent le financement, donc le niveau, de notre protection sociale et qui tournent le dos à la solidarité au moment où nos concitoyens en ont plus que jamais besoin.

Quant aux dépenses, c'est encore une fois sur les seuls assurés sociaux que vous faites porter les efforts. Depuis cet été, en effet, vous avez combiné l'augmentation de la CSG, la diminution des pensions de retraite – ce qui remet en cause la retraite à soixante ans et ouvre la voie à la capitalisation –, la baisse des remboursements d'assurance maladie et l'augmentation du forfait hospitalier. Ce plan de rationnement des dépenses d'assurance maladie a aggravé les inégalités d'accès aux soins et frappé de plein fouet les assurés les plus modestes et les plus vulnérables.

En outre, les dépenses n'ont pas été réduites mais reportées sur les assurés puisque les consations aux mutuelles augmentent d'environ 15 p. 100.

Ces mesures conjoncturelles de diminution des remboursements ne répondent pas au problème de fond du dérapage des dépenses de santé. La responsabilisation des professions de santé est plus que jamais indispensable. C'est dans cette voie que les gouvernements précédents se sont engagés, notamment avec les accords signés par la quasi-totalité des professions de santé.

Nous souhaitons donc que les négociations conventionnelles débouchent sur l'élaboration de textes fixant sans ambiguïté les rapports entre les professionnels de santé et les caisses d'assurance maladie pour permettre à tous l'accès à des soins performants et d'égale qualité.

La nouvelle convention a été signée le 21 octobre par deux des trois caisses nationales ainsi que par deux syndicats de médecins sur trois. Dans le cadre de ce projet de loi, le Gouvernement a déposé mardi dernier en commission deux anendements relatifs à l'application de la convention médicale concernant le codage des actes et la mise en place d'un dossier de suivi médical.

Le texte conventionnel agréé par le Gouvernement et ces deux amendements appellent de la part du groupe socialiste les remarques suivantes :

Nous regrettons l'absence de coordination des soins, pourtant incontournable, si l'on veut établir une véritable politique de maîtrise des dépenses. Il s'agit seulement d'un dispositif de continuité des soins, comme le précise explicitement le texte conventionnel, qui ne limitera ni l'accès aux spécialistes ni le changement fréquent de médecins généralistes traitants: la France est en retard par rapport aux autres pays européens qui ont mis au point un système de filières de soins.

Deuxièmement, le texte conventionnel précise que le médecin généraliste est chargé de la tenue du dossier du suivi médical, alors que l'amendement du Gouvernement ne le précise pas. Il convient de maintenir cette précision, qui répond à un choix. Nous sommes, pour notre patt, favorables au principe d'un dossier médical détenu par le médecin généraliste; en revanche, nous dénonçons les effets pervers de l'instauration d'un carnet de liaison obligatoire de l'adulte. En effet, le carnet de liaison, document accessible, outre au patient lui-même, à son entourage et aux services médicaux des caisses, comportera des informations couvettes par le secret médical.

M. Jean-Claude Lefort. Très juste!

M. Laurent Cathala. Dans la rédaction de son amendement, le Gouvernement a essayé de tenir compte de ces critiques. Mais quelles que soient les précautions prises, la loi ne pourra pas empêcher de présenter de sa propre volonté son carnet de liaison à un employeur ou à une compagnie d'assurance afin par exemple d'obtenir plus facilement un prêt.

Elle ne pourra pas non plus éviter que ledir employeur ou ladite assurance, tout en ne réclamant pas la présentation de ce carnet, considère sa non-présentation comme un élément défavorable.

La présentation du carnet de liaison par le patient conditionne la prise en charge des soins par la sécurité sociale. Le texte conventionnel prévoit que le dossier médical assorti du carnet de liaison sera réservé, dans un premier temps, aux personnes atteintes au moins de deux pathologies nécessitant un traitement de plus de six mois, alors que, dans la lettre d'agrément, le Gouvernement souhaite que ce dispositif soit réservé en priorité aux personnes âgées de plus de soixante-dix ans.

Cette nouvelle contrainte administrative vient donc s'ajoi ter à la mise en place obligatoire d'un double ordonnancier pour les malades atteints d'une affection de longue durée. La prescription du médecin doit distinguer les soins relatifs à l'affection prise en charge à 100 p. 100 et les autres soins remboursés au taux normal.

Ce système du double ordonnancier avait déjà été prévu dans le fameux plan de 1987, portant le nom de notre président, M. Séguin, mais ce plan avait déjà, à l'époque, été rejeté unanimement par les assurés sociaux et les médecins.

Mme Muguette Jacquair.t. Absolument!

M. Laurent Cathala. Il relève, en tout état de cause, d'une pure logique technocratique, et non médicale, car une maladie grave a des répercussions sur l'état de santé général du patient.

Double ordonnancier, présentation du carnet de liaison conditionnant la prise en charge par la sécurité sociale, autant de contraintes administratives qui seront subies en priorité par les personnes âgées. Que d'attentions à leur sujet!... Ces mesures ne correspondent pas à leurs besoins ni aux souhaits des familles qui attendent avec impatience l'amélioration de la prise en charge de la dépendance.

M. Jean-Claude Lefort. Oh oui!

- M. Laurent Cathala. Votre Gouvernement a passé à la trappe le texte voté en première lecture sous la précédente législature. Il envisage aujourd'hui l'attribution d'une allocation en nature et non plus en espèces, ce qui constitue une régression.
 - M. Denis Jacquat. Mais il n'y avait rien du tout avant!
- M. Laurent Cathala. Nous aurons l'occasion d'en rediscuter, mon cher collègue! Il y aura 150 000 bénéficiaires de plus et 1 milliard de francs pour la péréquation entre départements riches et départements pauvres...
 - M. Denis Jacquat. Il en manquait neuf!
- M. Laurent Cathala. Mais là, il manque beaucoup plus!
- M. le président. Ne vous laissez pas interrompre, mon cher collègue, d'autant que vous arrivez au terme de votre temps de parole.
- M. Laurent Cathala. Par ailleurs, ce projet de loi complète le plan de redressement de l'assurance-maladie en lui ajoutant un volet concernant la planification hospitalière: suppression des autorisations tacites, retrait des autorisations en cas de sous-activité, expérimentations régionales d'un système de dérogations à la carte sanitaire. A ces dispositions législatives, s'ajoute un taux directeur de 3,35 p. 100 qui devrait supprimer inéluctablement de nombreux emplois.

Ces mesures ont été arrêtées sans concertation avec les acteurs du terrain, elles organisent une restructuration étatiste antinomique avec la loi de réforme hospitalière du 31 juillet 1991 qui préconise une restructuration dynamique, intelligente, transparente, au plus près du terrain et des réalités locales, intégrant, bien sûr, toutes les alternatives à l'hospitalisation.

Ce projet de loi compotte des avancées sociales incontestables: amélioration de la lutte contre la tuberculose, de la protection sanitaire et sociale des détenus, légalisation du complément d'allocation aux adultes handicapés destiné à faciliter la vie autonome à domicile; mais le débat au Sénat a mis l'accent à juste titre sur deux points: le problème des transferts de charges, au détriment des départements, concernant la lutte contre la

tuberculose, et l'insuffisance de la dotation budgétaire de 300 millions de francs consacrée à la prise en charge par l'Etat des soins aux détenus.

Je conclus en rappelant l'opposition du groupe socialiste aux mesures scandaleuses introduites pat le Sénat : dépistage obligatoire du sida pour les personnes atteintes de tuberculose, au mépris des droits de l'homme et des intérêts de santé publique. (Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.)

M. le président. La parole est à Mme Roselyne Bachelot.

Mme Roselyne Bachelot. Monsieur le président, madame le ministre d'Etat, monsieur le ministre, mes chers collègues. Le projet de loi relatif à la santé publique et à la protection sociale vient aujourd'hui devant nous après un examen particulièrement approfondi de nos collègues sénateurs. Certaines modifications apportées par eux au texte initial sont de très bonne venue, et l'on doit saluer le remarquable travail de la commission des affaires sociales du Sénat, de son président et du rapporteur, M. Huriet. Mais, il nous faut aussi regretter l'adoption de certains amendements particulièrement contestables sur le plan éthique ou technique, et qu'il conviendra de réexaminer.

Certains ont constaté avec itonie que ce projet de loi contenait toute une batterie de mesures très diverses qui lui donnaient le goût et la couleur d'un DMOS même s'il n'en portait pas le nom.

Si, effectivement, on y retrouve quelques mesures accessoires, quoique indispensables, celles-ci n'altèrent pas l'ampleur et la coherence remarquable d'un projet de loi qui veut répondre aux graves difficultés que traverse notre système de santé. Ces difficultés sont de deux ordres: d'une part, l'absence, depuis des années, d'une véritable politique de santé publique, alors que des fléaux comme le sida exigent une mobilisation de tous; d'autre part, la dégradation continue des comptes sociaux: le déficit de l'assurance maladie devrait atteindre 30 milliards pour 1993, remertant ainsi en cause notre protection sociale, si aucune mesure n'était prise, alors que le poids de la santé dans la consommation des ménages ne cesse d'augmenter.

Voilà les deux défis que veut relever le projet de loi que nous examinons aujourd'hui : améliorer la santé publique et assurer la protection sociale.

Améliorer la santé publique, d'abord.

Notre époque est marquée par la recrudescence de certaines maladies – comme la tuberculose. – qu'on avait cru, à tort, pratiquement éradiquées. Cette recrudescence est particulièrement nette dans les populations défavorisées qui ne bénéficient pas toujours d'une couverture sociale. Certaines régions comme l'Île-de-France sont très touchées. Il était donc souhaitable de voir faciliter le traitement et l'accompagnement de ces malades en autorisant les dispensaires antituberculeux à délivrer à titre gratuit les médicaments nécessaires.

Mais je voudrais rappeler à M. le ministre délégué à la santé que, à côté des 380 dispensaires, il y a 23 500 pharmacies d'officine particulièrement aptes à procéder à cette dispensation à titre gratuit, pour peu que des conventions soient conclues. L'amendement déposé dans ce sens par notre collègue Jean-Pierre Foucher mérite d'être retenu.

M. Jean-Pierre Foucher. Parfait!

M. Pierre Delmar. Très bien!

Mme Roselyne Bachelot. En revanche, nous ne saurions accepter le paragraphe V introduit par le Sénat, instituant l'obligation faite au malade de subir un test de dépistage du VIH s'il est arteint de tuberculose évolutive. Mme Muguette Jacquaint. Très bien!

Mme Roselyne Bachelot. Si ce dépistage paraît particulièrement justifié en ce cas, sa prescription ne peut relever que du colloque singulier entre le médecin et le malade. Cette obligation, si elle était conservée, serait particulièrement choquante sur le plan éthique.

Certaines dispositions du Sénat sont de meilleure venue comme celle réaffirmant la gratuité de la vaccination dans les centres antituberculeux, le rôle des services de vaccination de la population civile, ou instituant la gratuité non seulement des médicaments, mais aussi de la prise en charge des soins dans les dispensaires.

Un récent rapport du Haut comité de la santé publique avait signalé le retour en force de la tuberculose dans la population carcérale. Mais ce rapport avait aussi stigmatisé un dispositif de soins inadapté puisque l'administration pénitentiaire doit assurer la prise en charge sanitaire des détenus alors qu'elle n'en a ni la compétence ni les outils appropriés. Cela a un double effet très négatif: les détenus accèdent avec difficulté à des soins de qualité, et le recours à des dispositifs extérieurs renchérit les dépenses et génère des extractions dangereuses pour la sécurité. Alors que des pathologies très iourdes ne cessent d'augmenter chez les détenus, il n'y a, par exemple, que deux médecins à temps partiel pour les 1 800 détenus de la prison de La Santé – qui porte, en l'occurrence, bien mal son nom!

Les mesures proposées consistent en l'affiliation obligatoire des détenus au régime général de la sécurité sociale, l'administration pénitentiaire acquittant les cotisations forfaitaires et l'Erat finançant les coûts non pris en charge par l'assurance maladie. Des conventions entre les hôpitaux et les prisons font passer le système de soins en milieu carcéral sous la dépendance du service public hospitalier, étant entendu, comme l'a précisé le Sénat, que le mode normal de prise en charge s'effectuera de préférence en milieu carcéral.

D'autres dispositions du Sénat ne devraient pas être retenues, certaines, inapplicables techniquement, comme la participation du détenu disposant de ressources suffisantes au financement de sa protection sociale, d'autres – là encore – contestables au plan éthique, comme la fixation des cotisations forfaitaires versées par l'Etat en fonction de l'évolution des dépenses de santé des détenus ou l'obligation de proposer un test de dépistage du VIH au moment de l'incarcération.

Lutte contre la tuberculose, meilleure santé des détenus: la mise en place dans ces deux cas de dispositifs cohérents est de nature à améilorer notablement la santé de groupes sociaux très défavorisés et participe donc à une véritable politique de santé publique.

Mais le texte sacrifie aussi à un exercice que connaît bien maintenant notre Assemblée et qui nous voit chaque année transposer dans notre légirlation française des directives européennes. Elles ont trait aujourd'hui à la publicité pour les médicaments à usage humain, aux médicaments homéopathiques, aux dispositifs médicaux, à l'exercice de la pharmacie et à la prévention du tabagisme.

Toutes les dispositions prévues apparaissent globalement positives, niême si certaines méritent d'être affinées ou précisées.

La définition de la publicité, prévue à l'article I. 551, mérite des éclaircissements qui pourraient reprendre les termes de la directive européenne, précisant les informations qui ne sauraient être considérées comme de la publicité. Par ailleurs, l'introduction par le Sénat d'un message de renvoi à la consultation d'un médecin pour les médicaments destinés à l'automédication familiale paraît inadéquate. En effet, ces médicaments dispensés par un pharmacien sont précisément élaborés pour être utilisés sans l'intervention d'un médecin! Cette mesure – qui part d'un bon sentiment – est de nature à augmenter inutilement les dépenses d'assurance maladie.

Particulièrement nécessaires sont les dispositions relatives à l'exercice de la profession de visiteur médical. Il faut reconnaître que, depuis quelques années, l'industrie pharmaceutique avait fourni un effort remarquable tant en ce qui concerne le niveau du recrutement, la formation professionnelle que la qualité des messages transmis. Les pratiques déviantes, nombreuses il y a quelques années, se font de plus en plus rares. Il faut néanmoins permettre à ces professionnels d'exercer leur activité dans le cadre d'une hospitalité raisonnable, telle qu'elle est définie à l'article 7 bis proposé par le Sénat.

Nous pouvons saluer la rédaction de l'article 10 relatif aux médicaments homéopathiques, remplaçant pour la plupart l'autorisation de mise sur le marché par un enregistrement auprès de l'Agence du médicament. En effet, cette rédaction devrait satisfaire à la fois les détracteurs de l'homéopathie considérée comme un simple placebo et les fanatiques des médecines dites « douces », qui ne verront pas leur thérapeutique préférée obligée de satisfaire aux procédures rigides d'une AMM!

La section 3 du chapitre III revient longuement sur l'exercice de la profession de pharmacien. Il était urile, en effet, de préciser les équivalences de diplômes: on constate de grandes différences de niveau entre les formations de pharmaciens dans la Communauté européenne. Peu de pays imposent un cursus aussi complet que le nôtre: concours d'entrée, six ans d'études, thèse d'exercice, et l'accès à la profession de ressortissants étrangers ne peut être acceptée que sous bénéfice d'inventaire.

Le Sénat a profité de l'occasion - comme l'a souligné M. Bernard Charles - pour reprendre, sous forme d'amendements, certaines dispositions du texte examiné le 9 avril 1991 et qui n'avait pu poursuivre son cheminement législatif. Ces cinq amendements sont utiles : extension de la notion de transfert à la communauté urbaine ou à une commune limitrophe, précision justifiée au moment où l'on prône l'intercommunalité, fixation de quotas particuliers pour la Guyane, organisation des services de garde et d'urgence, autorisation pour les seuls ressortissants de la C.E.E. de créer une officine ou de racheter une officine ouverte depuis moins de trois ans; enfin affirmation de la priorité du transfert sur la création et instauration d'une priorité à la création pour les nontitulaires d'officine, mesure qui devrait réjouir les jeunes diplômés qui ont souvent bien du mal à s'installer.

Les articles concernant les dispositifs médicaux étaient attendus depuis longtemps. Leur formulation ne justifie que des aménagements de détail et devrait permettre l'extension hors de nos frontières d'un secteur particulièrement performant de notre industrie, accompagné – c'est très important – d'une meilleure sécurité des malades.

Tout ce travail législatif de transposition est donc techniquement nécessaire en termes de santé publique et devrait rencontrer l'approbation des plus sourcilleux d'entre nous sur l'indépendance de notre pays vis-à-vis de la technocratie bruxelloise.

Le quatrième point de santé publique, après la lutte contre la tuberculose, la santé des détenus et la transposition des directives européennes précise les pouvoirs de l'Agence du médicament. Je souhaite que l'on en revienne au texte initial prévoyant un recours hiérarchique devant le ministre à l'encontre de décisions de l'Agence.

L'instauration d'un simple droit d'alerte en cas d'urgence n'est pas suffisant. Des drames récents ont bien démontré, d'ailleurs, qu'en cas de déficience du système – par exemple dans l'affaire de l'hormone de croissance contaminée – l'opinion publique et les familles mettaient toujours en cause le Gouvernement. Il faut donc que ce dernier ait les moyens d'assumer cette responsabilité.

Si le premier volet du projet de loi concernait la santé publique, le « plat de résistance » pourrait bien consister dans les mesures destinées à assurer la protection sociale. L'assurance maladie des détenus pourraît d'ailleurs aussi trouver sa place dans ce chapitre.

Mais, de rafistolage en raccommodage de notre « filet » assurance santé, ne serait-il pas plus simple d'instaurer l'assurance maladie ouverte à tous ? Elle pourrait même être inscrite dans la Constitution ?

Mme Muguette Jacquaint. Très bien!

Mme Roselyne Bachelot. Elle pourrait d'ailleurs l'être d'autant plus que la perspective ouverte par M. le Premier ministre d'asseoir son financement sur une base plus large que les cotisations des salariés justifierait une mesure d'une grande signification sociale.

Mais, pour l'instant, il nous faut colmater les brèches du navire « protection sociale » qui fait eau de toutes parts.

Vous avez courageusement commencé cette tâche en juillet dernier avec la réforme des retraites et vous pour-suivez l'œuvre entreprise par la nécessaire restructuration des hôpitaux et la mise en œuvre de la convention médicale.

Les experts s'accordent pour convenir que notre système hospitalier souffre d'une surcapacité théorique de 50 000 à 60 000 lits. Il doit absolument être procédé à une suppression de ces capacités excédentaires, ou mieux, à un redéploiement afin de satisfaire des besoins insuffisamment pris en compte, notamment l'accueil des personnes âgées dépendantes.

M. Jean-Claude Lefort. Suppression et redéploiement, ce n'est pas du tout la même chose!

Mme Roselyne Bachelot. Il est tout à fait utile que revienne à l'Etat la possibilité de suspendre ou de supprimer ces capacités excédentaires. On a vu dans le passé l'impuissance des services déconcentrés en ce domaine, souvent incapables de résister à la pression des élus locaux, écartelés entre les décisions parfois contradictoires des directions départementales et régionales, sans rapport hiérarchique entre elles.

Il convient toutefois que ces décisions nécessaires ne puissent revêtir un caractère d'arbitraire, et instaurer pour cela une procédure de vraie concertation, permettant à l'établissement de présenter ses observations et ses projets de regroupement ou de reconversion. Il faut aussi que les critères de retrait des autorisations soient vraiment objectifs.

Quant au régime expérimental d'autorisations dérogatoires d'équipements lourds, il peut paraître curieux de l'assortir d'une obligation intégrale et immédiate de suppression de places équivalente. Cela apparaît contraire à la notion d'expérimentation et risque de décourager les volontaires à de telles expériences. Mais il faut à tout le moins, comme l'a prévu le Sénat, que soient précisées les conditions d'évaluation pouvant aboutir au retrait de l'autorisation et que la durée du contrat entre l'Etat et l'établissement soit fixée en fonction de la durée des autorisations.

La création d'un fonds de restructuration destiné à l'hospitalisation privée, mais aussi au secteur public, serait un puissant facteur d'incitation à ces nécessaires restructurations. De nombreux amendements ont été déposés dans ce sens et je souhaite que le Gouvernement puisse les reprendre, sans augmenter pour cela l'enveloppe globale consacrée aux hôpitaux.

La suppression de l'autorisation tacite, remplacée par la notion d'interdiction tacite, est sans nul doute la mesure la plus controversée. A juste titre. Tout le monde connaît les graves difficultés de fonctionnement de votre administration, et en particulier de la direction générale des hôpitaux. J'ai eu récemment l'occasion d'en faire état longuement dans le rapport que j'ai présenté au nom de la commission des affaires sociales.

De nombreux sénateurs se sont d'ailleurs opposés au principe du refus tacite, qui est contraire à la loi hospitalière; l'accepter serait un constat d'échec et convenir que rien ne peut ou même ne doit être fait pour remédier à ces lourds dysfonctionnements.

Quand vous avez détaillé, madame le ministre d'Etat, l'inévitable plan d'économies destiné à sauver la branche maladie, vous avez souligné que les efforts devaient être justement répartis entre l'hôpital et la médecine ambulatoire. Pour celle-ci, les assurés ont déjà apporté leur contribution avec l'augmentation de cinq points du ticket modérateur. Les médecins se devaient d'apporter la leur : c'est le sens de la signature de la nouvelle convention médicale.

Nous avons bien conscience du fragile équilibre Etatcaisses-syndicats médicaux qui a permis cette signature. Même si elles sont parfois timides, des avances notoires sont à relever, en particulier la création d'un dossier médical. Celui-ci devrait se généraliser à terme et consacrer le rôle éminent du médecin de famille. Le bénéfice du dossier médical sera double : maîtrise des dépenses de santé, bien sûr ; mais aussi, il faut le répéter, amélioration des soins dispensés aux malades.

Bien d'autres mesures sont contenues dans la convention, comme la notion de références opposables ou la formation continue, mais le dossier médical constitue l'armature législative du dispositif.

La commission a souhaité respecter l'équilibre qui avait présidé à cet accord, considérant à juste titre que, parfois, le mieux peut être l'ennemi du bien.

Enfin, je dirai un mot de la consolidation de l'aide forfaitaire en faveur des adultes handicapés, destinée à faciliter le maintien à domicile des personnes à motricité réduite. C'est évidemment une bonne mesure. Un récent rapport de la Cour des comptes a dénoncé les dérives de la politique en faveur des handicapés en soulignant que l'allocation aux adultes handicapés était de plus en plus fréquemment détournée de son but, dans la mesure où elle était attribuée à des personnes souffrant de handicaps sociaux et relevant en fait du R.M.I. C'est ce qui justifie la réforme proposée par la loi de finances dans son article 52. Si l'on peut souscrire au fond sur la réforme proposée, il reste que la mesure exclurait 13 000 personnes du bénéfice de l'AAH et participerait à leur désinsertion accélérée. Le ministre du budget s'est engagé à reparler de ce dossier et nous espérons, madame le ministre d'Etat, que vous userez de toute votre influence, que je sais grande. Vous aurez à vos côtés l'ensemble de la représentation nationale.

M. Claude Bartolone. Très bien!

Mme Roselyne Bachelot. Bien d'autres dispositions sont importantes, mais nous y reviendrons lors de la discussion des articles.

Nous examinons aujourd'hui un projet de loi significatif, qui contient de sérieuses avancées en termes de santé publique et de protection sociale. Il a fait l'objet d'une étude approfondie de notre commission, et en particulier de notre rapporteur Jean Bardet, qui a fourni un remarquable travail.

M. Jean-Yves Chamard. Très bien!

Mme Roselyne Bachelct. Nous sommes persuadés que l'esprit d'ouverture du Gouvernement permettra de l'améliorer encore. C'est le sens de l'appui que le Rassemblement pour la République apportera, une fois de plus, au Gouvernement. (Applaudissements sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République et du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre.)

- M. le président. La parole est à M. Denis Jacquat.
- M. Denis Jacquat. Monsieur le président, madame le ministre d'Etat, monsieur le ministre, mes chers collègues, le régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle...

Mme Roselyne Bachelot et M. Jean-Pierre Foucher. Ah!

M. Denis Jacquat. ... connaît aujourd'hui un certain nombre de difficultés qui, étant liées les unes aux autres par leurs conséquences, sont de nature à remertre en cause l'avenir même de ce système spécifique de protection sociale.

Le présent projet de loi devrait permettre de régler, d'un strict point de vue juridique, un premier ordre de problèmes: ceux consécutifs à un récent arrêt du Conseil d'Etat ayant invalidé un décret du 31 décembre 1985 relatif au forfait hospitalier et à la cotisation d'assurance maladie pour les ressortissants de ce régime de sécurité sociale. La haute juridiction avait notamment fait observer que c'était au législateur d'adopter un texte destiné à permettre la prise en charge du forfait hospitalier par le régime local.

Il convient également de souligner que le Conseil d'Etat a annulé, dans cet arrêt, les mesures relatives au déplafonnement de la cotisation d'assurance maladie, calculée jusqu'en 1985 sur le plafond de la sécurité sociale, au motif que celles-ci avaient été « décidées en vue d'assurer le financement de la prise en charge du forfait hospitalier par le régime local ». Rappeler ici les éléments essentiels de la décision du Conseil d'Etat n'est pas vain, puisque ses conséquences sont importantes pour l'avenir du régime local.

A la suite de cet arrêt, vous aviez pris, madame le ministre d'Etat, l'engagement de régler ce problème avant la fin de l'année et de lever l'incertitude juridique créée par l'annulation du décret en faisant valider par le législateur la prise en charge du forfait hospitalier par le régime local. Nous constatons que cette première difficulté est en passe d'être résolue par le dispositif proposé à l'article 34 du projet de loi.

S'il convient de le souligner, il n'en reste pas moins que l'arrêt du Conseil d'Etat a des conséquences financières qui devraient se traduire par une pette sèche de l'ordre de 40 millions de francs pour le régime local.

S'y ajoute une deuxième perte de quelque 80 millions de francs qui résulte de la réduction du taux d'appel de la cotisation supplémentaire déplafonnée de 1,7 p. 100 à 1,6 p. 100, réduction décidée par le précédent gouvernement contre l'avis même des instances de gestion du régime local.

Il convient enfin de ne pas négliger que, dans le cadre du plan de redressement des comptes sociaux qui tend à un déremboursement de certaines dépenses de santé, le régime local sera dans l'obligation de combler l'écart entre ses propres taux de remboursement et ceux pratiqués par le régime général. Dans l'hypothèse d'un maintien du niveau des prestations actuellement servies par le régime local d'Alsace-Moselle, cela devrait lui créer une charge supplémentaire de l'ordre de 250 millions de francs.

Si, en puisant dans ses réserves, le régime local devrait arriver, tant bien que mal, à faire face à ces retournements de situation successifs, il est néanmoins difficile d'être optimiste pour l'avenir. Le déficit prévisionnel est, en effet, de l'ordre de 400 millions de francs pour 1994.

Il ne s'agit pas de céder à un certain catastrophisme. Cependant, cette situation ne va pas sans engendrer une forte inquiétude dans les départements d'Alsace et de Moselle où la population est très attachée – j'insiste sur ce point – à ce régime de sécurité sociale reconnu comme le plus performant au monde.

Les réflexions et concertations engagées sur le projet de régionalisation de la gestion de ce régime ajoutent très largement à des inquiétudes déjà exacerbées.

Notre souci à nous, parlementaires des départements d'Alsace et de Moselle, est donc double : le régime local de sécurité sociale doit être maintenu dans sa spécificité et son niveau de prestations élevé ; il doit l'être toutefois dans la perspective d'un équilibre financier préservé. Or, il ne faut pas se le cacher, le nombre des cotisants décroît très régulièrement, de l'ordre de 2 à 4 p. 100 chaque année.

J'ajoute qu'il est clair, dans l'hypothèse éventuelle d'un désengagement du régime local pour le remboursement de certaines prestations, que le régime général ne pourrait, en l'état actuel de la situation, être mis à contribution. Ce choix devant être immédiatement écarté, les termes de l'équation deviennent simples si l'on veut effectivement assurer la pérennisation du régime local dans ses principes.

En tout état de cause, si la survie du régime local passe d'abord par une réflexion sur un certain nombre de pistes – dont celle de la régionalisation – il est important, in fine, de s'engager dans un processus dont le cheminement soit clair et qui ne tombe pas dans les demimesures, le tout dans un souci de cohérence et pour ne pas avoir à revenir d'année en année sur cette question. En effet, un système mal réformé s'étiolerait rapidement et se heurterait, de surcroît, à l'incompréhension des populations.

Madame le ministre d'Etat, prendre les mesures, toutes les mesures qui s'imposent pour la pérennisation du régime local est de notre responsabilité, Gouvernement et Parlement confondus. Je crois pouvoir dire que mes collègues alsaciens et mosellans sont, comme moi-même, tout à fait déterminés à vous appuyer. Et nous connaissons votre attachement à ce régime local de sécurité sociale : vous l'avez maintes fois exprimé ces derniers temps, en particulier ici même.

Je conclurai en soulignant que tout choix politique en ce domaine devra s'accompagner d'une véritable démarche pédagogique envers les populations concernées, afin que les Alsaciens et les Mosellans comprennent les motivations des choix à venir, et surtout afin de les rassurer pleinement sur la volonté politique qui est aujour-d'hui la nôtre: assurer la pérennité du régime local, garantir son niveau de prestations.

Madame le ministre d'Etat, je remercie vos services d'avoir pris contact avec les parlementaires alsaciens et mosellans pour que de la discussion, naisse un projet de sécurité sociale qui permette de préserver le régime local auquel les populations sont attachées et qui soit surtout compatible avec les ressources de nos départements. (Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre.)

M. le président. La parole est à M. Georges Sarre.

M. Georges Sarre. Madame le ministre d'Etat, monsieur le ministre, le projet de loi que vous présentez suscite des protestations. D'abord, parce qu'il n'est que l'agrégation de mesures éparses, ensuite parce que le Gouvernement y introduit de façon très cavalière, en le soumettant directement à l'Assemblée, un texte sur le dossier de suivi médical. Un sujet d'une telle importance méritait mieux qu'un amendement déposé à la dernière minute. D'autant que ce texte tend objectivement à un but légitime, mais que vous n'exposez pas clairement : la maîtrise des dépenses de santé. Toutefois, cette initiative ne saurait aboutir à mettre en cause la qualité des soins. C'est pourquoi je tiens à préciser quels sont, à notre sens, les impératifs auxquels doit répondre un dossier médical pour qu'il soit acceptable.

Tout d'abord, les règles de constitution des dossiers de suivi médical doivent assurer le plus strict respect des libertés publiques et fondamentales. La vie la plus intime des citoyens sera répertoriée dans ces dossiers. Il est donc impératif de s'assurer de leur plus grande confidentialité.

Or les mesures que vous proposez sont en dessous des enjeux. Le texte feint d'ignorer l'incroyable pression à laquelle seront soumis les Français ou les étrangers pour qu'ils acceptent de transmettre un double de leur dossier, par exemple à des employeurs peu scrupuleux profitant sans vergogne de la détresse morale de toute personne à la recherche d'un travail. Qui pourrait nier que ce risque est réel? Pour y parer, vous n'envisagez que la répression des infractions. Bien sûr, il faut des sanctions, et sévères de surcroît, mais les enjeux sont tels que cela ne suffira pas.

Il faut aussi prévenir toute possibilité de transmettre des informations relatives au dossier médical. Le secret médical doit être sauvegardé. Et si les malades doivent y avoir accès, selon les principes posés par la loi « Informatique et libertés », pour la protection de leur propre intérêt, ils ne doivent détenir ni l'original ni aucune copie.

Mais toutes ces précautions ne serviraient à rien si n'était pas parallèlement codifié le contenu du carnet de liaison. Si ce n'était pas un simple agenda administratif, il rendrait caduques toutes les protections imaginées sur le dossier médical. Surtout, il aurait inévitablement des effets pervers. Pour éviter de voir figurer une affection sur son carnet de santé, un patient pourrait être renté de se priver de soins ou de se faire soigner sans en avertir la caisse dont il dépend. Ce serait le début d'un système de santé à deux vitesses.

Le deuxième impératif à respecter est l'universalité de la mesure. Les Français ne comprendraient pas qu'une parcie d'entre eux ou qu'une fraction des actes médicaux soient seuls soumis à l'obligation de constitution d'un dossier médical. Sur ce point, le projet présenté reste très vague, très ambigu. On conçoit que la mesure doive être appliquée progressivement, pour des raisons pratiques évidentes. Mais utiliser les pathologies pour définir l'ordre de mise en œuvre de ces dossiers relève déjà d'une intention discriminante, contre laquelle se prononceront toutes les femmes et tous les hommes attachés au principe d'égalité.

Cette intention apparaît plus clairement encore quand il est fait mention de l'âge pour fixer l'ordre de constitution des dossiers. Car l'amendement gouvernemental vise implicitement certaines catégories de Français qui seraient responsables de la croissance des dépenses: je pense, bien sûr, aux personnes âgées. La solidarité doit trouver, là aussi, à s'exprimer.

Enfin, troisième impératif à respecter: l'existence de ces dossiers ne do t pas déséquilibrer la répartition actuelle entre le secteur lioéral et le secteur public. Si le Gouvernement ne prend pas ses responsabilités, il est à craindre, par exemple, que les médecins des hôpitaux du secteur public ne jouent plus à terme qu'un rôle marginal. L'hôpital est l'endroit où s'effectue la recherche médicale appliquée, où sont mis au point la plupart des prorocoles de soins, où s'expérimentent les techniques et les produits nouveaux. Il doit être le lieu de référence des pratiques et des prescriptions, et aussi un recours, si le malade le désire. Par conséquent, il ne saurait être marginalisé.

Il ne s'agit pas d'établir une concurrence commerciale entre le secteur public hospitalier et la médecine libérale, médecine plus souple, plus disponil·le, plus proche du malade, à laquelle tiennent justement tous les Français. Mais il doit se créer entre elle et l'hôpital, dans tous les domaines, y compris les moins techniques et les plus modestes, une confrontation des pratiques et des moyens, une émulation, et non plus une pseudo-complémentarité qui laisse, à l'une, les gestes simples et rémunérateurs, à l'autre les seules responsabilités du service public.

Le texte qui nous est présenté ne peut donc pas, au risque de méconnaître trois conditions essentielles au bon fonctionnement de notre système de santé, être adopté en l'état. Il devra, pour être acceptable, être profondément amendé.

Quelques mors, avant de conclure, sur l'initiative du Sénat la plus controversée. De l'avis des sénateurs de la majorité, tuberculose et sida iraient main dans la main, ce qui imposcrait une mesure aussi radicale que le dépistage systématique du VIH chez tous les malades atteints de tuberculose. Cette initiative sénatoriale est marquée du sceau de l'ignorance et participe de la diabolisation des mlalades séropositifs ou atteints par le sida. Je vous remercie d'ailleurs, madame et monsieur les ministres, d'avoir réagi vigoureusement contre cette proposition.

En effet, chacun devrait le savoir, le bacille de Koch se développe surtout dans les milieux frappés par la misère ou la pauvreté, lorsque les conditions d'hygiène sont insuffisantes et que la malnutrition est chronique. Il est donc impossible d'associer les affections pulmonaires imputables à la progression du sida à la tuberculose, laquelle révèle en réalité la quart-mondialisation d'un nombre croissant de nos concitoyens. Il serait plus opportun de rendre vie à tant de dispensaires fermés au nom d'une rentabilité curieusement conçue pour qu'ils puissent prodiguer conseils et suivi médicaux adéquats.

Enfin, les sénateurs n'ont pas jugé bon de respecter un des fondements de la République: la liberté individuelle. Imposer le dépistage systématique du sida aux malades de la tuberculose serait contraire à nos valeurs et au rapport de confiance qui doit s'établir entre le malade et le médecin. Surtout, cette disposition contribuerait à marginaliser des populations déjà défavorisées. Les peurs qui nous habitent ne doivent pas nous servir de faire-valoir politique, et je ne peux que condamner des propositions ou des mesures aussi injustes qu'inefficaces.

Telles sont, madame le ministre d'Etat et monsieur le ministre délégué, les brèves réflexions que je souhaitais vous soumettre, compte tenu du temps qui m'est imparti. Mais nous reprendrons bien sûr cette conversation au cours du débat sur les articles. (Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.)

M. le président. La parole est à M. Renaud Muselier.

M. Renaud Muselier. Monsieur le président, madame le ministre d'Etat, monsieur le ministre, depuis plus de dix ans, le discours sur l'harmonisation des tarifs ou des financements de l'hospitalisation publique et privée n'a cessé d'être tenu de tous côtés.

Il a commencé avec le rapport Briet en 1983, s'est poursuivi avec le rapport Guillaume er. 1987, a continué avec le rapport Briet-Guillaume, curieux exercice de synthèse de type radical socialiste, pour finalement exploser avec la vogue tardive et irréfrénée de la tarification à la pathologie Ce discours, depuis quelques mois, s'est fait tentateur, trouvant dans les difficultés de l'assurance maladie un terrain favorable en promettant qu'enfin le miracle s'accomplirait et que les deux secteurs seraient astreints au même système de tarification. Le monde politique s'est emparé de ce concept, d'autant plus mythique qu'il est ésotérique, s'appuie sur le Dieu informatique, qu'il vient du New Jersey, et représente la promesse américaine, même s'il est aujourd'hui passablement écorné.

Le débat s'est accéléré fortement depuis quelques mois et les polémiques s'entrecroisent dans tout le microcosme socio-politique du monde de la santé, opposant plus ou moins les partenaires.

La recherche d'une meilleure maîtrise de l'évolution des dépenses de santé, la responsabilité politique, financière ou morale de tous les décideurs dans ce domaine légitime, certes, le débat, car l'enjeu est important.

Le projet de loi relatif à la santé publique et à la protection sociale comporte un titre II intitulé « Dispositions relatives à l'organisation des structures de soins et des professions de santé ». Les articles 19, 20 et 21 du texte soumis à la discussion doivent attirer tout particulièrement notre attention. Mon souci est bien entendu de rappeler à titre préliminaire la place essentielle que tient l'hospitalisation privée et son rôle dans l'organisation de notre système de soins.

Les 1 474 établissements de soins privés représentent 107 184 lits de courts et de moyens séjours. Les cliniques privées se répartissent dans toutes les régions de France. On peut compter 1,9 lit de clinique pour 1 000 habitants. Conventionnées à 98 p. 100, les cliniques sont ouvertes à tous les malades sans distinction de revenu ou de couverture sociale. Elles enregistrent plus de 5 millions d'entrées annuelles et accueillent plus de 50 p. 100 des patients de chirurgie – 31 p. 100 du nombre total d'entrées, toutes disciplines et toutes catégories d'établissements confondues. Pour assurer cette activité, elles emploient ainsi 118 000 personnels non médicaux, et 33 000 médecins y interviennent à divers titres, couvrant toutes les disciplines médicales et chirurgicales.

Les dépenses d'hospitalisation privée représentent 14 p. 100 de l'ensemble des dépenses de l'hospitalisation. Attentive à l'évolution des dépenses, la profession de l'hospitalisation privée a accepté d'entrer dans le processus de maîtrise mis en place dès 1991. Les accords signés entre l'Etat, l'assurance maladie et l'hospitalisation privée ont déjà porté leurs premiers fruits puisque les dépenses réelles ont été en 1992 inférieures de 50 millions de francs aux objectifs financiers prévus initialement.

Dès lors, était-il nécessaire d'instaurer - c'est le sens des dispositions prévues à l'article 20 - un dispositif de fermeture purement administratif des établissements hospitaliers en retirant tout ou partie de leurs autorisations de lits ou de matériels en l'absence de tout comportement répréhensible et ce sans aucune contrepartie financière d'accompagnement? Un tel retrait entraînera un préjudice financier correspondant au montant des amortissements non encore réalisés auquel il faudra ajouter les indemnités de licenciement du personnel salarié et l'indemnisation des praticiens liés par contrat d'exercice professionnel.

La loi de réforme hospitalière du 31 juillet 1991 avait pris en compte cette préoccupation essentielle en prévoyant la délivrance d'autorisations pour des durées variables selon les disciplines mais jamais inférieures à cinq ans pour tenir compte de la durée d'amortissement des investissements nécessaires à la pratique de la spécialité considérée.

C'est pourquoi il est indispensable d'accompagner une telle mesure d'un dispositif financier d'aide: la restructuration. Tel est l'objet de l'article 20 bis qui propose la création d'un fonds d'aide à la restructuration hospitalière destinée au financement, d'une part, des opérations de restructuration des établissements de santé publics et privés permettant d'alléger les charges de l'assurance maladie, en conformité avec les orientations arrêtées par le SROS et, d'autre part, de leurs mesures d'accompagnement social.

L'article L. 712-11 du code de la santé publique autorise les regroupements d'établissements en contrepartie d'une réduction du nombre global des lits variant selon l'excédent de lits constaté dans les disciplines considérées du secteur concerné. Ces regroupements se traduisant par une réduction de l'offre de lits permettent de réduire la dépense à la charge de l'assurance maladie. Ils ont entraîné la disparition de petits établissements de taille limitée ne pouvant plus faire face à l'évolution du progrès médical et de la technologie. La suppression de plusieurs centaines de lits depuis 1987, date de la mise en place de ce régime, atteste de l'intérêt de cette mesure. Mais la sélection actuelle limite cette possibilité de regroupement aux établissements situés dans un même secteur sanitaire. Or le découpage des secteurs sanitaires actuels ne tient plus réellement compte des zones d'attraction effectives des établissements, qu'ils soient publics ou privés. Il empêche la réalisation d'opérations présentant les meilleures conditions de réponse à l'offre de soins réellement constatée.

Cette approche, par secteur sanitaire, est de plus en plus déphasée par rapport à la politique de planification actuellement menée par les pouvoirs publics et qui repose entièrement sur la région - schémas d'organisation sanitaire, comités régionaux - comme elle est décidée déjà en matière d'équipements matériels lourds.

Dans un tel contexte, une harmonisation de la planification en termes de lits et de matériels lourds ne pourra que favoriser le redéploiement des moyens dans le cadre de la région. C'est l'objet de l'article 21 bis.

Pour ce qui concerne l'hospitalisation publique, je souhaiterais présenter deux amendements permettant d'accompagner les opérations de restructuration hospitalière, à titte expérimental, je le précise, car les choses sont trop complexes pour ne pas avancer étape par étape dans ce domaine difficile. Ces deux amendements tendent à assouplir la gestion financière et comptable pour permettre aux hôpitaux publics de niettre en place une comptabilité analytique par segment d'établissement.

En effer, c'est certe approche du segment hospitalier d'action médicale cohérente qui permettra de clarifier les prestations médicales et leur prix de revient.

Ne l'oublions pas, nous souhaitons qu'à prestation égale la rémunération soit identique ou proche, que la structure de soin soit privée ou publique. C'est un gage d'équité et de bonne gestion dans la concurrence, mais surtout dans la complémentarité.

Le deuxième amendement permettra en outre aux hôpitaux publics d'avoir des approches comptables et financières plus performantes, par exemple en passant avec les fournisseurs des contrats pluriannuels qui intègrent investissement et fonctionnement lorsque cela est nécessaire. Les économies peuvent être ici très importantes par rapport au système actuel beaucoup trop rigide.

C'est dans le même esprit que je propose, là encore à titre expérimental, de permettre l'intéressement des personnels et tout particulièrement de ceux qui auront fait des efforts volontaires dans le cadre des restructurations. En effet, rien ne pourra se faire sans les personnels hospitaliers; il faut savoir les motiver et il faut pouvoir les récompenser des efforts que nous leur demanderons.

Par ailleurs, c'est dans un souci de transparence et d'égalité devant les procédures que je propose que le nécessaire fonds de restructuration, financé par des enveloppes spécifiques de l'assurance maladie, concerne à la fois les établissements publics et les établissements privés. Et là je pense encore tout particulièrement aux personnels car les plans sociaux seront nécessaires. Il faudra aider aux formations complémentaires, aux reconversions, parfois aux changements de lieu de travail. Il faudra un accompagnement financier, aussi bien dans le public que dans le privé.

Enfin, il est clair que l'article 21, qui assouplit les règles d'attribution des équipements lourds sous réserve de se garantir des dérives financières par contrat, s'applique évidemment aussi bien au public qu'au privé.

Je souhaite que les contrats puissent être larges, intégrant les différents coûts des différentes prestations. C'est vérifiable dans le privé par l'intermédiaire des chiffres d'affaires. C'est vérifiable dans le public par le budget global et d'autant plus qu'il existera une comptabilité analytique et une gestion plus souple.

Madame le ministre d'Etat, toutes ces réflexions m'ont été dictées par le souci d'une cohérence d'ensemble. Trop d'idées, de passions, d'intérêts divers, d'enjeux de pouvoir sont en cause. Il faudra beaucoup de courage politique. La voie est difficile, certes, mais tous ensemble nous devons réussir. (Applaudissements sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République et du groupe de l'Union pour la démocratie française du Centre.)

M. le président. La parole est à M. Claude Malhuret.

M. Claude Malhuret. Madame le ministre d'Etat, monsieur le ministre, malgré l'importance de nombreux articles contenus dans ce prejet de loi, un simple amendement de deux lignes adopté par le Sénat a déjà fait couler plus d'encre que l'ensemble du texte. Cet amendement a ouvert la boîte de Pandore, comme c'est le cas chaque fois que l'on aborde le sujet du sida, et que resurgissent les mêmes passions.

Je voudrais tout d'abord rendre hommage, madame le ministre d'Etat, monsieur le ministre, à la position claire et courageuse que vous avez défendue devant le Sénat. Vous n'avez pas cédé, vous avez seulement perdu une bataille.

Je voudrais également rendre hommage à la commission des affaires sociales de notre assemblée, qui a eu la sagesse de considérer qu'on ne légifère pas subrepticement sur un tel sujet et qui a souhaité le retrait de tous les amendements dans l'attente d'un débat spécifique.

Voilà quelques jours, nous pouvions donc croire le dossier refermé. Mais c'était compter sans la réaction d'une partie de notre majorité. En effet, nous allons être appelés, sans préparation, au débotté, à débattre d'un nouvel amendement qui vient d'être déposé. Et pas n'importe lequel puisqu'il s'agit d'instaurer le dépistage obligatoire du sida dans un maximum de situations et notamment en cas de mariage, de grossesse, d'opération chirurgicale, d'incorporation dans l'armée ou d'incarcération.

Il va donc falloir rappeler pour la énième fois que le dépistage obligatoire ne résout rien, qu'il contrarie l'approche médicale et peut entraver le suivi thérapeutique et psychologique, qu'il va à l'encontre de la nécessité d'un rapport de confiance entre le médecin et son patient, qu'il entraîne une fausse impression de sécurité, qu'il est contraire aux recommandations de tous les spécialistes et de tous les organismes de santé publique à l'échelon international, que seuls la Bulgarie et certains Etats de l'ex-URSS y ont recours aujourd'hui dans certains cas, et que les quelques Etats des Etats-Unis qui y ont recouru pendant un temps y ont renoncé.

Il va encore falloir rappeler que le rapprochement avec le dépistage prénaral de la syphilis est fallacieux. Pas seulement parce que la syphilis est aujourd'hui curable, mais parce que les lois concernant le dépistage, la déclaration et l'obligation de traitement de la syphilis, instaurées lorsque les traitements étaient peu ou pas efficaces, n'ont eu aucun effet sur le développement de cette maladie.

Le premier de ces règlements est un décret de 1943. La maladie n'a, bien sûr, pas diminué de ce fait, bien au contraire, puisque la guerre, comme toutes les guerres, a entraîné une dissémination en favorisant la fréquentation par les jeunes gens de toute une classe d'âge de ce que j'appellerai pudiquement les endroits spécialisés. Si la syphilis n'existe plus guère aujourd'hui, c'est à la pénicilline qu'on le doit et non au dépistage. C'est à Sir Fleming qu'on le doit et non au maréchal Pétain.

M. Claude Bartolone. Très bien!

M. Claude Malhuret. Ce qu'il faut, c'est développer l'information, la prévention, la responsabilité personnelle, l'éducation, la formation du corps médical. Mais c'est ingrat et difficile; c'est tellement moins rassurant, tellement moins simple que ce bon vieux dépistage obligatoire, qui reviendra toujours comme un serpent de mer, jusqu'à ce que l'on découvre un vaccin ou un traitement.

Je voudrais enfin vous dire, madame le ministre d'Erat, monsieur le ministre, que la proposition faite aujourd'hui recouvre également d'autres préoccupations. Vous savez sûrement que certains dans notre majorité trouvent le Gouvernement trop modéré, et ils ont décidé de l'aiguillonner à l'occasion de chaque texte de loi. Ce sont eux qui aimeraient que le garde des sceaux ou le ministre de l'intérieur durcissent ies textes qu'ils proposent. Ce sont eux qui, en 1986, ont poursuivi de leur vindicte l'un de vos prédécesseurs, Mme Barzach, lorsqu'elle a proposé l'échange des seringues pour les toxicomanes. Le ministre

de la santé d'alors a tenu bon, malgré les quolibets et les pressions, et nombreux aujourd'hui sont ceux qui peuvent l'en remercier, car ils lui doivent la vie.

Vous allez être en face des mêmes pressions. Elles ont d'ailleurs déjà eu un premier effet: échanger un débat général sur le SIDA contre le retrait des amendements. Pourtant, cet engagement n'a pas empêché la discussion de reprendre et d'autres amendements d'être déposés.

Je voudrais donc vous mettre en garde contre ce qui ne manquera pas de survenir lors de ce débat. Si vous pensez – et après tout peut-étre le faut-il – que ce débat doit avoir lieu, soyez prêts à mettre votre poids dans la balance et à résister. Vous trouverez heureusement dans votre majorité des alliés et, je crois – j'espère en tout cas – qu'ils seront les plus nombreux. Mais, surtout, ne vous engagez pas à l'avance à légiférer, car rien ne prouve aujourd'hui, loin de là, que la voie législative soit la meilleure à suivre en matière de lutte contre l'épidémie de sida. (Applaudissements sur quelques bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et sur quelques bancs du groupe du Rassemblement pour la République.)

Mme Roselyne Bachelot et M. Claude Bartolone. Très bien!

M. le président. La parole est à M. Jean-Yves Chamard.

M. Jean-Yves Chamard. Monsieur le président, madame le ministre d'Etat, monsieur le ministre, mes chers collègues, ne nous y trompons pas, ce texte, au-delà de son aspect divers et varié, est important tant en termes de santé publique qu'en termes de protection sociale.

Sur la santé publique, je serai bref. Je me bornerai à faire observer que lorsqu'on lit le rapport sur la situation sanitaire en milieu carcéral, on ne peut qu'être inquiet : oui, il y a urgence. La question préalable de ce matin ne se justifiait manifestement pas, il y avait urgence à agir, et nous agissons.

En matière d'urgences médicales, le rapport Steg, dont nous venons d'avoir connaissance est fort intéressant et ouvre un certain nombre de pistes.

Enfin, et mon collègue Malhuret vient de l'évoquer, il y a le problème du dépistage du sida. S'il n'est évidemment pas possible d'interdire à des collègues de déposer des amendements, l'Assemblée peut ensuite dans sa sagesse décider de se rallier à la proposition de Mme le ministre d'Etat et de M. le ministre délégué de commencer par tenir un grand débat sur ce thème. Nous débattrons donc car il faut le faire, mais il n'en résultera pas forcément une loi. D'ailleuts, il n'est pas d'usage qu'un débat se conclut par une loi.

Mais, madame le ministre d'Etat, je tiens surtout à évoquer dans mon propos l'importance de ce texte en termes de protection sociale. Il aborde, en effet, les deux grands postes de dépenses de l'assurance maladie que sont l'hospitalisation et la médecine ambulatoire.

Pour l'hospitalisation, il faut réaliser – et vous le savez bien, vous qui connaissez ce dossier depuis si longtemps – une difficile synthèse entre les artentes de la population qui souhaite trouver un accueil d'urgence près de chez elle, la nécessaire sécurité sanitaire – attention aux vraies fausses urgences! – et l'équilibre de l'assurance maladie.

J'aimerais, madame le ministre d'Etat, monsieur le ministre délégué, que nous profitions de ce projet de loi pour aller un peu au fond des choses. Il y a huit jours, la presse ouvrait le débat et posait la question : faut-il ou non des AP régionales ?

Un Parlement, c'est fait pour parler. Alors parlons-en et pas seulement maintenant mais ce soir et demain! Oui, probablement, une coordination hospitalière au niveau régional est une idée intéressante! Je ne saurais trop vous mertre en garde néanmoins contre les difficultés qu'elle suppose, mais vous en êtes bien consciente. Le chemin est semé d'embûches. Il y a les élus, bien entendu, les directeurs d'hôpitaux et beaucoup d'autres.

J'ai beaucoup travaillé, il y a quelques mois, avec Philippe Douste-Blazy sur ces dossiers. Une autre voie est possible pour réformer notre système hospitalier. Elle passe par une réforme de son financement. Il s'agit d'aller vers un financement plus directement lié à l'activité médicale. Cette tarification par pathologie en quelque sorte doit constituer, selon moi, la première étape. En effet, un maire ou un directeur d'hôpital, qui aura une vraie responsabilité financière sera peut-être plus ouvert qu'aujourd'hui à une coordination qui doit cependant rester souple afin que chacun garde sa liberté.

Pour ce qui est de l'immédiat, c'est-à-dire de l'indispensable reconversion, voire parfois de la fermeture d'un certain nombre de lits, en public comme en privé, nous ne saurions refuser le débat tout en sachant qu'il faudra payer un peu aujourd'hui, pour payer moins demain, là où cela s'avérera nécessaire, grâce notamment au fonds de restructuration.

Pour ce qui est de la médecine ambulatoire, il aura fallu des mois pour trouver un accord sur la convention médicale. Celle-ci met en œuvre ce qui devrait être une véritable maîtrise médicalisée des dépenses.

Schématiquement, on peut dire qu'il y a quatre options possibles pour essayer de maîtriser les dépenses de santé. Il y a d'abord le système anglais du garde-barrière – le gate keeper – c'est-à-dire le point de passage obligatoire pour avoir accès au système de soins. Selon moi, les Français ne sont pas du tout prêts à accepter cette méthode.

Il y a ensuite l'enveloppe globale, à l'allemande. C'était l'idée qui sous-tendait le projet de loi Teulade, première version. Mais l'actuelle majorité, opposition de l'époque, a refusé cette méthode.

Il y a encore, mais on en a peu parlé dans cet hémicycle, le système utilisé aux Pays-Bas qui consiste à faire jouer la concurrence dans tous les sens, c'est le plan « Dekker-Simmons ». Il faudra peut-être un jour s'interroger sur les avantages et les inconvénients d'une telle méthode.

Enfin, il y a l'optimisation médicalisée que nous avons choisie. J'entends dire, ici et là, que c'est un dispositif complexe. C'est sans doute vrai. Je ne saurais cependant trop engager les médecins et le Gouvernement, et surtout les médecins, à apporter leur concours pour faciliter la mise en œuvre de ce dispositif. En effet, madame le ministre d'Etat, et vous le savez mieux que moi encore, si les propositions contenues dans la convention médicale n'apportaient pas les résultats escomptés, vous n'auriez d'autre recours que de nous proposer une méthode plus rude et beaucoup plus fondée sur l'économie que sur la médecine. Et vous connaissez notre point de vue sur ce sujet.

Comment jugerons-nous du succès de ce plan? J'avoue que je suis quelquefois un peu sceptique, madame le ministre d'Etat, lorsque je lis des engagements chiffrés car personne ne peut mettre en équation le résultat que l'on peut attendre des niéthodes proposées.

Un seule chose compte, me semble-t-il: l'observation, mois après mois, du taux de croissance des dépenses d'assurance maladie. Il est aujourd'hui aux alentours de

7 p. 100: ou bien la courbe s'incurve progressivement passant de 7 à 6,5, à 6, à 5,5, etc., et la méthode proposée est valable, donc valide; ou bien, après une légère décrue, la croissance repart comme dans le passé passant à 6,5, 6 pour remonter à 7, et la mécanique n'est pas opérationnelle.

Je conclurai cette brève intervention par trois questions.

La première porte sur l'allocation pour adulte handicapé. Le rapport de la Cour des comptes met en évidence le dysfonctionnement certain du mécanisme que vous avez fait voter il y a maintenant plusieurs années, mais il faut faire très attention de ne pas décrédibiliser une législation sociale parce qu'elle est, par moment, mal utilisée. Les grandes associations de handicapés avec lesquelles je me suis entretenu sont d'accord pour que nous revoyions le mécanisme, d'autant que le RMI apporte une solution là où il n'en existait pas auparavant.

Cependant, comment ne pas vous dire, madame le ministre d'Etat, monsieur le ministre délégué, que ce n'était manifestement pas dans la loi de finances que nous aurions dû placer l'article sur l'AAH, qui a d'ailleurs causé problème, vous le savez. S'il en fallait un second, il fallait l'y mettre. Si un débat était nécessaire avant de prendre une décision il fallait l'organiser, mais, pour ma part, je n'ai toujours pas bien compris pourquoi on avait inséré cet article dans la loi de finances.

La deuxième question porte sur l'allocation de rentrée scolaire. Nous sommes très nombreux sur ces bancs à approuver la décision gouvernementale en faveur des familles. On aurait pu, dès le début de l'automne, envisager que son coût soit pris en compte par la Caisse nationale d'allocations familiales. Vous le savez, il n'en a rien été. Le représentant du Gouvernement au conseil d'administration de la CNAF a même pris des engagements formels pour l'imputer sur le budget de l'Etat et non pas sur celui de la caisse d'allocations familiales. Je comprends certes le souci du ministère du budget de maintenir le déficit au niveau annoncé au printemps, mais en montant ainsi l'opération ne nuit-on pas à la crédibilité de l'engagement pris par le Gouvernement de budgéter les cotisations familiales, mesure que nous approuvons totalement. En effet, nous disons aux familles et à leurs représentants : « Nous budgétons, mais nous prenons l'engagement formel que cela ne réduira en aucune manière le total inscrit pour la famille. » (Exclamations sur les bancs du groupe communiste.)

La troisième question, enfin, concerne le déficit de la sécurité sociale pour 1994. Il sera rendu public le 14 décembre par la commission des comptes de la sécurité sociale, mais nous savons d'ores et déjà qu'il va tourner autour de 40 milliards de francs et que toutes les branches seront en déficit : la famille, la retraite et l'assurance-maladie.

M. Laurent Cathala. Bravo!

M. Jean-Yves Chamard. Pourquoi toutes? Tout d'abord en raison des répercussions l'année prochaine du fait que la masse salariale n'a jamais aussi peu progressé – 1 p. 100.

Je me permets de vous poser la question, madame le ministre d'Etat : que peut-on faire?

M. Jean-Claude Lefort. Ah oui!

M. Joan-Yves Chamard. Sur les dépenses de retraites vous ne ferez rien puisque nous avons voté une loi sur laquelle il n'est pas question de revenir.

Sur les dépenses de la famille, vous ne ferez pas grandchose non plus puisqu'un projet de loi sera présenté au printemps. On peut certes imaginer de privilégier certaines prestations; je pense à l'allocation parentale d'éducation pour la création de cette allocation de libre choix dont nous avons beaucoup parlé. Au total, j'imagine mal que vous puissiez réduire les dépenses de la branche famille.

La santé? Le dispositif que nous examinons aujourd'hui devrait permettre une moindre dépense d'environ 10 milliards de francs.

Tout cela démontre, me semble-t-il, l'urgence d'asseoir progressivement le financement de la sécurité sociale et singulièrement de l'assurance-maladie sur une autre base que l'emploi car, au-delà des difficultés financières, nous privilégions ainsi la machine sur l'homme.

Je milite – je me suis exprimé au printemps sur ce point – pour une TVA sociale qui prendrait progressivement en charge une partie du financement de la protection sociale.

Mme Muguette Jacquaint. Tout à fait! Mais qui la paierait?

- M. Jean-Yves Chamard. J'ai été très heureux d'entendre M. le Premier ministre dire la semaine dernière saus parler de TVA, de CSG ou autre méthode qu'il souhaitait que nous allions progressivement vers un autre mode de financement. Je crois que c'est tout à fait le sens dans lequel il faut aller.
 - M. Laurent Cathala. Sans baisser les cotisations!
 - M. Jean-Claude Lefort. C'est n'importe quoi!
- M. Jean-Yves Chamard. En conclusion, au-delà des aspects techniques, c'est bien un débat majeur sur l'organisation de notre système de santé que nous entamons. Sachez, madame le ministre d'Etat, monsieur le ministre délégué, que nous saurons refuser la facilité et que, au cours de l'examen des amendements et des articles, nous vous apporterons notte total soutien. (Applaudissements sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République et du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre.)

Mme Muguette Jacquaint. On l'avait bien compris!

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

M. Jean-Luc Préel. Madame le ministre d'Etat, vous avez eu raison d'intituler ce texte : « Projet de loi relatif à la santé publique et la protection sociale », et non DMOS, même s'il contient de nombreuses mesures diverses, quelque peu disparates, mais non négligeables et que nous approuvons.

Votre projet de loi comporte cinq points forts: la tuberculose, la prise en charge sanitaire des prisonniers, l'agence du médicament, la restructuration hospitalière et la convention médicale.

Dans le court laps de temps qui m'est imparti, je ne pourrai disséquer chacun de ces chapitres, mais j'y reviendrai au cours de la discussion des amendements.

Concernant la tuberculose, je vous félicite de vous préoccuper de sa recrudescence touchant une population souvent marginale, avec apparition de BK résistant. En réalité, ces souches sont heureusement exceptionnelles: 38 sur 5 000. Il n'en demeure pas moins qu'il vous faut être vigilant, améliorer la veille, la prophylaxie et le traitement. Le toilettage législatif que vous proposez, avec modernisation des dispensaires, est adéquat. Dans certains départements cependant les dispensaires ont disparu et sont remplacés par des conventions avec des établissements hospitaliers.

C'est à propos de la tuberculose que les sénateurs ont ouvert le dossier du dépistage du sida sur lequel nous sommes revenus à plusieurs reprises depuis ce matin. Ils ont saisi cette opportunité pour appeler l'attention et mettre chacun devant ses responsabilités. Avec d'autres, j'ai déposé un amendement de suppression de cette disposition, mais il n'est pas possible de clore ainsi le débat. En effet, cette maladie engage gravement la responsabilité de l'Etat, des médecins et la responsabilité individuelle. Il serait souhaitable de pouvoir en débattre sans passion et d'aboutir à des propositions claires. J'ai compris que c'est ce que vous aviez proposé.

Tout faire pour endiguer cette maladie, monsieur le ministre, c'est l'information, la fidélité et le préservatif, mais c'est aussi mettre en conformité la loi et la pratique, par exemple, en chirurgie, c'est protéger la personne lorsque le séropositif lui fait encourir un risque : conjoint, enfant à naître, prisonnier et personnel paramédical. Le rôle du législateur est de préserver la liberté, mais aussi de donner des indications claires. J'y reviendrai.

La prise en charge sanitaire des prisonniers est indispensable. L'état sanitaire moyen des 50 000 détenus est en effet inquiétant: 10 à 30 p. 100 de séropositifs, fréquence de la tuberculose, hépatites B et C, dépressions graves. Le fonctionnement actuel, malgré le dévouement et la compétence, n'est pas adapté. Vous proposez de faire entrer l'hôpital dans la prison pour assurer une prise en charge de qualité avec signature de conventions. L'Etat prendra à sa charge cotisations, ticket modérateur et forfait journalier. Vous en avez estimé le coût, monsieur le ministre, à 240 millions de francs. On peut craindre que ce chiffre soit largement sous-estimé. Il existe, en effet, aujourd'hui, une sous-médicalisation. La prise en charge hors budget global est donc indispensable.

Vous nous proposez une solution d'adaptation de la situation actuelle. Mais un problème fondamental demeure: la prise en charge réelle, dans des structures adaptées, des séropositifs en prison, des toxicomanes et des délinquants sexuels. Ne doit-on pas envisager de véritables « prisons-hôpitaux » ou peut-être des « hôpitaux-prisons »? Je ne sais quel terme est le plus adéquat.

Quatrième point fort de votre projet, votre désir d'accroître les moyens de l'administration pour imposer des restructurations hospitalières. J'y reviendrai lors de la discussion des articles. Mais, compte tenu du poids des hôpitaux – 48 p. 100 des dépenses de santé –, vous avez raison de vous préoccuper des lits excédentaires et de leur transformation en établissements pour personnes âgées dépendantes.

Nous devons prendre en compte un certain nombre de critères, en partie, contradictoires : la sécurité des malades et la qualité des soins d'abord ; la proximité et l'aménagement du territoire et l'emploi, mais aussi le coût pour la collectivité.

Vous disposez déjà de moyens législatifs pour aboutir à des restructurations; de nombreuses suppressions sont d'ailleurs déjà intervenues. Des schémas régionaux sont mis en place. Une large concertation doit être prévue. Les critères doivent être précis.

Pour ma part, plutôt qu'un renforcement des pouvoirs de l'administration, je serais favorable à une autonomie accrue des établissements, à une responsabilisation vraie des conseils d'administration. Dans la mesure où les collectivités seraient impliquées juridiquement et, au moins en partie, financièrement, elles demanderaient ellesmêmes les adaptations pour répondre aux besoins de la population et mettraient en place des coopérations et des réseaux.

Dernier point : les amendements proposés pour permettre la mise en œuvre de la convention médicale. Je salue votre volonté d'aboutir à une solution négociée et acceptée par la majorité des professionnels et des caisses. Nous nous engageons ainsi vers une maîtrise médicalisée des dépenses de santé. J'approuve, pour l'avoir réclamé depuis longtemps, le principe du dossier médical, propriété du malade, confié à un médecin, librement choisi, même si je regrette les réticences à l'étendre rapidement à tous. J'approuve le principe des références médicales, même si j'en vois les difficultés d'application et les biais possibles. Mais il existe, semble-t-il, une véritable volonté de la majorité des acteurs d'aboutir à une maîtrise médicalisée dans l'intérêt des malades, dans l'intérêt de tous; le refuser conduirait à demeurer spectateur impuissant de l'implosion annoncée de tout notre système de protection sociale. Tout n'est pas encore gagné. Nous devons être vigilants pour préserver la liberté des malades, la liberté des praticiens. Mais la liberté va de pair avec la responsabilité. Merci, madame le ministre. (Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et sur les bancs du Rassemblement pour la République.)

M. le président. La parole est à M. Yves Van Haecke.

M. Yves Van Haecke. Madame le ministre d'Etat, monsieur le ministre délégué, mes chers collègues, je reviendrai, à mon tour, sur la restructuration hospitalière et sur le sort des hôpitaux en zones rurales, les moins denses du point de vue démographique, en faveur desquelles je voudrais témoigner. En effer, il s'agit de maintenir, à proximité du malade, un service public de la santé exigeant sur le plan de la qualité des soins.

Je vous demande d'excuser mon inexpérience dans ce domaine : je ne suis pas un spécialiste de la santé, mais un humble membre de la commission de la production et des échanges quelque peu égaré dans ce débat.

Je ne viens pas avec un cahier de doléances. Je ne viens pas, avec sentimentalisme, plaider pour les campagnes. L'épreuve de restructuration, que vous imposez, est nécessaire et nous sommes à vos côtés, madame le ministre d'Etat.

Le préfet de ma région vient de publier le projet de schéma régional d'organisation sanitaire. L'émotion est grande et les motions pleuvent ! (Sourires.) Il y a quelques jours, on se demandait si l'hôpital de la ville dont je suis l'élu allait fermer. Dans un autre petit chef-lieu, mille personnes manifestaient leur crainte de voir disparaître l'hôpital. L'émotion est à ce point; elle est exagérée, bien entendu, ...

M. Jean-Claude Lefort. Pas du tout!

Mme Muguette Jacquaint. Ne vous excusez pas!

M. Yves Van Haecke. ... et laisse le champ libre à la démagogie. L'avantage, l'intérêt de cette publication est d'avoir débloqué la situation; le pavé dans la mare a fait que des médecins ou des maires qui ne se parlaient pas s'entretiennent de l'avenir de leur hôpital, de la restructuration qui est nécessaire et qui est donc engagée.

Mais, madame le ministre d'Etat, l'interprétation, qui est faite de la loi de 1991 est restée étroitement démographique et quantitative. Je peux en témoigner à partir du projet de schéma dont nous avons connaissance et de l'analyse qui en est faite. Les données sont interprétées de façon uniforme, qu'il s'agisse du cœur de Dijon ou du fin fond du Morvan; or, la situation n'est pas la même, même si la désertification continue. C'est peut-être là le

reflet d'une commission nationale de l'organisation sanitaire au sein de laquelle les représentants du corps hospitalier sont en majorité recrutés dans la région parisienne.

Je prendrai deux exemples : les urgences et les maternités.

Je suis tout à fait d'accord avec vous pour qu'un véritable SAU, selon les critères que vous avez fixés, assure la supervision des urgences sur une grande zone rurale, et que, par conséquent, les services d'urgences d'hôpitaux tels que ceux d'Avallon et de Tonnerre, pour ne pas les citer, soient placés sous le contrôle d'un SAU qui assure les transferts au mieux des soins à délivrer aux accidentés ou aux malades. Pourquoi ne pas aller au bout de cette logique en conservant des points d'appui plus importants que les seuls CAPS de petites villes, qui rayonnent sur vingt ou trente kilomètres de zone très rurale, et mettre en réseau les services rendus par les uns et les autres de manière à maintenir le niveau d'accueil et de soins, qui existe à l'heure actuelle?

S'agissant des maternités, les exigences sanitaires sont grandes. Faut-il les relever au point prévu par le schéma? Faut-il un plateau complet? Faut-il un service de réanimation auprès de maternités, sachant qu'il peut y avoir dix on quinze kilomètres entre un hôpital et une maternité?

N'est-il pas possible de réunir les services de maternité et de maintenir, avec des liaisons étroites, les services existants, évitant ainsi, comme pour les urgences, de renforcer les centres, au prix d'investissements importants qui pèseront sur les coûts de fonctionnement ?

J'ai dit « maintenir » en pensant à l'emploi, bien évidemment. En effet, le Gouvernement s'est engagé à maintenir l'emploi des personnels hospitaliers. Or, à partir du moment où des services actifs seraient appelés à évoluer, voire à disparaître, ce sont des médecins qui partiraient, des infirmières, les plus anciennes, qui quitteraient le centre hospitalier. Tout cela se traduirait finalement par un affaiblissement de ce qui fait l'ensemble du corps social d'une petite ville.

Madame le ministre d'Etat, j'ai déposé un amendement qui, pour donner le maximum de marge de manœuvre à votre administration, introduirait, à côté des seules données démographiques et de qualité de l'offre de soins qu'il faut prendre en compte dans le projet de schéma d'organisation régional, des données géographiques et économiques.

Madame le ministre d'Etat, monsieur le ministre, j'espère que vous avez compris le sens de mon appel. Je vous en remercie d'avance du fond du cœur. (Applaudissements sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Beaumont.

M. Jean-Louis Beaumont. Madame le ministre d'Etat, monsieur le ministre, mon intervention, très brève, se limitera à trois aspects de ce projet de loi : la lutte contre l'épidémie du virus de l'immuno-déficience humaine, cause du sida, les possibles atteintes à la vie privée et à la liberté des personnes que comporte la convention médicale que le Gouvernement vient d'approuver, et, enfin, le système général d'économie de la santé.

Monsieur le ministre, dans votre intervention au début de ce débat, vous nous avez annoncé que 32 000 cas de sida avaient été recensés à ce jour dans notre pays, et qu'il fallait compter un minimum de 100 000 séropositifs. Enrayer cette épidémie, telle est à l'heure qu'il est, me semble-t-il, le problème majeur de santé publique.

C'est pourquoi je me permets d'en reparler.

Ce problème domine ceux que posent la tuberculose et l'état sanitaire dans les prisons, bien plus - vous le savez, vous qui êtes médecin -, il en est l'une des causes, sinon la principale. En effet, d'une part, l'apparition de bacilles tuberculeux résistant aux antibiotiques qui justifie la vaccination par le BCG est observée chez les personnes atteintes du sida : d'autre part, l'état sanitaire de nos prisons est catastrophique, surtout parce qu'il y existe un risque majeur de diffusion du VIH: dans certaines d'entre elles, ou dans certaines parties d'entre elles, notamment dans la région parisienne, le taux de contamination reconnu est supérieur à 40 p. 100. Et ce risque, vous l'avez vous-même souligné, s'étend hors des prisons, puisqu'en une année, plusieurs dizaines de milliers de personnes y entrent ou en sortent. Non seulement celles qui entrent en prison peuvent être contaminées, mais celles qui en sortent, elles-mêmes contaminées, peuvent en infecter d'autres.

Or, s'agissant d'une population carcérale, la responsabilité de l'Etat est directement engagée dans la diffusion de l'épidémie. On ne peut donc renforcer la lutte contre la tuberculose et améliorer la santé dans les prisons sans renforcer d'urgence la lutte contre l'épidémie à VIH. Et j'emploie à dessein le mot que Mme le ministre d'Etat a elle-même utilisé dans son propos introductif: il est de la première urgence de renforcer la lutte contre le sida.

Je vous prie donc instamment, madame le ministre, d'instaurer un dépistage obligatoire de la contamination par le VIH dans les circonstances de la vie où cette contamination peut avoir des conséquences pour d'autres personnes que celle qui est directement concernée. J'ai redéposé un amendement allant dans ce sens – j'espère que vous le retiendrez en raison de l'urgence – qui prévoit que l'incarcération est un motif important pour procéder au dépistage. Un non-dépistage, s'agissant de personnes qui sont à sa garde, engagerait la responsabilité de l'Etat.

M. Jean Glavany. Cela vaut pour les fonctionnaires dans les lycées!

M. Jean-Louis Beaumont. Prenons l'exemple d'un jeune homme ou d'une jeune femme de dix-neuf ans, séronégatif avant son incarcération, qui en sort séropositif. Sachant ce que nous savons aujourd'hui, la responsabilité de l'Etat est engagée. De telles hypothèses nous mettent tous devant nos responsabilités. J'inviterai donc mes collègues à voter mon amendement pour prouver à la nation que nous portons intérêt à tous ses membres, y compris ses prisonniers, et que nous voulons les protéger.

Sur la nouvelle convention, deuxième point de mon intervention, je serai bref. Elle me semble porter atteinte au respect de la vie privée et de la liberté des personnes. Après avoir analysé tout ce qui touche aux dossiers de suivi médical, aux références médicales opposables, au lien entre le montant des dépenses et la révision des honoraires, dont je crains qu'il n'incite les médecins non pas seulement à faire des économies mais à ne plus faire ce qu'ils doivent faire, et aux juridictions administratives qui viendront se superposer aux juridictions ordinales, je me demande – et j'interroge le Gouvernement – si nous ne nous engageons pas dans un processus contraire aux libertés fondamentales inscrites dans notre Constitution.

M. Jean Glavany. Oh!

M. Jean-Louis Beaumont. Pour ce qui est des économies de dépenses de santé, il existe une autre piste que celles ouvertes par notre collègue M. Chamard: celle d'une redistribution des pouvoirs dans ce système. Il conviendrait, en particulier, de redonner aux personnes,

malades ou non, le pouvoir de gestion directe sur leurs biens de santé qu'on leur a arraché progressivement, ce qui nous a conduits là où nous en sommes. (Applaudissements sur quelques bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République.)

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

M. Pierre Hellier. Monsieur le président, madame le ministre d'Etat, monsieur le ministre, mes chers collègues, le projet de loi qui nous est aujourd'hui soumis est incontestablement bon puisqu'il devrait permertre d'assurer un bon fonctionnement du système de santé « à la française » – respect du paiement à l'acte et du libre choix du médecin par le malade, notamment – tout en instituant des mesures qui permettront d'arriver à une maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Chacun est conscient que seule la réussite de certe dernière disposition permettra de sauver notre régime de protection sociale et sa spécificité. Toutefois, quelques points dans ce projet de loi peuvent poser problème. Je

n'en évoquerai que deux.

En premier lieu, nos collègues sénateurs souhaitent rendre obligatoire le dépistage du sida pour les malades atteints de tuberculose. Or, dans ce cas, le test est déjà systématiquement proposé par le corps médical au patient. De ce fait, l'obligation semble inutile et même discriminatoire d'autant plus que le même texte prévoit seulement de proposer le dépistage aux détenus, alors que chacun sait qu'il s'agit là d'une partie de la population particulièrement exposée aux risques de contamination. J'estime donc nécessaire que le dispositif de dépistage soit renforcé lors des examens prénuptial, prénatal et préopératoire.

En second lieu, le dossier médical, élément essentiel de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, pourrait, à mon avis, soulever des problèmes. Je suis tout à fait favorable à l'institution de ce dossier qui reste sous la garde du patient et permet d'obtenir un reflet réel de sa pathologie. Ma position est du reste partagée par la plupart des Français, par les médecins et les organismes d'assurance maladie en particulier.

Pourtant, de nombreux risques existent. J'en évoquerai deux : un risque de pression et de discrimination notamment au moment de l'embauche, et un risque de violation du secret médical notamment en cas de perte du document.

Mme Muguette Jacquaint. Très bien!

M. Pierre Hellier. En effet, lors des entretiens préalables à toute embauche dans une entreprise, qui pourra empêcher l'employeur potentiel ou son responsable du recrutement de demander, peut-être avec innocence, la communication du dossier médical? La peine prévue à l'encontre de tous ceux qui tenteraient d'en prendre connaissance sera-t-elle dissuasive? Qui pourtait apporter la preuve de cette demande, hormis le demandeur d'emploi? Cela fait peser sur lui une charge impossible.

Nous ne serons jamais à l'abri d'accusations – même non fondées – de la part des demandeurs d'emploi, pas plus que nous ne pourrons empêcher un employeur potentiel de fonder son refus d'embaucher une personne sur la non-présentation du document sollicité.

Si le dossier médical, les références opposables et le codage des actes sont absolument nécessaires pour parvenir à une maîtrise médicalisée des dépenses de santé et en éviter la maîtrise comptable qui serait, à n'en pas douter, la pire des solutions pour les patients et les médecins, il n'en subsiste pas moins un risque important pour le

secret médical. Nous devons être particulièrement vigilants à toutes dérives éventuelles qui pourraient s'instaurer quant à la communication de ce document. Toute violation du secret médical pourrait entraîner une perte de confiance et, à l'extrême limite, le refus par certains patients de se soigner.

Mes remarques visent simplement à appeler votre attention, madame le ministre d'Etat, sur les risques de violation du secret médical qui, je vous le rappelle, est absolu et sur le fait que ce risque découle à la fois de l'existence du carnet de liaison et des modalités de sa

communication.

En dépit de ces réflexions que je souhaitais porter à votre connaissance, je vous assure, madame le ministre d'Etat, monsieur le ministre délégué, de mon entier soutien à ce projet de loi relatif à la santé publique et à la protection sociale. (Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République.)

M. le président. La parole est à Mme Elisabeth Hubert, dernier orateur inscrit.

Mme Elisabeth Hubert. Comme tous les textes de cette nature, le projet de loi qui nous est soumis est dense et contient des dispositions très diverses. Je me contenterai de présenter quelques remarques sur des points qui y ont été introduits sous forme d'amendements ou qui ont un

rapport connexe avec lui.

S'agissant de l'amendement adopté par le Sénat tendant à rendre obligatoire le dépistage du sida pour les tuberculeux, nous partageons assez largement sur ces bancs le sentiment que cette disposition non seulement est inefficace mais aussi extrêmement dangereuse. Je me sens d'autant plus autorisée à tenir de tels propos qu'il y a deux ans, j'avais moi-même déposé un amendement préconisant l'obligation de dépistage en deux occasions, celles des examens prénuptiaux et prénataux, pour la raison simple que ces deux examens comportent déjà un dépistage obligatoire de la syphilis – qui existe encore, certes – et qu'il était paradoxal qu'il n'y en eût point pour une maladie en plein développement. Tant sur le plan médical, philosophique et politique, cette mesure me paraît aujourd'hui inutile.

A propos du dossier médical, vous avez déposé, madame le ministre d'Etat, un amendement que nous examinerons ultérieurement. Le dossier médical est un élément important dans la conception que nous avons de la nécessaire rationalisation des dépenses de santé et d'assurance maladie. Mais ce n'est pas le seul remède. Il devra s'insérer dans un dispositif beaucoup plus complexe, qui devra associer les usagers - ce qui est déjà fait en partie avec les mesures que vous avez prises avant l'été -, les caisses d'assurance maladie et l'ensemble des autres professions de santé. Il faut traiter le problème globalement. En effet, un certain nombre de professions sont dépendantes des prescriptions des médecins. Vouloir, à juste titre, rationaliser les prescriptions, de quelque nature qu'elles soient, n'est donc pas sans consequence sur elles. Nous aurons l'occasion de reparler, au moment de l'examen de la loi quinquennale sur la protection sociale, de cette nécessité d'une approche large.

Par ailleurs, le codage des actes et des pathologies, qui est directement lié au dossier médical, avait fait l'objet, il y a un an d'un très grand débat lors de la discussion du projet proposé par votre prédécesseur. Ce que nous rappelons aujourd'hui avait déjà été évoqué à savoir le respect du secret médical et la nécessité d'associer les professions de santé – d'autant que c'est dans le cadre de cette loi qu'ont été créées les unions professionnelles – à ce

codage, afin que ces professionnels ne soient pas seulement ceux qui transmettent les données mais qu'ils participent également à leur gestion. Les unions professionnelles ont d'ailleurs, au nombre de leurs missions, l'évaluation des pratiques médicales. Il serait logique de transmettre ces données aux organismes représentatifs des médecins et des professions de santé au sens large, pour qu'elles soient convenablement exploitées dans le but d'obtenir de durables changements de comportements.

Sur l'amendement relatif à France-Transplantations, je déposerai des sous-amendements. Non que je conteste son objectif auquel j'adhère totalement. Il est on ne peut plus légitime que l'Etat exerce son contrôle sur une mission qu'il ne saurait fuir. J'appelle néanmoins l'attention sur un point. Si une liste nationale est instituée, c'est pour remédier à des abus dont il ne faut pas oublier qu'ils ont été extrêmement marginaux par rapport à l'ensemble des greffes mais qui ont eu un trop grand retentissement. On peut craindre, en effet, des déviances et de mauvaises interprétations. La constitution de la liste nationale, telle qu'elle est prévue dans le projet, peut nous fermer à des possibilités de greffes en période aiguë. Ainsi une hépatite fulminante peut nécessiter une greffe de foie. De la même façon, le traitement des brûlés, des irradiés ou de malades atteints d'aplasie médullaire peut exiger en urgence une greffe de moëlle. Nous ne sommes pas assurés que l'amendement qui nous est proposé nous le permettra.

J'évoquerai, en dernier lieu, un problème qui ne figure pas dans le projet, celui des alternatives à l'hospitalisation. Aujourd'hui, en vertu de la loi pertant réforme hospitalière, nous sommes engagés dans un processus d'autorisations mais, auparavant, une mesure transitoire avait instauré un épisode de déclarations qui devaient permettre à

des structures existantes d'être avalisées.

M. le président. Veuillez conclure, madame Hubert, vous avez dépassé votre temps de parole.

Mme Elisabeth Hubert. L'article 24 de la loi qui était, sur ce point, assez claire a été suivi d'un décret d'application qui ne prêtait guère non plus à confusion. En revanche, un arrêté de votre prédécesseur en date du 12 novembre 1992 est beaucoup plus restrictif et impose des normes telles que des structures qui auraient dû relever de la déclaration font l'objet, en contradiction avec le texte de loi, d'autorisation ou de refus d'autorisation. Si je soulève ce problème, c'est parce qu'il nous arrive à tous sur ces bancs d'être interpellés à ce propos. Il importe donc d'être vigilant et d'apporter des modifications. (Applaudissements sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République et du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre.)

M. le président. La discussion générale est close.

Aucune motion de renvoi en commission n'étant présentée, le passage à la discussion des articles du projet de loi dans le texte du Sénat est de droit.

Je rappelle qu'à partir de maintenant peuvent seuls être déposés les amendements répondant aux conditions prévues aux alinéas 4 et suivants de l'article 99 du règlement.

La parole est à Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville.

Mme Simone Veil, ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Mesdames, messieurs les députés, permettez-moi de vous remercier pour la qualité et la pertinence de vos interventions qui, toutes, ont enrichi notre débat. Elles font suite à l'important travail accompli tant par la commission des affaires sociales de

votre assemblée que par la Haute assemblée. Je me réjouis que le texte du Gouvernement ait pu être ainsi amélioré sur de nombreux points er que la représentation nationale soit étroitement associée à la solution de problèmes cruciaux qui engagent l'avenir de notre politique de santé et de notre protection sociale.

Pour l'essentiel, l'Assemblée nationale partage, me semble-t-il, les objectifs du Gouvernement et rejoint sa volonté d'aller vite pour faire face aux urgences.

Je vais maintenant tenter, avec M. le ministre de la santé, de répondre rapidement aux principales interrogations et observations exprimées par les différents orateurs.

En premier lieu, je répondrai aux observations présentées par M. Malhuret sur les tests de dépistage du sida. Il importe d'évoquer ce problème d'abord parce qu'il suscite une grande émotion dans notre pays, mais aussi parce qu'il s'agit de l'un des problèmes de société que nous n'avons pas le droit d'éluder. Je remercie tous ceux qui l'ont abordé et tous ceux qui ont convenu avec nous – en particulier M. le président et M. le rapporteur de la commission – qu'il n'y avait pas lieu d'en discuter pendant le présent débat et qu'il valait mieux en traiter au printemps dans le cadre d'un débat d'ensemble avec la sérénité nécessaire et en disposant de l'information indispensable pour l'aborder sous toutes ses faces.

M. Malhuret a voulu replacer cette question dans une vision humaniste de la société. Il nous a adressé une mise en garde, je l'en remercie. Qu'il sache bien que nous sommes tout à fait conscients, M. le ministre de la santé et moi-même - et nous rejoignons sur ce point le sentiment de la plupart d'entre vous - de la gravité avec laquelle il faudra engager le débat. Nous ne devrons pas, nous en sommes bien d'accord, nous engager à légiférer aujourd'hui sur cette question à propos de laquelle nous serons écoutés artentivement à l'extérieur de cette enceinte. On ne légifère certes pas pour savoir ce qu'en dira la presse. Mais, en l'occurrence, c'est bien autre chose qui est en cause, un problème qui interpelle trop sérieusement les jeunes tout particulièrement concernés, les malades mais aussi les médecins qui les prennent en charge, et leurs proches, un problème que nous ne pouvons pas envisager à la légère.

Je tiens à remercier également Mme Hubert, dont l'intervention m'a particulièrement touchée car, bien que n'étant pas médecin, j'ai été tentée il y a quelques années de réagir comme elle et je me suis demandée pourquoi le test était obligatoire pour la syphilis au cours de l'examen prénuptial et de l'examen prénatal, mais pas pour le sida. Cela dit, je me demande si nous ne devrions pas revoir nos règles de santé publique...

Mme Elisabeth Hubert. Tout à fait!

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. ... à la lueur de l'évolution de la situation de nombreux couples et de la société en général, mais je remercie Mme Hubert d'avoir posé la question en ces termes.

Vous avez dit, monsieur Chamard, que c'était un texte important. Oui, c'est un texte très important, sur des sujets importants qu'il y avait urgence à traiter en ce qui concerne la protection sociale, et je vous remercie de l'avoir souligné aussi clairement, aussi bien en répondant à la question préalable que dans votre intervention dans la discussion générale.

Naturellement, il s'agit d'un texte important par le progrès qu'il apporte et non par les reculs de civilisation qu'il entraînerait, comme l'a prétendu à deux reprises M. Lefort. Monsieur Lefort, il ne s'agit pas de reculs de

civilisation quand on prend des mesures dont la plupart sont des mesures de grande protection, et qui, surtout, permettent de préserver l'avenir de la protection sociale pour tous les Français, notamment de l'assurance maladie. (Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française es du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République.)

M. Jean-Claude Lefort. Non, madame!

Mime le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Il est inadmissible de faire croire aux Français que l'on peut continuer à augmenter chaque année de 5 ou 6 p. 100 les dépenses de santé sans mettre en cause l'avenir du système. C'est totalement démagogique!

Nous sommes déjà, en Europe, le pays qui dépense le

plus pour sa santé...

M. Paul Mercieca. Pour les équipements militaires aussi!

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. ... sans que, pour autant d'ailleurs, semble-t-il, l'espérance de vie soit plus grande. Nous sommes le deuxième pays au monde pour le coût de la santé. Nos dépenses n'ont cessé d'augmenter, et il faut maintenir le système, avec la même qualité, mais sans tolérer les gaspillages. (« Très bien! » sur plusieurs bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre.)

Si le texte est un fourre-tout, je l'ai reconnu moimême – il contient effectivement des mesures très diverses –, c'est pour éviter d'avoir à présenter au moins cinq petits projets de loi différents, alors que l'ensemble a tout de même une certaine cohérence.

Il s'agit notamment, monsieur Cathala, de remédier à

un certain nombre d'imperfections juridiques.

Si nous avons dû intervenir sur la médecine pénitentiaire, c'est parce que le décret qui avait été préparé manquait de base légale. Nous avons suivi l'approche de mon prédécesseur, mais nous avons simplement voulu que des textes importants ne soient pas mis en cause. Il fallait un texte législatif et pas un simple décret!

M. Laurent Cathala. Je n'ai pas dit le contraire!

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Peut-être, mais vous nous avez dit que ce texte était un fourre-tout.

De même, en ce qui concerne l'agence du médicament, le système qui avait été adopté était bâtard, et c'est l'occasion pour moi d'expliquer pourquoi nous proposons de modifier le texte du gouvernement précédent. J'aurais compris que l'on prévoie un organisme scientifique, avec un conseil scientifique qui prenne toutes les décisions. Or tel n'est pas le cas. C'est un directeur administratif, puisque c'est un fonctionnaire nommé par le gouvernement, qui, après une simple consultation du conseil scientifique, devait prendre des décisions aussi importantes que des autorisations de mise sur le marché ou, pis encore, des retraits du marché de médicaments ou de tels ou tels réactifs. Ce n'est pas acceptable. Ce sont des responsabilités qui doivent être prises soit par un conseil scientifique, soit par le ministre. C'est la raison pour laquelle nous sommes intervenus.

De même, si nous devons intervenir à propos de la convention médicale, c'est parce que vous n'avez pas pu la faire adoprer. Or nous avons besoin de toute urgence d'une base légale pour protéger le secret médical dont il a été très largement question ici, et en matière de dossier médical puisque la convention ne pouvait naturellement pas imposer aux usagers d'avoir un dossier médical.

Enfin, nous avons dû supprimer les autorisations tacites, mais beaucoup d'entre vous, je le sais, sont ancore hésitants sur ce point. L'administration, en effet, n'a pu empêcher certaines pratiques et des autorisations tacites ont été accordées parce qu'on a laissé passer les délais.

Voilà un certain nombre de raisons pour lesquelles nous avons un texte divers, éparpillé, « fourre-tout » si l'on veut, qui, en tout cas, était urgent, ne serait-ce que pour apporter ces corrections. Il s'agit de sujets importants et je me réjouis de penser que nous avons remis de l'ordre dans ces différents systèmes et que nous pouvons maintenant aborder la politique de santé dans de meilleures conditions, pour prendre des mesures de fond qui permettront réellement de maîtriser les dépenses de santé, avec une perspective médicale.

Tout d'abord, en ce qui concerne l'hôpital et les restructurations hospitalières, dont beaucoup d'entre vous se sont préoccupés, Mme Bachelot et M. Muselier ont évoqué le fonds de restructuration nécessaire à la mise en œuvre de la politique hospitalière que le Gouvernement entend conduire. Ce fonds a été d'ores et déjà prévu par une convention entre l'Etat, l'assurance maladie et la profession, et les discussions sont dès maintenant engagées pour sa mise en place. Je veillerai à ce qu'elles aboutissent rapidement.

M. Muselier s'est félicité du projet d'amélioration de la tarification hospitalière. M. le ministre délégué vient de lancer dans la région Languedoc-Roussillon une expérimentation dont nous attendons beaucoup.

M. Chamard pense que l'amélioration de la tarification hospitalière est en fait la priorité, et que la question du financement doit devancer celle de la planification. Pour ma part, je pense que cela doit être fait parallèlement. Nous n'avons plus le remps d'attendre. Vous connaissez le déficit prévisible de l'assurance maladie, faute de rentrées suffisantes, mais également parce que les dépenses de santé, même s'il y a une inflexion dans la courbe, augmentent beaucoup plus que le PNB. Ce n'est pas tolérable pour l'avenir du système!

Nous devons donc agir le plus rapidement possible et, comme nous nous y sommes engagés, à la fois pour la médecine de ville et pour les dépenses hospitalières, puisque nous avons déjà pris les mesures concernant les consommateurs. Pour la médecine de ville, c'est la convention, c'est le dossier médical. Pour la médecine hospitalière, nous ne pouvons pas rester inactifs. Il faudra un certain temps pour avoir les résultats des expériences que j'ai évoquées et mettre en place l'évaluation médicale. Aujourd'hui, c'est la restructuration, c'est une meilleure planification qui doit nous permettre à la fois d'améliorer la réponse médicale aux exigences de santé publique de tous les consommateurs, et de faire preuve d'une plus grande rigueur économique. C'est la raison pour laquelle nous engageons en même temps la réforme du financement et la restructuration hospitalière.

M. Charles se demande si la restructuration hospitalière n'aura pas un caractère trop technocratique. M. Muselier s'est inquiété également de la méthode qui sera utilisée sur le plan régional. Nous sommes tout à fait résolus à ne pas nous laisser enfermer dans la technocratie et il n'est pas question non plus que les établissements hospitaliers et les élus locaux ne puissent pas se faire entendre. C'est dans la plus large concertation que nous procéderons à ces restructurations, en renant compte de toutes les contraintes dues à la configuration de chaque hôpital. Par ailleurs, c'est bien plus par une organisation de réseaux que par une concentration que nous pensons aborder le preblème de la régionalisation. Nous avons

déjà une administration importante, qui peut servir parfaitement ces restructurations que nous souhaitons voir se consolider.

Cependant, même si la concertation est la plus large possible et même si nous ne souhaitons pas prendre des décisions autoritaires qui ne seraient pas comprises, nous devons tenir compte de questions de santé publique qui ne sont pas toujours suffisamment perçues, et, monsieur Van Haecke, je ne partage pas toutes vos appréhensions concernant la fermeture de certaines maternités.

Tous les rapports qui ont été faits, par les plus éminents professeurs, et récemment encore, vont dans le même sens, et c'est également le point de vue des praticiens de certaines de ces petites maternités, des gynécologues qui d'ailleurs, le plus souvent, ne veulent même plus s'y rendre: pour des raisons de sécurité, nous ne pouvons pas tolérer dans notre pays de très petites maternités. C'est une obligation vis-à-vis des femmes qui y accouchent.

Mme Elisabeth Hubert. Tout à fait!

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la canté et de la ville. Il y a eu dans le passé et encore récemment beaucoup trop d'accidents dont les mères ont été victimes mais plus encore les enfants. On sait très bien, quand on visite des établissements pour handicapés, que, si certains enfants sont handicapés, c'est parce que l'accouchement a eu lien sans que les conditions indispensables de sécurité aient été réunies. Dans ces conditions, même s'il y a un hôpital plus important à une vingtaine ou à une trentaine de kilomètres, il est souvent trop tard. Dans tous les pays, toutes les enquêres aboutissent aux mêmes conclusions: on ne peut pas laisser subsister de trop petites maternités.

Il en est de même pour les urgences. Le rapport de M. Steg est tout à fait clair: il faut avoir plusieurs réseaux d'urgences. Dans certains cas, on peut répondre à proximité, mais, pour les urgences lourdes, il faut des centres plus spécialisés dans lesquels les malades ou les accidentés sont conduits grâce à routes les formules du Samu. L'exigence de santé publique est plus importante que la proximité géographique, d'autant que l'on se rend facilement aujourd'hui à vingt ou trente kilomètres de son domicile pour d'autres activités.

Dans certaines des localités où se trouvent ces structures hospitalières, les hôpitaux ruraux notamment, il y a des problèmes pour assurer la prise en charge des personnes âgées ou répondre à certaines demandes à caractère social. Il n'est donc pas question que tous ces établissements soient fermés purement et simplement. Ils seront donc transformés le plus possible, en services de long séjour ou en établissements à caractère social.

Pour M. Lefort, nous sacrifions la santé publique lorsque nous imposons à une femme de faire quinze à vingt kilomètres pour aller accoucher. C'est une décision que j'assume complètement. C'est avant tout une obligation vis-à-vis des femmes et, d'ailleurs, elles le savent très bien. S'il n'y a plus beaucoup de feinmes qui accouchent dans ces petites maternités, c'est parce qu'elles savent très bien qu'elles n'y ont pas les garanties suffisantes.

Mrne Elisabeth Hubert. Tout à fait!

M. Jean-Claude Lefort. Il faut renforcer la sécurité!

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Comment voulez-vous renforcer la sécurité quand il y a quatte-vingts ou cent accouchements par an, que les médecins n'ont même pas l'expérience nécessaire? Les médecins gynécologues ne veulent pas rester dans un hôpital où ils font un accouchement

tous les trois jours! On ne peut pas prévoir le moment où aura lieu l'accouchement, et il est difficile de téléphoner au gynécologue accoucheur pour lui dire de venir vite alors qu'il est à trente kilomètres. Ça me paraît une évidence qui est admise d'ailleurs dans tous les pays.

M. Denis Jacquat. C'est juste!

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Un autre point a longuement retenu l'attention de beaucoup d'entre vous, c'est le dossier médical. Certains, notamment, se sont inquiétés de savoir si le secret médical serait protégé et qui tiendrait ce dossier médical.

Ainsi, M. Foucher s'est inquiété pour la liberté de choix du médecin. C'est un point fondamental et il ne saurait être question, je vous rassure, de supprimer le libre choix du médecin par son malade. C'est l'une des bases de la relation de confiance entre le praticien et son patient. C'est un garant de qualité pour notre système de soins.

Rien n'empêchera un consommateur de soins de demander son dossier à son généraliste pour aller consulter un autre. Il faut simplement que le dossier assure la continuité des soins, y compris à l'hôpital. Il permettra d'avoir une vision globale de l'ensemble des soins dispensés à un patient et il est évident que le médecin généraliste a une vocation naturelle pour tenir ce dossier et coordonner les soins dispensés. Cette mesure contribuera à renforcer le rôle de médecin de famille du généraliste.

Quant au secret médical, vos craintes, monsieur Beaumont, monsieur Hellier, me paraissent vraiment très excessives. Nous avons suivi toutes les observations du conseil de l'ordre. Des sanctions lourdes sont prévues dans le cas où ce secret ne serait pas respecté.

Cela dit, le problème se pose très souvent dans la vie. Il est arrivé que certains secrets soient révélés par imprudence, par des propos tenus peut-être un peu légèrement par tel ou tel, quelquefois par des révélations faites dans la presse, mais cela n'était dû en rien au fait que le dossier ait circulé entre des personnes astreintes au secret professionnel.

Quant aux employeurs ou aux compagnies d'assurance, si l'on pense qu'ils peuvent contraindre quelqu'un à fournir un tel document, je ne vois pas pourquoi ils ne pourraient pas l'obliger à subir des examens médicaux complets, qui seraient tout aussi révélateurs. Je crois donc que c'est un faux procès qui est fait en l'espèce, dès lors que nous avons pris toutes les précautions pour que le secret professionnel soit parfaitement respecté.

Les Français d'ailleurs, pourtant très sensibles à la liberté de choix et au respect du secret médical, sont très majoritairement favorables à la tenue d'un dossier médical.

Si nous avons étalé dans le temps sa mise en œuvre, c'est pour des raisons pratiques. Je tiens à le dire à M. Sarre qui s'est inquiété de l'universalité et du principe d'égalité. Nous en sommes tout à fait conscients et nous ferons tout pour l'appliquer.

Nous avons choisi les cibles en accord avec les médecins mais aussi en discutant avec tous ceux qui peuvent être concernés. Il nous a paru important de retenir d'abord les gens qui souffrent du plus grand nombre d'affections et qui ont besoin que les soins soient coordonnés. L'enfant a d'ailleurs déjà un carnet de santé.

Il aurait été beaucoup moins intéressant d'avoir des gens qui ne vont que très rarement chez le médecin, ce justifiée pui est le cas pour une grande partie de ceux qui ont d'activité.

entre vingt et cinquante ans, sauf lorsqu'ils ont déjà une pathologie lourde, mais cette dernière est alors très souvent prise en charge au titre de la longue maladie.

J'ai relevé que M. Sarre a reconnu qu'il s'agissait d'un « dossier médical », alors que M. Cathala s'est obstiné à en parler comme d'un « carnet de liaison ».

Monsieur Cathala, ce n'est pas très sérieux! Ce « dossier médical » est exactement ce que, dans le passé, certains de vos prédécesseurs ont essayé de mettre en place sans y parvenir, et je comprends que cela vous gêne. Il sera très attentivement étudié et il remplira parfaitement le rôle précis qui lui sera dévolu.

Quoi qu'il en soit, votre formule m'a amusée...

M. Jean Glavany. C'est toujours ça de pris!

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Sans doute vous êtes-vous donné beaucoup de mai pour la trouver !(Sourires.) C'est faire preuve de superficialité que de réduire le dossier médical à un gadget ! Mais je reconnais que votre formule était plutôt amusante...

M. Jean Glavany. Finalement ...

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. ... alors qu'il s'agit d'unc importante avancée structurelle.

Vous m'avez posé une question, sérieuse celle-là, sur la prise en charge, ar le budget de l'Etat de l'allocation de rentrée scolaire. Vous vous demandez – la même inquiétude a été très largement exprimée par les médias – si le Gouvernement tiendra ses engagements concernant la prise en charge de cette allocation par le budget de l'Etat. N'entend-on pas dire que cette prise en charge serait assurée par la sécurité sociale elle-même?

M. Sarkozy, ministre du budget, a reçu ce matin M. Jean-Paul Probst, président de la Caisse nationale des allocations familiales, pour évoquet cette question. A l'issue de cet entretien, il a confirmé que le budget de l'Etat couvrira cette dépense en liaison avec l'opération de reprise de dettes de la sécurité sociale par l'État.

M. Jean-Yves Chamard. Très bien!

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. De ce fait, l'ACOSS créditera bien le compte de la CNAM de la somme correspondant au montant de la majoration de l'allocation de rentrée scolaire, et cette somme s'ajoutera au montant de la dette accumulée par le régime général au 31 décembre 1993. Il n'y a donc aucune inquiétude à avoir sur ce point.

M. Jean Glavany. Sauf pour M. Sarkozy!

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. J'apporterai quelques assurances à M. Bernard Charles et à M. Foucher qui se sont l'un et l'autre inquiétés de textes sur la dépendance. Nous travaillons très activement à l'élaboration d'un projet qui devra vous être soumis lors de la prochaine session de printemps.

S'agissant de la bioéthique, un texte devrait être examiné lors de la session extraordinaire de janvier 1994.

Mme Bachelot s'est préoccupée de l'application de l'article 52 de la loi de finances concernant l'allocation aux adultes handicapés. Nous préparons une circulaire prévoyant que les malades du sida ne devront évidemment pas être touchés par la mesure. Nous étudions la façon de l'intégrer dans des dispositions générales qui ne pénaliseraient pas ceux pour lesquels cette allocation est justifiée parce qu'ils ne peuvent réellement pas exercer d'activité.

En conclusion, je tiens à remercier tous les inter-

Après que M. le ministre délégué à la santé aura répondu aux questions qui lui ont été posées, nous aborderons la discussion des articles, au cours de laquelle, je le souhaite, nous pourrons encore améliorer le texte adopté par la Haute Assemblée. (Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République.)

M. le président. La parole est à M. le ministre délégué à la santé.

M. Philippe Douste-Blezy, ministre délégué à la santé. Monsieur le président, mesdames, messieurs les députés, le débat sur le dépistage obligatoire du sida a été lancé avec solennité au Sénat il y a quelques semaines. Depuis lors, la discussion s'est élargie et approfondie dans le pays, dans les médias et ici même, depuis ce matin. Elle y a gagné en sérénité, ce dont je ne peux que me réjouir, car il s'agit – nous le savons tous – d'un problème grave, sans doute de l'un des plus graves qui se posent à la société française.

Permettez-moi de vous indiquer les raisons pour lesquelles je me suis opposé à l'amendement du Sénat visant à instaurer le dépistage obligatoire du VIH pour les personnes atteintes de tuberculose et pourquoi, d'une manière générale, je suis opposé à toute mesure de dépistage obligatoire.

M. Laurent Cathala. Très bien!

M. le ministre délégué à la santé. Je suis en effet intimement persuadé que le dépistage obligatoire serait inefficace, impraticable et dangereux.

Il serait inefficace: tous les spécialistes le savent, et M. Malhuret l'a rappelé, la sécurité apportée par un test réalisé à un moment donné ne serait ni durable ni absolu compte tenu du délai de séroconversion. La sécurité ne peut résulter que de la responsabilité individuelle, de la responsabilité de chacun d'entre nous vis-à-vis d'autrui.

Il serair inefficace car quel est le médecin en France qui, confronté aujourd'hui à un patient atteint de tuberculose ou d'une pathologie infectieuse grave, ne pratique pas le test du VIH? Aucun! C'est un élément de diagnostic, un élément de bonne pratique médicale et il n'est nul besoin de légiférer pour imposer ce qui se fait déjà dans le respect des règles déontologiques.

Le dépistage systématique serait impraticable: faudrait-il faire le test tous les trois jours, toutes les semaines, tous les mois? Pour toutes les pathologies infectieuses? Et pourquoi pas pour la grippe?

Il serait, enfin, dangereux, pour deux raisons au moins, et d'abord parce qu'il existe un impératif catégorique, un devoir absolu : la préservation de la relation médecinmalade. Cette relation repose sur la confiance du malade et sur la conscience du médecin. Cette relation est la pierre angulaire de notre médecine. Hors d'elle, aucune solution n'est concevable. C'est précisément parce que cette maladie terrible affecte spontanément, et de manière profonde, la relation médecin-malade, qu'il faut tout faire pour la préserver.

Permettez au médecin que je suis de le dire, je ne crois pas que la loi doit entrer, un peu comme par effraction, dans le cabinet du praticien. Ayons, nous aussi, sur qui pèse la responsabilité de faire la loi, le courage de faire confiance, de faire confiance au colloque singulier entre le médecin et le malade, qui est aussi vieux que la médecine occidentale et qui constitue le plus solide rempart contre toutes les dérives.

Le dépistage obligatoire serait aussi dangereux pour une autre raison : il serait dangereux non seulement sur le plan individuel, mais aussi sur le plan collectif.

Nous sommes confrontés à un problème sanitaire grave, ai-je dit. Alors, ne nous laissons pas entraîner sur le terrain sécuritaire! De la destruction de la confiance à la contrainte, il n'y a qu'un pas, et il n'y a qu'un pas de la contrainte à la logique de ségrégation, de discrimination et – pourquoi pas? – d'enfermement. De cela, je ne veux pas. Je suis sûr, mesdames, messieurs les députés, que vous ne voulez pas non plus pour nos malades, pour nos concitoyens, de cette terrible discrimination!

Cette horrible épidémie aura au moins été l'occasion de nous faire tous réfléchir sur l'articulation de la liberté individuelle et de la responsabilité sociale et de nous rappeler des évidences que nous avions trop souvent désapprises, en particulier celle-ci : le risque de la maladie est aussi et peut-être avant tout l'affaire de l'individu.

Oui, je suis favorable à un débat sur la lutte contre le sida, et en particulier sur la prévention. Je suis sûr que, dans ce débat, l'éthique, la liberté et la responsabilité seront au rendez-vous. (Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République.)

En ce qui concerne la médecine pénitentiaire, vous avez eu reison, monsieur le rapporteur, de mettre en lumière la mauvaise connaissance épidémiologique de la situation sanitaire des détenus. C'est pourquoi nous organisons actuellement le recueil des informations sanitaires. Une étude de faisabilité concluante ayant été menée par l'observatoire régional de la santé de la région Provence-Alpes – Côte d'Azur, nous travaillons à la généralisation du dispositif. (« Très bien! » sur plusieurs bancs du groupe du Rassemblement pour la République.)

Néanmoins, les nombreuses études ponctuelles nous donnent un reflet suffisant de l'extrême détérioration de l'état sanitaire des détenus.

Monsieur le rapporteur, vous avez également exprimé, comme Mme Bachelot, le souhait que la prise en charge des détenus s'effectue au sein même des établissements pénitentiaires et le moins possible par l'intermédiaire d'hospitalisations. Je tiens à souligner que c'est l'esprit même de la réforme. Si son objectif principal est d'assurer la continuité des soins, c'est par l'intervention d'équipes hospitalières à l'intérieur même des prisons, en limitant ainsi les hospitalisations aux cas où elle est réellement indispensable. S'il a été fait appel aux hôpitaux, c'est qu'ils se sont révélés les seuls capables d'assurer cette continuité des soins. Mais, à l'évidence, les personnels de santé, infirmières et médecins, qui travaillent actuellement dans les prisons et dont je tiens de nouveau à saluer le courage et le dévouement, pourront, s'ils le désirent, continuer leur action. Le Gouvernement a d'ailleurs déposé un amendement qui vise à donner ce choix au personnel infirmier.

Monsieur le rapporteur, vous avez, comme M. Bernard Charles, exprimé vos craintes quant à l'absence de mesures concernant les médecins exerçant dans les établissements pénitentiaires. Mais, pour les médecins, aucune disposition spécifique n'est nécessaire. En effet, tout médecin libéral dispose de trois possibilités pour participer à la prise en charge des détenus par l'intermédiaire de l'établissement hospitalier avec lequel il a passé convention: soit devenir contractuel de cet hôpital, soit encore obtenir des vacations hospitalières, soit enfin concourir sur un poste de praticien hospitalier à temps partiel. Un tel dispositif assure la souplesse nécessaire.

Vous avez posé, monsieur Bernard Charles, le problème du financement de la réforme. Je vous rappelle que, pour 1994, une enveloppe de 240 millions de francs, hors taux directeur, ira aux hôpitaux. Ainsi, la mise en œuvre de la réforme n'entraînera aucune charge supplémentaire pour les établissements hospitaliers.

Vous vous êtes également inquiété de l'instauration d'un recours hiérarchique contre les décisions du directeur général de l'Agence du médicament. Le Sénat, lors de la discussion, avait manifesté une préoccupation analogue. Je comprends que le Parlement exprime son attachement à la consolidation de l'Agence du médicament, et notamment au renforcement de son rôle international. Soyez assurés, mesdames, messieurs les députés, que tel est bien l'objectif du Gouvernement.

L'instauration d'un recours hiérarchique contre les décisions du directeur général de l'Agence ne traduit en aucun cas je ne sais quelle volonté sournoise de réappropriation, au bénéfice des administrations centrales, des compétences antérieurement dévolues à cette instance.

- M. Bernard Charles. Il vaut mieux le préciser!
- M. la ministre délégué à la santé. Mais vous conviendrez que le médicament est au cœur des impératifs de santé publique, dont le Gouvernement assure le respect. Il ne peut se délober à cette responsabilité. Comment, en effet, le ministre de la santé qui, en toute hypothèse, assure la responsabilité politique d'une décision de mise sur le marché, pourrait-il se désintéresser des décisions prises par l'Agence? Nos concitoyens ne le comprendraient d'ailleurs pas.

Le recours hiérarchique que je vous propose d'instaurer ne conduira nullement le ministre de la santé à refaire pour son propre compte – d'ailleurs, avec quels moyens scientifiques le pourrait-il? – l'évaluation scientifique du médicament. Le ministre doit au contraire s'appuyer sur les compétences que chacun reconnaît à l'Agence. Il faut seulement, dans le respect des attributions de chacun, Gouvernement et Agence, donner aux pouvoirs publics le moyen juridique d'assumer pleinement leurs responsabilités.

Madame Bachelot, vous avez abordé le problème des pharmacies et des dispensaires. L'objectif du Gouvernement est d'assurer le diagnostic et le traitement de tous les patients atteints de tuberculose. Or cela suppose d'être sûr que le diagnostic est fait et que les traitements sont prescrits par les médecins, mais aussi que les patients se procurent effectivement les médicaments en les consommant conformément aux prescriptions.

Autoriser la distribution gratuite des médicaments antituberculeux par les dispensaires constitue donc à notre avis une mesure de santé publique qui permet d'accroître l'observance des prescriptions par les malades. En effet, combien de ces patients, parfois exclus ou marginalisés dans notre société, n'iront pas chercher leurs médicaments à la pharmacie, même si des conventions de délivrance gratuite sont mises en œuvre? C'est donc dans un but de santé publique, et uniquement dans ce but, que le Gouvernement propose la distribution gratuite des médicaments antituberculeux dans les dispensaires.

Tout ce qui peut être fait pour accroître l'observance des traitements par ces malades souvent difficiles ou qui ne comprennent pas toujours ce qu'on seur demande de faire est bon pour la santé publique et favorise la lutte contre la recrudescence de la tuberculose, fléau social que nous croyions jugulé et que nous voulons juguler dans notre pays.

Enfin, madame Hubert, vous avez parlé des urgences et de l'hépatite fulminante. L'établissement national des transplantations aura en charge la gestion de la liste nationale. Je tiens à vous donnei toutes les assurances que les situations d'urgence seront prises en compte dans la gestion de cette liste, et je suis prêt à m'entretenir immédiatement de ce sujet avec vous. (Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du Rassemblement pour la République.)

Rappel au règlement

- M. Jean Glavany. Monsieur le président, je demande la parole pour un rappel au règlement.
- M. le président. La parole est à M. Jéan Glavany, pour un rappel au règlement.
 - M. Jezn Glavany. Madame le ministre d'Etat...
- M. le président. Non, monsieur Glavany! Si vous voulez faire un rappel au règlement, c'est à moi que vous devez vous adresser. Mme le ministre d'Etat n'a rien à voir avec l'application du règlement.
- M. Jean Glavany. Monsieur le président, Mme le ministre d'Etat s'est tout à l'heure permis de mettre en cause un de nos collègues, Laurent Cathala. L'ensemble du groupe socialiste s'est senti blessé...
 - M. Denis Jacquat. Il n'en a pas l'air!
 - M. Eric Raoult. Pauvres petits!
- M. Jean Glavany. ... par la façon dont elle l'a accusé de légèreté et d'irresponsabilité pour avoir parlé, à propos du dossier médical, d'un « carnet de liaison ». Employer une telle expression n'était pas sérieux, a-t-elle affirmé.

Nous considérons que cette mise en cause du sérieux de notre travail est assez insoutenable.

Mme Elisabeth Hubert. Insoutenable?

M. Jean Glavary. Or l'amendement n° 31 du Gouvernement après l'article 38 vise à insérer un certain nombre de dispositions, dont un nouvel article L. 145-9 qui précise qu'« il est délivré à tout patient attributaire d'un dossier de suivi médical un carnet de liaison ».

Donc, madame le ministre d'Etat...

M. le président. Non! C'est à moi que vous devez vous adresser!

Le fait de vous adresser à Mme le ministre d'Etat prouve que votre intervention n'est pas un rappel au règlement. Je vais donc vous retirer la parole...

- M. Eric Raoult. C'est plutôt un fait personnel!
- M. Jean Glavany. Monsieur le président, nous considérons donc que cette mise en cause du sérieux de l'intervention de M. Cathala justifierait, si ce n'est le retrait de l'amendement n° 31, que celui-ci soit en tout cas sousamendé par le Gouvernement lui-même.
 - M. Claude Bartolone. Très bien!

Discussion des articles

M. le président. Nous abordons la discussion des articles.

Article 1"

M. le président. Je donne lecture de l'article Ia:

TITRE I

DISPOSITIONS RELATIVES À LA SANTÉ PUBLIQUE

CHAPITRE I"

Lutte contre la tuberculose

- « Art. 1°. I. Dans le titre I° du livre III du code de la santé publique, les articles L. 214, L. 216, L. 217-1 à L. 217-3, L. 220 à L. 224, la section III du chapitre I°, les sections I à V du chapitre II, le chapitre III à l'exception de l'article L. 247 et le chapitre IV sont ou demeurent abrogés.
- « I bis. Le chapitre la du titre la du livre III du code de la santé publique est constitué par les articles L. 215 à L. 219, tels qu'ils résultent du présent article.
- « II. Les articles L. 217, L. 218, L. 219 et L. 247 du code de la santé publique deviennent respectivement les articles L. 216, L. 217, L. 218 et L. 219.
- « III. L'article L. 215 du code de la santé publique est ainsi rédigé :
- « Art. L. 215. La vaccination par le vaccin antituberculeux BCG est obligatoire, sauf contre-indications médicales reconnues, à des âges déterminés et en fonction du milieu de vie ou des risques que font encourir certaines activités.
- « Les personnes titulaires de l'autorité parentale ou qui ont la charge de la tutelle de mineurs sont tenues personnellement à l'exécution de cette obligation.
- « Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France. »
- « III bis. L'article L. 216 du code de la santé publique, tel qu'il résulte du II du présent article, est ainsi rédigé :
- « Art. L. 216. La vaccination dispensée dans les services de vaccination de la population civile par le vaccinantituberculeux BCG est gratuite.
- «Les personnes soumises à la vaccination obligatoire conservent la faculté de se faire vacciner dans des conditions tarifaires de droit commun en dehors de ces services.»
- « III ter. Dans l'article L. 217 du code de la santé publique, tel qu'il résulte du paragraphe II du présent article, les mots : « dont il a la garde ou la tutelle » sont remplacés par les mots : « sur lesquels il exerce l'autorité parentale ou dont il assure la tutelle ».
- « « III quater: Le début de l'article L. 218 du code de la santé publique, tel qu'il résulte du paragraphe II du présent article, est ainsi rédigé:
- « Les dispensaires antituberculeux et les services de vaccination de la population civile par le vaccin antituberculeux BCG concourent, dans le caire du département, à la prophylaxie... (le reste sans changement). »
- « IV. Il est inséré dans le chapitre II du titre premier du livre III du code de la santé publique un nouvel article L. 220 ainsi rédigé:
- « Art. L. 220. Sous réserve de certaines conditions techniques de fonctionnement, les dispensaires antituberculeux sont habilités à assurer, à titre gratuit, la prise médicale des malades et la délivrance de médicaments antituberculeux prescrits par un médecin.
- « Les dépenses afférentes à ces soins ou prescriptions sont prises en charge, pour les assurés sociaux, par les organismes d'assurance maladie dont ils relèvent et, pour les bénéficiaires de l'aide médicale, par le département ou l'Etat dans les conditions fixées par le titre III bis et

- l'article 186 du code de la famille et de l'aide sociale et, ie cas échéant, selon les modalités prévues à l'article L. 182-1 du code de la sécurité sociale.
- « Un décret fixe les modalités d'application du présent article, relatives notamment aux conditions dans lesquelles sont délivrés ces médicaments. »
- « V. Il est inséré dans le chapitre II du titre I^e du livre III du code de la santé publique un nouvel article L. 221 ainsi rédigé:
- « Art. L. 221. Les personnes atteintes d'une tuberculose évolutive sont obligaroirement soumises à un test de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine. »
- La parole est à M. Jean-Louis Beaumont, inscrit sur l'article.
- M. Jean-Louis Beaumont. M. le ministre délégué à la santé a indiqué qu'il était opposé au dépistage obligatoire du sida dans certaines circonstances, au motif que celui-ci était inefficace, impraticable et dangereux.

M. Jean Glavany. Il a raison!

- M. Jean-Louis Beaumont. J'aurai tour à l'heure l'occasion de défendre un amendement qui prévoit un tel dépistage, mais je voudrais d'ores et déjà faire remarquer que ces trois motifs ne sont pas acceptés par l'ensemble de la communauté médicale, en tout cas pas par ceux de ses membres que je connais.
- « Monsieur le ministre, vous avez évoqué le délai de séroconversion pour soutenir que ce dépistage serait inefficace. Je vous rappelle qu'il existe des tests de biologie moléculaire il ne s'agit pas de l'antigène dit « 21 » recourant à des sondes à ADN et permettant de détecter la présence du virus dans les vingt-quatre heures suivant la contamination.

On ne peut donc invoquer le délai de séro-conversion pour s'opposer au dépistage obligatoire.

Vous nous dites ensuite, monsieur le ministre, que tous les médecins le font déjà. Mais, il y en a encore beaucoup qui hésitent, voire qui ne procédent pas au dépistage pour éviter toute histoire. Or c'est, semble-t-il, le devoir de l'Etat, du Gouvernement, que de soutenir l'action médicale lorsque c'est nécessaire. Ce motif n'est donc pas non plus le bon pour prouver l'inefficacité du dépistage obligatoire.

D'après vous toujours, un tel dépistage serait impraticable car il faudrait faire le test tous les trois jours. C'est ignorer que la proposition de dépistage obligatoire a été faite pour des cas particuliers et des circonstances particulières de la vie. Là encore, votre argument n'est pas bon.

Quant à l'argument qui tient à la préservation de la relation médecin-malade, je ne vois pas en quoi celle-ci serait altérée si le médecin devait dire à son malade qui va se marier que le test est obligatoire. C'est encore une mauvaise raison.

Enfin, vous avez qualifié un tel dépistage de dangereux. Nous sommes devant un dilemme extrêmement grave. Quelle est l'attitude de la plus dangereuse: laisser dans l'ignorance une personne séropositive alors qu'elle pourrait bénéficier de traitements destinés à retarder l'immunodéficience qui marque l'apparition de la maladie, ou, au contraire, pratiquer le dépistage chaque sois que nécessaire parce que d'autres personnes sont en jeu?

Loin d'être une démarche sécuritaire, il s'agit d'une démarche d'entraide en direction des séropositifs qui, ne connaissant pas leur état, d'une part, ne peuvent pas bénéficier de traitements qui leur seraient très utiles et, d'autre part, peuvent contaminer d'autres personnes sans le savoir alors qu'ils pourraient l'éviter. C'est une démarche de générosité que l'on ne pourra inspirer à la population que si l'on évite de pratiquer la politique de l'autruche. Le dépistage obligatoire est le seul moyen de lutter contre une épidémie.

M. le président. La parole est à M. Paul Mercieca.

M. Paul Mercieca. Comme nous l'avons souligné à plusieurs reprises, l'exclusion du système de santé d'un nombre croissant de jeunes, de familles démunies, se traduit par une dégradation de l'état de santé de la population. La progression inquiétante du nombre de maladies, la tuberculose notamment, n'a pas pour seule cause l'évolution du sida.

Promouvoir le droit à la santé pour tous, ce n'est pas développer l'assistanat, c'est utiliser au mieux les richesses de notre pays. Au lieu de fixer arbitrairement le niveau de dépenses à ne pas dépasser, ne serait-il pas préférable de définir d'abord les besoins à satisfaire et, en conséquence, les ressources à utiliser? Or vous posez en préalable des taux directeurs calculés on ne sait comment. Au lendemain de la seconde Guerre mondiale, la France s'est donné les moyens d'une véritable politique de santé et nous devrions aujourd'hui accepter que des malades ne soient pas soignés car ils seraient coupables des dépenses causées par leur affection! Ce n'est pas tolérable. Nous disons au contraire que chacun doit bénéficier d'une protection sociale la plus élevée possible.

Le projet de loi propose l'affiliation des détenus à la sécurité sociale. C'est une bonne chose, mais pourquoi ne pas étendre une telle mesure à tous ceux qui sont démunis de protection sociale? Taxer les revenus des placements financiers et immobiliers au même taux que les salaires procurerait 70 milliards de francs de ressources supplémentaires à la sécurité sociale.

M. le ministre a répondu à nos collègues sénateurs, et Mme le ministre d'Etat à notre ami Jean-Claude Lefort, que nous voulions trop dépenser pour la santé et que les revenus du capital contribuaient aux ressources de la sécurité sociale.

Qu'on en juge: sur les 80 milliards que rapporte la CSG, 50 milliards sont prélevés sur les salaires et 5,5 milliards sur les revenus financiers et immobiliers! Ce n'est pas en dégageant les entreprises du financement ou en se déchargeant sur les collectivités territoriales que sera promu un véritable droit à la santé. L'amendement que nous avions proposé pour remédier à cette situation a malheureusement été jugé irrecevable.

M. la président. La parole est à Mme Muguette Jacquaint.

Mme Muguette Jacquaint. Si vous m'y autorisez, monsieur le président, je dirai quelques mots en réponse aux propos de Mme le ministre d'État avant d'aborder l'article 1°.

Madame le ministre d'Etat, vouloir répondre toujours mieux aux besoins de santé des Français n'a, pour nous, rien de démagogique. Je sais bien que, depuis quelque temps, nous entendons dire que, dans ce pays, il y a trop de travailleurs, trop de jeunes, trop de lycéens, trop d'universitaires, trop d'étudiants. Il y aurait maintenant trop de gens qui veulent se soigner!

Voici quelques éléments de réflexion. Vous avez certainement vu, comme moi, cette publicité télévisée, selon laquelle nous vivons dans un monde où le souci de rentabilité financière et le profit mettent notre avenir en danger. Eh bien, madame le ministre d'Etat, c'est justement ce choix que vous faites en menant la politique qui est la vôtre aujourd'hui, et c'est ce que nous contestons. Or il n'y a là aucune fatalité, car d'autres choix sont possibles mais ne dites pas qu'ils sont démagogiques! Certes, ce ne sont pas les vôtres, mais acceptez que les députés que nous sommes fassent d'autres propositions quand il s'agit de la santé publique, de la santé des Français.

M. Paul Mercieca. Très bien!

Mme Muguette Jacquaint. S'agissant de la tuberculose, j'ai eu l'occasion de dire ce matin en défendant l'exception d'irrecevabilité que les mesures actuellement en vigueur pour lutter contre cette maladie ne font que rappeler que la recrudescence de la tuberculose, comme d'autres maladies que l'on croyait disparues, notamment le saturnisme, a pour origine avant tout la misère. Les populations les plus exposées sont naturellement celles qui passent la nuit dehors par moins 6 ou moins 7 degrés, qui sont victimes de restrictions alimentaires, et vivent, sans pouvoir bénéficier de mesures de prévention, dans des conditions d'hygiène déplorables. Or les mesures d'urgence qui s'imposent ne sont pas prises.

Vous nous parlez des dispensaires, madame le ministre d'Etat, c'est bien mais ce n'est pas suffisant quand on voit les difficultés qui sont déjà celles des centres de santé, des dispensaires et des hôpitaux publics qui soignent 57 p. 100 des cas de tuberculose. Non, vous ne prenez pas les mesures nécessaires pour venir définitivement à bout de la tuberculose!

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

M. Jean-Luc Préel. Par cet article, madame le ministre d'Etat, vous souhaitez toiletter la législation pour la moderniser et supprimer des techniques obsolètes.

Prenant en compte la recrudescence de la tuberculose, notamment dans les populations marginales, vous proposez de réactiver les dispensaires en améliorant la veille, la prophylaxie et en permettant la distribution gratuite des médicaments.

Cet article a été amélioré par les sénateurs qui ont rappelé notamment le rôle de la vaccination par le BCG et la responsabilité des parents. Mais les sénateurs ont également profité de cet article et des interrelations tuberculose-sida pour ouvrir le dossier du dépistage du HIV. Ils ont ainsi souhaité attirer l'attention et placer chacun devant ses responsabilités.

Avec d'autres, j'ai déposé un amendement de suppression de cette disposition inadéquate. Mais il n'est pas possible pour autant de refermer la porte subrepticement et de renoncer au débat indispensable qui aura lieu, vous l'avez annoncé, au printemps.

Le sida pose le problème de la responsabilité de l'Etat, des médecins et des individus. Le législateur ne peut s'en désintéresser, même si le médecin souhaite garder une totale libetté d'appréciation, ce que, bien entendu, je comprends. Cependant, il convient d'aborder cette question avec prudence, circonspection et séténité. Cette maladie grave déclenche, du fait même de ses modes de contamination, des passions et des réactions irrationnelles. Elle renvoie chacun de nous à la mort, au sexe et aux tabous.

Sachons dépasser ces passions et discutons calmement! Ecoutons chacun et essayons de comprendre ses arguments!

Bien entendu, la relation médecin-malade est fondamentale et elle doit être confiante. Mais il est des circonstances où le médecin peut se voir appliquer des contraintes ou des normes. À lui de les expliquer à son patient. En quoi le fait de prévoir une norme modifierait-il la qualité du colloque singulier qui dépend de la qualité humaine du médecin et non des conditions légales de prescription d'un acte?

Lorsque le médecin remplit aujourd'hui un certificat prénuptial, c'est pour lui l'occasion d'un vrai dialogue avec les jeunes qu'il a en face de lui et ce dialogue n'est en rien altéré par l'obligation qui lui est faite de réaliser des examens légaux. En quoi le fait de rendre obligatoire le test HIV modifierait-il la qualité de ce dialogue? Il s'agit d'un faux procès et d'un mauvais argument.

M. Jean-Louis Beaumont. Très bien!

M. Jean-Luc Préel. Le professeur Gentilini, qui connaît bien cette maladie et ses conséquences, proposait récemment que le médecin, dans certaines circonstances à définir, ait l'obligation de proposer le test HIV. Le patient serait ensuite libre de souscrire ou non à cette proposition, mais devrait alors signer une décharge pour dégager le médecin de sa responsabilité et assumer la sienne.

Bien entendu, la prévention demeure fondamentale. Des efforts sont faits. Ils doivent être renforcés. La prévention dépend de trois facteurs essentiels – l'éducation, la fidélité et le préservatif – et doit tenir compte du grave problème de la toxicomanie. Le rôle de l'Etat est de prendre les mesures qui permettent de limiter la propagation de la maladie – souvenons-nous du drame du sang contaminé, du retard pris dans la sélection des donneurs et la mise en place des tests –...

M. Jean-Louis Beaumont. Très juste!

M. Jean-Luc Préel. ... de mettre en conformité la loi et la pratique – aujourd'hui, hélas! de nombreux tests sont effectués à l'insu du malade –, de protéger ceux qui pourraient être contaminés par volonté d'ignorance coupable ou malveillance. L'une des mesures les plus simples est de multiplier les circonstances permettant de connaître l'état de contagiosité. Aujourd'hui déjà, le test est obligatoire pour le don du sang et d'organes, il est proposé lors de l'examen prénuptial et de la grossesse.

Il me paraîtrait logique et souhaitable de regrouper dans un même article les conditions dans lesquelles le test doit être pratiqué. On rappellerait ainsi qu'il est obligatoire en cas de don du sang, d'organes, de sperme ou de tissus – chacun est d'accord –, qu'il est obligatoirement proposé lorsque l'état de séropositivité entraîne un risque grave pour autrui et que l'ignorance n'est pas acceptable – c'est le cas du mariage, acte officiel passé devant un officier d'état civil pour lequel sont déjà produits des certificats. Bien sûr, certains ironiseront disant que le mariage devient rare, que les jeunes cohabitent, mais est-ce une raison pour ne pas protéger le conjoint?

Le test devrait être obligatoirement proposé aussi en cas de grossesse pour protéger l'enfant à naître, lors des incarcérations puisque, hélas!, le risque est grand en prison, mais aussi avant les opérations pour permettre aux personnels de se protéger. En cas de refus, le patient devrait signer une décharge, car des procès en recherche de responsabilité ont déjà eu lieu.

Enfin, ce test devrait être systématiquement proposé par le médecin chaque fois qu'il le juge utile. Il devrait informer son patient du résultat et en assurer la prise en charge. Cela paraît normal et naturel, mais a cependant entraîné une discussion en commission. Dans mon esprit, « prendre en charge » signifie assurer la continuité des soins. Lorsqu'un infarctus survient dans un service d'urologie, l'urologue qui a la charge du malade doit assurer la continuité des soins en le confiant à un cardiologue. Il ne doit pas y avoir de rupture. Pourquoi en serait-il autre-

ment pour le sida? Les médecins se veulent responsables et ils le sont. Ils doivent assumer la responsabilité des résultats des examens prescrits, quels qu'ils soient.

M. le président. Veuillez conclure, monsieur Préel!

M. Jean-Luc Préel. Je termine, monsieur le président.

Il n'est pas possible de présenter si rapidement tous les arguments. Qu'il me soit permis de rappeler le rôle essentiel de la prévention, de la fidélité et du préservatif et le rôle fondamental de la confiance réciproque médecinmalade. Cela ne doit toutefois pas empêcher le législateur de prendre ses responsabilités et de définir les cas dans lesquels le dépistage doit être obligatoire, obligatoirement ou systématiquement proposé. (Applaudissements sur quelques bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre.)

M. le président. La parole est à M. Claude Malhuret.

M. Claude Malhuret. Je souhaite que notre assemblée ne se laisse pas gagner par le sentiment de peur que risquerait d'entraîner l'intervention de M. Beaumont dans la discussion générale, puis sur l'article 1^{et}. Il n'y a rien de plus mauvais, en effet, que de légiférer d'urgence ou sous l'emprise de la peur. C'est ainsi que l'on commet toutes les erreurs. C'est ainsi, à inon avis, que M. Beaumont luimême commet, dans les amendements qu'il propose, toutes les erreurs possibles.

Tout d'abord, erreur sur la généralisation qu'il propose. Dans la situation actuelle, ce n'est pas de plus de dépistage que nous avons besoin, mais de dépistage mieux prescrit, prescrit à bon escient, débouchant sur une prévention et sur une prise en charge efficace des séropositifs. D'après vous, monsieur Beaumont, le Gouvernement serait demain responsable si le dépistage obligatoire n'était pas étendu. Je prétends le contraire car l'étendre à tous les cas que vous prévoyez coûterait des centaines de millions de francs qui manqueraient alors pour mener les opérations réellement efficaces en matière de prévention de l'épidémie. C'est donc plutôt s'il permettait l'adoption de ces amendements que le Gouvernement serait coupable.

Erreur sur la cible, ensuite. Vous proposez, par exemple, le dépistage obligatoire en cas d'opération chirurgicale. Mais, savez-vous que les chirurgiens courent vingt fois moiris de risques de contamination que les infirmières lorsqu'elles font des piqûres et que la seule attitude cohérente dans ce cas serait de faire le dépistage non pas au stade préopératoire mais à l'entrée à l'hôpital? Son coût atteindrait alors 1,5 milliard de francs par an. Encore une fois autant d'argent qui n'irait pas aux vraies mesures de prévention du sida mais pas non plus, étant donné l'importance de la somme, à la prévention et à la guérison d'autres maladies.

Erreur sur la psychologie des médecins, enfin, car il est clair qu'un dépistage obligatoire induira l'affaiblissement de la référence primordiale à la responsabilité médicale dans la prescription, surtout quand les médecins s'apercevront que l'Etat adopte des positions inverses de ce qu'il leur recommande en matière de régulation rationnelle des dépenses de santé.

Je pourrais, dans chaque circonstance évoquée, expliquer et démonter les erreurs du dépistage obligatoire. Monsieur le ministre délégué à la santé l'a largement fait tout à l'heure. Je résumerai ces erreurs d'une phrase : dans la plupart des situations évoquées dans l'amendement proposé, le dépistage obligatoire relève de l'attitude de celui qui cherche sa clé sous le réverbère non pas parce qu'elle s'y trouve mais parce qu'il y a de la lumière. Certes, il est plus difficile de chercher ailleurs parce qu'il

y fait sombre, parce qu'on y tâtonne, parce que c'est long et ingrat. C'est pourtant ce que font les scientifiques aujourd'hui, patiemment, modestement, avec ténacité. C'est ce que notre assemblée s'honorera de faire en refusant les amendements présentés et en suivant les recommandations de l'ensemble de la communauté scientifique.

C'est ainsi que nous vaincrons l'épidémie du sida, non pas en déresponsabilisant par des mesures obligatoires entraînant une fausse sécurité, mais en mettant tout en œuvre pour faire appel chaque jour un peu plus à la prévention, à l'éducation et à la responsabilité personnelle. (Applaudissements sur de nombreux bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre, du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe socialiste et du groupe communiste.)

M. le président. Mme Jacquaint, MM. Lefort, Mercieca et les membres du groupe communiste et apparenté ont présenté un amendement, n° 72, ainsi rédigé:

« Après le deuxième alinéa du III bis de l'article 1", insérer l'alinéa suivant :

« Un prélèvement spécifique est effectué par l'Etat à due concurrence sur les bénéfices réalisés dans l'industrie pharmaceutique. »

La parole est à Mme Muguette Jacquaint.

Mme Muguette Jacquaint. En 1992, le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique a représenté 90 milliards de francs. Le fabricant percevant en moyenne 63 p. 100 du prix de vente au public des médicaments remboursables, les chiffres justifient à eux seuls l'adoption de notre amendement. En effet, les départements déjà asphyxiés financièrement ne peuvent supporter seuls la charge de la vaccination. Par conséquent, nous demandons que l'industrie pharmaceutique soit mise à contribution.

- M. le président. Quel est l'avis de la commission?
- M. Jean Bardet, rapporteur. La commission a émis un avis défavorable.
 - M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement?
 - M. le ministre délégué à la santé. Rejet.
 - M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 72. Je constate que le groupe communiste vote pour. (L'amendement n'est pas adopté.)
- M. le président. Le Gouvernement a présenté un amendement, n° 5 corrigé, ainsi rédigé:
 - « I. Dans le deuxième alinéa du IV de l'article 1^{et}, supprimer les mots : "la prise en charge médicale des malades et".
 - « II. En conséquence, au début du troisième alinéa du même paragraphe, substituer aux mots : "ces soins ou prescriptions", les mots : "la délivrance de ces médicaments". »

Sur cet amendement, MM. Bardet, rapporteur, et M. Bernard Charles ont présenté un sous-amendement, n° 137, ainsi rédigé:

« A la fin du II de l'amendement n° 5, substituer au mot : "délivrance", le mot : "dispensation". »

La parole est à M. le ministre, pour soutenir l'amendement n° 5 corrigé.

M. le ministre délégué à la santé. En déterminant les modalités de la prise en charge des soins et des prescriptions de soins assurés par les dispensaires, le Sénat a reconnu à ces derniers une vocation nouvelle à assurer des soins et des prescriptions. A partir du moment où ils

peuvent délivrer des médicaments, le Sénat a jugé commode, dans le souci d'une meilleure efficacité du traitement individuel de la tuberculose, qu'ils puissent aussi les prescrire.

Tel n'est pas notre sentiment pour deux raisons, l'une pratique et l'autre de principe. La raison pratique est simple : les malades dont nous voulons améliorer le suivi par les dispensaires, souvent d'ailleurs des exclus, leur seront le plus souvent adressés par l'hôpital, à la suite d'une manifestation aiguë de la maladie. Cet épisode aura entraîné leur admission en urgence et révélé leur état. Ils quitteront l'hôpital avec une ordonnance et l'adresse du dispensaire. Celui-ci n'aura donc pas à établir de prescription. Sa mission se bornera à veiller à la bonne exécution de prescriptions déjà faites au profit de personnes que leur situation psychologique et sociale maintient à l'écart des circuits habituels de soins. Son rôle est tout entier d'accompagnement et de surveillance.

Quant à l'argument de principe, il ne vous surprendra pas. L'Assemblée vient, en effet, de réaffirmer la mission prophylactique des dispensaires, leur rôle de prévention, de dépistage et de surveillance sanitaire. Ils ne sont pas chargés d'administrer les soins. Ils n'ont pas vocation à se transformer en prescripteurs. Nous ne souhaitons pas créer aujourd'hui un précédent. Il est d'usage que les services qui ont une vocation préventive dans quelque domaine que ce soit ne délivrent de soins qu'à titre tout à fait exceptionnel et dans un cadre bien défini.

Il n'est donc pas souhaitable de définir des modalités de fonctionnement qui n'auraient de sens qu'au cas où les dispensaires seraient autorisés à assurer des soins ou des examens nécessitant des conditions techniques particulières, ce qui n'est pas envisagé, compte tenu du dispositif existant par ailleurs.

C'est pourquoi le Gouvernement présente un amendement destiné à réaffirmer le rôle prophylactique des dispensaires et à rappeler qu'ils n'ont pas à exécurer d'acces médicaux.

- M. le président. La parole est à M. le rapporteur pour donner l'avis de la commission sur l'amendement n° 5 corrigé et pour soutenir le sous-amendement n° 137.
- M. Jean Bardet, rapporteur. Les dispensaires ne doivent pas empiéter sur le rôle de l'hôpital et de la médecine ambulatoire. C'est pourquoi la commission s'est déclarée favorable à l'amendement. Quant au sous-amendement n° 137, il est rédactionnel.
- M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur le sous-amendement n° 137?
 - M. le ministre délégué à le santé. D'accord!
- M. le président. Je mets aux voix le sous-amendement n° 137.

(Le sous-amendement est adopté).

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 5 corrigé, modifié par le sous-amendement n° 137.

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

M. le président. Il ne sera pas délibéré sur les amendements n^{α} 219 et 220.

Je suis saisi de cinq amendements identiques, n[∞] 6, 86, 46, 145 et 255.

L'amendement n° 6 est présenté par le Gouvernement. L'amendement n° 86 est présenté par M. Bardet, rapporteur, MM. Bernard Debré, Hannoun, Préel, Hellier, Foucher et Bartolone.

L'amendement n° 46 est présenté par MM. Bernard Debré, Hannoun et Mme Hubert. L'amendement nº 145 est présenté par Mme Jacquaint, MM. Lefort, Mercieca et les membres du groupe communiste et apparenté.

L'amendement n° 255 est présenté par M. Bartolone, M. Laurent Cathala et les membres du groupe socialiste. Ces amendements sont ainsi rédigés:

« Supprimer le V de l'article 1^{et}. »

La parole est à M. le ministre, pour soutenir l'amendement n° 6.

M. le ministre délégué à la santé. Le Gouvernement ne souhaite point imposer par la loi une obligation qui relève des bonnes pratiques médicales. Le test de dépistage du VIH est actuellement prescrit par son médecin à chaque malade arteint d'une maladie infectieuse susceptible d'être associée au sida. Si nous devions inscrire cette pratique dans la loi, nous entrerions dans une logique conduisant à codifier des indications de tous les actes diagnostiques et thérapeutiques qui relèvent de la simple responsabilité du médecin. Le législateur sortirait de son rôle.

Le dépistage obligatoire n'est pas approprié car, au lieu d'inciter les personnes à s'informer et à être conseillées, il risque de les exclure d'un dispositif de prévention et de soins. D'ailleurs, il n'existe dans aucun pays développé.

En outre, les données de la déclaration obligatoire de la tuberculose montre que c'est chez les personnes âgées de plus de soixante ans que la maladie tuberculeuse est la plus fréquente. La comparaison des chiffres sur les dernières années met en évidence une augmentation dans cette tranche d'âge et une stabilisation chez les moins de soixante ans.

Depuis, plusieurs études ont montré que la fréquence de la tuberculose chez les personnes séropositives n'a pas varié depuis 1987. Elle représente 7 p. 100 de l'ensemble des cas de tuberculose. La moyenne d'âge de ces sujets est de trente-six ans. La sérologie pour le VIH est pratiquée chez au moins 40 p. 100 de sujets tuberculeux et essentiellement chez des personnes jeunes, plus exposées à l'infection par le VIH.

Quand l'infection par le VIH est associée à une tuberculose, elle précède, dans 65 p. 100 des cas, l'apparition de la tuberculose, ce qui impose de proposer un dépistage précoce de la maladie tuberculeuse et de prendre des mesures pour que les sujets immunodéprimés ne soient pas en contact avec les patients tuberculeux.

M. le président. Il va de soi que cette présentation par le Gouvernement de son amendement n° 6 vaut avis sur les amendements identiques qui vont suivre, et je ne l'interrogerai pas à nouveau.

La parole est à M. le président de la commission, pour présenter l'amendement n° 86.

M. Michel Péricard, président de la commission. En examinant cet amendement du Gouvernement et les autres amendements identiques qui sont en discussion, la commission s'est prononcée, dans son immense majorité, en faveur de la suppression du paragraphe V de l'article 1^{er} introduit par le Sénat. A cette occasion, s'est développé un débat, qui n'était pas prévu au moment où le texte a été présenté devant les Assemblées, sur l'établissement, d'une façon ou d'une autre, du dépistage obligatoire.

Devant cette dérive de la discussion, qui conduisait à discuter de façon subreptice d'un sujet aussi grave, j'ai fait la proposition à la commission, qui, dans sa quasitotalité – je croyais même dans sa totalité – l'a acceptée, de retirer tous les amendements tendant à rétablir dans un autre endroit du texte le dépistage partiel du sida et

j'ai demandé au Gouvernement de bien vouloir accepter un débat à la prochaine session de printemps sur ce sujet dont la gravité n'échappe à personne.

Je remercie le Gouvernement de l'avoir accepté tout de suite en précisant qu'il ne s'agirait pas d'un débat académique au cours duquel on échangerait simplement des propos mais que, à cette occasion, il nous ferait connaître sa politique globale de prévention et de soins contre cette terrible maladie.

Mais je m'aperçois, monsieur le président, qu'ourre ces amendements de suppression, en faveur desquels nous nous sommes prononcés, sont réintroduits deux amendements tendant à insérer un article additionnel qui relanceraient en un débat que je croyais provisoirement clos.

Alors, sans reprendre les arguments que les médecins de cette assemblée ont si bien défendus, je dois dire que ni la quasi-totalité de la commission ni moi-même ne pouvons accepter ce procédé. En l'occurence, le débat n'est pas entre les chevaliers qui voudraient combattre le sida et qui s'avanceraient derrière des prescriptions en affirmant qu'ils connaissent la solution, et d'autres, plus laxistes, qui se moqueraient de cette lutte et se retrancheraient dans un inacceptable refus d'agir.

Mais y a-t-il dans cette Assemblée, peut-il y avoir une seule personne qui refuserait une mesure si elle était convaincue que celle-ci pourrait faire reculer un tant soit peu la maladie? Bien sûr que non!

Mme Roselyne Bachelot, M. Jean-Pierre Fouchet et M. Denis Jacquat. Très bien!

- M. Bernard Charles. Tout à fait !
- M. Michel Péricard, président de la commission. Donc nous refusons que la question soit présentée comme un débat entre les bons et les mauvais. Le débat est entre ceux qui avancent des arguments médicaux sérieux et ceux qui ne veulent pas faire n'importe quoi, à n'importe quel moment même si, comme le disait tout à l'heure Mme Veil à Mme Hubert, ceux d'entre nous qui ne sont pas médecins ont peut-être envie, spontanément, de croire qu'un dépistage pourrait régler les choses.

Or nous avons été convaincus qu'il n'en était rien. C'est donc avec beaucoup de fermeté que la commission se prononce pour les amendements de suppression du paragraphe V introduit par le Sénat et pour le rejet des deux amendements de M. Beaumont qui vont être appelés après l'article 1^{ct}. (Applaudissements sur de nombreux bancs du groupe du Rassemblement pour la République et du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre.)

- M. le président. La parole est à M. Bernard Debré, pour soutenir l'amendement n° 46.
- M. Bernard Debré. Monsieur le président, je crois que tout a été dit, mais je voudrais ajouter deux observations.

Il est écrit dans notre code de déontologie médicale que tout malade doit être soigné après avoir donné son consentement libre et éclairé pour tous les examens que nous lui faisons, qu'il s'agisse d'une radio du poumon ou d'une prise de sang.

Il est écrit aussi que le médecin doit soigner en fonction des données actuelles de la science. Si nous prenons l'exemple de la tuberculose, il serait ridicule, stupide et même condamnable qu'un médecin ne propose pas un test de dépistage à un malade. Mais faut-il une loi pour dire à un médecin ce qu'il doit faire? Non, et ça serait, à mon avis, dramatique. Faut-il aussi dire qu'avant un match, un boxeur doit voir son médecin et passer un électrocardiogramme et que, s'il y a le moindre doute, le médecin doit lui demander s'il a fait un examen de dépistage du VIH? Faut-il une loi pour demander au médecin de faire son travail, pour l'obliger à le faire? Non! C'est là une dérive qui s'explique par la peur. Mais tout de même, faisons confiance à la médecine de notre pays! Faisons confiance à ce dialogue singulier entre le médecin et le malade. Je crois que c'est la seule façon de traiter ce problème très grave du sida. Alors, instruisons le médecin, oui, mais faisons-lui confiance. N'immisçons pas la loi dans ce dialogue; ce pourrait être un précédent catastrophique pour tous les traitements, pour toutes les maladies. (Applaudissements sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République et du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre.)

M. le président. La parole est à Mme Muguette Jacquaint, pour soutenir l'amendement n° 145.

Mme Muguette Jacquaint. Je viens d'écouter M. Debré et bien d'autres collègues. Je partage leur analyse.

Effectivement, il est regrettable que l'on veuille faire croire que ceux qui seraient contre le dépistage systématique seraient contre la santé publique. Il va de soi que nous sommes tous favorables à ce que des moyens suffisants soient dégagés pour lutter contre le sida. Et je vous remercie, monsieur le ministre, de nous avoir annoncé qu'un débat aurait lieu à la prochaine session de printemps sur certe question. C'est la sagesse d'avoir pris cette décision.

Comme cela vient d'être dit, faisons confiance au méderin, car rien ne pourra remplacer l'association malade-médecin. Dans un prédédent débat, nous avons déjà eu l'occasion de constater que 95 p. 100 des femmes enceintes demandaient elles-mêmes le dépistage. Faisons en sorte que cette confiance demeure et attendons la session de printemps. (Applaudissements sur divers bancs.)

- M. le président. La parole est à M. Claude Bartolone, pour défendre l'amendement n° 255.
- M. Claude Bartolone. Monsieur le président, mes chers collègues, il y a parfois un devoir de répétition. Les ravages, les dégâts que risque d'entraîner l'adoption par le Sénat de l'amendement dont nous voulons la suppression illustrent sa nécessité.

C'est vrai que l'ensemble des pays, riches et pauvres, ont été surpris par cette maladie qui renvoie à des tabous, met en jeu l'amour et la mort, et qui a aussi posé d'autres problèmes dans les pays occidentaux parce qu'elle a été aussi transmise par un geste – la transfusion – fait par ceux qui croyaient soigner.

Oui, je crois à la vertu de répétition. Il faut rappeler une fois encore – et je suis persuadé que nous aurons encore à le faire, compte tenu du dépôt de certains amendements et compte tenu d'arguments qui seront de nouveau avancés – que le dépistage obligatoire est inefficace, absurde et dangereux : inefficace car il produit les effets inverses à ceux qui sont recherchés; absurde, car il ne tient pas compte du délai de déclaration de la maladie; dangereux car il encourage l'exclusion.

Le sida renvoie à la sexualité et à la mort. Les personnes séropositives ou malades du sida se savent confrontées à la mort, à court ou à moyen terme. Elles savent également qu'elles peuvent donner la mort. Le fardeau est très lourd à porter; il crée la souffrance. Nous devons lutter à tout prix contre l'extension de ce fléau en développant de plus en plus la prévention. Mais nous devons aussi agir avec humanisme envers ces femmes et ces hommes. Nous devons les accompagner et leur venir en aide. Ces amendements du Sénat et de M. Beaumont sont inacceptables. Le contrôle des défenses immunitaires

relève du protocole de soins établi par la communauté médicale et discuté entre le médecin et son patient, et non du domaine législatif ou réglementaire. (Applaudissements sur divers bancs.)

M. le président. Je mets aux voix par un seul vote les amendements identiques n° 6, 86, 46, 145 et 255.

(Ces amendements sont adoptés.)

M. le président. Personne ne demande plus la parole?...

Je mets aux voix l'article 1^{et}, modifié par les amendements adoptés.

(L'article 1", ainsi modifié, est adopté.)

Après l'article 1"

- M. le président. M. Jean-Louis Beaumont a présenté un amendement, n° 70, ainsi rédigé:
 - « Après l'article 1^{er}, insérer l'article suivant :
 - « Le dépistage de la contamination par le virus HIV est obligatoire dans tous les cas où cette contamination peut avoir des conséquences pour d'autres personnes que celle qui est directement concernée. Cette obligation s'applique notamment aux cas ciaprès énumérés: mariage, grossesse, dons de sang, d'organes, de tissus, opération chirurgicale, incorporation dans l'armée, usage de drogues introduites par voie sanguine, incarcération. »

La parole est à M. Jean-Louis Beaumont.

M. Jean-Louis Beaumont. Je ne reviendrai évidemment pas sur ce que j'ai dit dans la discussion générale à propos de ces amendements et à propos de l'article 1^{et}.

En revanche, je reprendrai, si vous le permettez, quelques points évoqués par plusieurs députés et par le président de la commission.

Monsieur le président de la commission, vous avez dit votre surprise de voir redéposer un tel amendement. Or permettez-moi de vous rappeler vos propres termes. En commission, nous avons effectivement eu une discussion. Après l'adoption des amendements tendant à supprimer le paragraphe V de l'article 1°, certains d'entre nous ont indiqué qu'ils voulaient le maintenir. Vous leur avez dit de redéposer leurs amendements au service de la seance et que, d'ici là, vous demanderiez au Gouvernement s'il veut bien organiser un débat au mois de mars prochain.

- M. Michel Pericard, président de la commission. Non!
- M. Jean-Louis Beaumont. Je pense que certains l'ont entendu comme cela.
- M. Michel Péricard, président de la commission. Puis-je vous interrompre, monsieur Beaumont?
 - M. Jean-Louis Beaumont. Bien sûr.
- M. le président. La parole est à M. Michel Péricard, avec l'autorisation de l'orateur.
- M. Michel Péricard, président de la commission. Monsieur Beaumont, j'ai dit: « Retirez vos amendements. Je demanderai au Gouvernement d'organiser un débat. S'il s'y refuse, vous pourrez les redéposer ». L'ensemble de la commission peut en témoigner.
- M. Denis Jacquat et M. Jean-Pierre Foucher. C'est
- M. Michel Péricard, président de la commission. Vous conviendrez que ce n'est pas la même chose.
- M. Jean-Louis Beaumont. J'ai entendu cette sentence dans le sens inverse. Mais il est inutile de continuer la discussion sur ce point.

Deuxièmement, certains d'entre vous ont insisté sur la distinction entre ceux qui seraient « bons » et ceux qui seraient « mauvais ». Il ne s'agit pas de cela et je ne pense pas qu'on puisse déduire de mes interventions que je me classerais parmi les « bons » ou parmi les « mauvais ». Si je demande instamment au Gouvernement de prévoir le dépistage obligatoire du VIH dans un certain nombre de cas, le seul souci qui m'inspire est celui de la santé individuelle et de la santé publique. Le premier article du code de la santé publique dispose que la collectivité à le devoir de nous défendre contre les maladies épidémiques. Or le sida en est une et nous devons absolument agir dès maintenant pour prévenir la dissémination du virus VIH.

Pour ma part, je ne puis donc pas accepter de troquer une décision immédiate, qui pourrait permettre de sauver un certain nombre de vies, contre la promesse d'un débat qui se tiendra dans six mois et qui, peut-être, ne sera même pas sanctionné par un vote.

M. Denis Jacquat. Il n'y a pas de troc!

M. Jean-Louis Beaumont. Nous ne sommes ni des chevaliers blancs, ni des chevaliers noirs. Aucun d'entre nous n'a envie de revêtir une corte de mailles ou une armure. Nous défendons la santé publique et rien d'autre.

Au-delà de cer aspect polémique, deux arguments ont

été évoqués : la peur et le coût.

Il faut avoir conscience qu'être contaminé par le VIH, c'est extrêmement grave, mais c'est moins grave, en termes de durée de survie, que d'avoir un cancer du poumon. Je ne fais donc pas du tout appel à l'argument de la peur dans mon désir de voir défendre la santé publique. Je crois même que nous devrions lancer une campagne pour faire savoir que, finalement, on meurt moins vite, sinon du sida, du moins de cette virose que de beaucoup d'autres maladies.

Quant au coût de ce dépistage, je crains qu'en parlant de milliards, M. Malhuret n'ait fait un mauvais calcul. Car le coût d'un malade en état d'immunodéficience est considérable. Nous avons déjà 32 000 cas de sida déclaré. Limiter, grâce au dépissage, le développement de l'infection ferait économiser des sommes énormes à la collecti-

Par conséquent tous les arguments invoqués pour s'opposer au dépistage obligatoire dans certains cas bien définis et bien délimités peuvent se retourner contre leurs auteurs. Ils ne sont pas recevables à mes yeux et je maintiens cet amendement.

- M. le président. Quel est l'avis de la commission?
- M. Michal Péricard, président de la commission. Il a été donné : défavorable !
- M. Jean-Louis Beaumont. Comment? La commission ne s'est pas prononcée!
- M. le président. Je vous en prie, monsieur Beaumont, ne faites pas les questions et les téponses! La commission s'est prononcée défavorablement.

Quel est l'avis du Gouvernement?

- M. le ministre délégué à la santé. Défavorable égale-
- M. le président. La parole est à Mme Elisabeth Hubert, contre l'amendement.

Mme Elisabeth Hubert. J'avais moi-même été à l'origine, il y a deux ou trois ans, de la proposition que M. Beaumont reprend aujourd'hui. A l'époque, certaines notions n'étaient pas claires et, surtout, le corps médical n'avait pas encore bénéficié de la très large information dont il a fait l'objet depuis. Il nous était donc apparu nécessaire de proposer un dépistage obligatoire du VIH, notamment lors des examens prénuptiaux et prénataux, puisque l'obligation existait déjà pour d'autres maladies dans un cas comme dans l'autre.

Mais aujourd'hui, monsieur Beaumont, le débat n'est plus d'actualité. D'abord, l'information de tous, personnes se trouvant à l'orée du mariage ou en début de grossesse et médecins, s'est nettement améliorée. Ensuite, même si j'avais trouvé, à l'époque, quelque peu hypocrite la façon dont on résolvait le problème, la proposition de dépistage est maintenant systématique, ce qui répond parfaitement au souci de santé publique que nous partageons

Mais à l'évidence, et les propositions comme les vôtres en témoignent, dans l'esprit d'un certain nombre de personnes - une minorité, j'espère - le mot « peste » est encore extrêmement présent et l'idée persiste que ceux qui sont porteurs du VIH en sont, quelque part, responsables, parce qu'ils ont des comportements « déviants ». Or on sait aujourd'hui - les statistiques le montrent - que ce schéma réducteur ne correspond plus du tout au mode de contamination. Le débat que vous nous proposez, monsieur le ministre, permettra vraisemblablement de faire un sort à ces idées fausses.

Je demande surtout - j'ai abordé ce point à l'occasion d'une question d'actualité - que nous adoptions tous, aussi bien sur le plan philosophique et politique que sur le plan médical, un comportement moins passionnel, plus rigoureux et plus scientifique. Le risque de contamination étant moindre que pour certains fléaux que nous avons connus à d'autres époques, parce que les modes de contamination sont très limités, la prévention exige simplement une certaine rigueur dans l'approche. Nous ne dirons jamais assez, comme le soulignait M. Bartolone, qu'il faut impérativement développer la prévention et surtout l'information. Toutes ces propositions n'auraient pas lieu d'être si les populations les plus menacées, c'est-à-dire les jeunes, étaient informées dès l'adolescence et même dès l'enfance, et si le corps médical ainsi que l'opinion adoptaient le comportement rigoureux que j'appelle de mes vœux et dont j'espère qu'il sera la suite logique du débat qui nous sera proposé au printemps.

- M. le président. Je mets aux voix l'amendement nº 70. (L'amendement n'est pas adopté.)
- M. le président. M. Jean-Louis Beaumont a présenté un amendement nº 69, ainsi rédigé:

« Après l'article 1^e insérer l'article suivant :

« La déclaration auprès de la direction départementale de l'action sanitaire et sociale des cas de contamination par le virus HIV est obligatoire dès la constatation, et après contrôle approprié d'une réaction positive ayant valeur diagnostique. »

La parole est à M. Jean-Louis Beaumont.

- Wi. Jean-Louis Beaumont. L'amendement nº 69 vise à inscrire au registre des maladies contagieuses dont la déclaration est obligatoire la contamination par le virus de l'immunodéficience humaine. Seule la déclaration du sida est obligatoire. Or l'épidémie est celle du VIH, non du sida, lequel n'est que la phase terminale de la maladie.
 - M. le président. Quel est l'avis de la commission?
- M. Jean Bardet, rapporteur. Défavorable, pour les raisons déjà exprimées.
 - M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement?
- M. le ministre délégué à la santé. Dans cette discussion sur la lutte contre le sida, deux comportements doivent être évités. Le premier consisterait à tomber dans

la peur collective et à céder à la tentation du repli sur soi. Nous avons déjà connu cela pour la tuberculose et d'autres maladies. Ce serait excessivement dangereux. Le deuxième consisterait à nier le problème, et à considérer que cette maladie ne justifie pas qu'on en parle. Ce serait également grave, car nous passerions alors à côté de la prévention.

Oui, je souhaite ce débat au printemps prochain, pour bien des raisons et surtout parce que notre pays n'a pas pris conscience des évolutions très significatives survenues depuis dix ans, notamment pour ce qui concerne la contamination des hétérosexuels. En 1986, seulement 7 p. 100 des nouveaux séropositifs étaient hétérosexuels ; ils sont 35 p. 100 aujourd'hui. Pourquoi ? Parce que la maladie est transmise par les toxicomanes et que nous avons pris beaucoup de retard dans la lutte contre la toxicomanie.

Il est donc fondamental de chercher à réduire le risque de contamination par le virus du sida chez les usagets de drogues intraveineuses. Les gens qui ne le comprennent pas sont coupables de non-assistance à personnes en danger de mort. Voilà pourquoi le Gouvernement s'est lancé dans une grande politique de prévention, de diminution du risque de contamination chez les toxicomanes : les places de traitement par la métadone passeront de 52 à 1 000, les programmes d'échanges de seringues de 6 à 45.

C'est cela que je voudrais entendre évoquer lors du prochain débat à l'Assemblée nationale. J'aimerais aussi que l'on parle des moyens de mieux cibler les populations les plus exposées, en particulier les jeunes.

Voilà ce qui me paraît le plus important. Le Gouvernement est contre cet amendement. (Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République.)

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

M. Bernard Charles. M. le ministre vient de relever les points que je souhaitais moi-même mettre en évidence : ne pas céder à la peur collective, mais aussi prendre conscience de la gravité de la maladie et privilégier la prévention.

Je regrette, comme Mme Hubert, que l'on sente poindre, derrière la passion et le manque de sérénité de M. Beaumont, une pensée qui n'a pas sa place dans cette assemblée. Cette pensée s'est traduite en commission par un amendement qu'il avait déposé avec Mme Bourin et qui prévoyait des peines de prison et une amende de 400 000 francs à l'encontre de ceux qui auraient sciemment contaminé leur partenaire.

Ce n'est pas en montrant du doigt les malades du sida, en disant qu'ils sont par nature coupables, que l'on fera face au problème. Les parlementaires que nouş sommes ne doivent ni sombrer dans la flatterie de sentiments douteux ni alimenter la peur collective. Il est trop facile de prétendre que la marginalisation des séropositifs et le dépistage systématique permettront d'antéliorer la situation. Non! Il nous faut l'affronter en humanistes et je suis heureux que la grande majorité de notre assemblée ait pris ce parti.

Je demande donc à M. Beaumont d'argumenter, certes, mais sans tomber dans un travers dont nous ne voulons pas. Dans le débat que nous aurons au printemps, la sérénité sera indispensable. Chacun a le droit de choisir ses arguments, mais, de grâce, ne montrons pas du doigt ceux qui sont touchés! Beaucoup sont jeunes. Pensons plutôt à leur détresse.

M. Renaud Muselier. Très bien!

M. le président. Je mets aux voix...

Mme Muguette Jacquaint. Monsieur le président...

M. le président. Je suis désolé, madame Jacquaint, mais il y a un règlement. L'auteur défend l'amendement, la commission et le Gouvernement donnent leur avis, un orateur parle contre et on vote. Si nous ne respections pas cette règle, avec plus de deux cents amendements, nous y serions encore dans huit jours!

Je mets aux voix l'amendement n° 69. (L'amendement n'est pas adopté.)

Article 2

M. le président. Je donne lecture de l'article 2.

CHAPITRE II

Soins en milieu pénitentiaire et protection sociale des détenus

« Art. 2. - L'article L. 711-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé:

«Le service public hospitalier assure, dans des conditions fixées par voie réglementaire, les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier. Il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires. »

La parole est à M. Claude Bartolone, inscrit sur l'article.

M. Claude Bartolone. Monsieur le ministre, l'article 2 reprend en grande partie les mesures annoncées par Bernard Kouchner, René Teulade et Michel Vauzelle dans le décret du 27 mars 1993. Même si, comme l'indiquait Mme le ministre d'Etat il y a quelques instants, le contenu de ce décret posait un problème, on voit bien que ces mesures s'inscrivent dans une démarche voulue par l'ensemble de l'Assemblée, d'autant qu'elles ont été prises à la suite du rapport sur la santé en milieu carcéral remis en janvier 1993 par le Haut comité de la santé publique.

Ce n'est donc pas tant sur les dispositions de cet article que je souhaite intervenir que sur les crédits prévus. Le Gouvernement a précisé que, dès 1994, le budget de la justice recevrait une nouvelle dotation de 300 millions de francs, qui serait dévolue à l'administration pénitentiaire pour soigner les détenus. Or, à mon avis, les besoins de santé des détenus sont sous-estimés. Tout en rendunt hommage au travail effectué par les médecins et par l'ensemble des personnels, notamment les infirmières de la Croix-Rouge, qui interviennent dans les établissements pénitentiaires, ce n'est pas leur faire injure de souligner que les moyens mis à leur disposition tant en locaux qu'en crédits ne correspondent pas à ce dont ils ont besoin pour assurer la qualité des soins. Il faur donc répondre à leur attente.

Il faut aussi veiller à prévoir une enveloppe suffisante pour que l'hospitalisation ne devienne pas la règle générale. Dans toute la mesure du possible, les soins doivent être dispensés dans les établissements.

Par ailleurs, nous attendons de vous des précisions de nature à apaiser les inquiétudes des personnels pénitentiaires qui se demandent comment ils feront face aux nouvelles tâches qui leur serotit imposées, si l'hospitalisation devaix se développer, pour assurer le transfert des prisonniers et leur surveillance dans les centres de soins.

Enfin, et je sais toute l'attention que vous accordez à ce problème, un important travail de prévention reste à faire en direction des prisonniers. Même si les chiffres ne sont pas très sûrs, le taux de contamination par le sida est élevé au sein de la population carcérale. Il convient donc de donner à nos médecins les moyens de répondre à cette attente sanitaire. Le sujet est demeuré tabou depuis cette circulaire de 1954 qui niait les relations sexuelles dans les prisons, mais nous savons que le problème existe et que la prévention s'impose. Il serait inconscient d'en rester au dépistage et au recensement épidémiologique sans entreprendre un véritable travail sanitaire en faveur de la population carcérale.

M. le président. La parole est à Mme Muguette Jacquaint.

Mme Muguette Jacquaint. Il y a en France 57 000 détenus et les modifications contenues dans ce projet de loi sont très importantes, puisque le chapitre II a pour objet, d'une part, d'affilier les détenus et leurs ayants droit à la sécurité sociale et de maintenir leurs droits un an après leur sortie et, d'autre part, de faire assurer par le service public hospitalier les examens et les soins nécessaires.

La population carcérale est exposée à des pathologies lourdes tant sur le plan infectieux que sur le plan psychologique. Il est injuste que les détenus soient doublement pénalisés en n'ayant pas accès aux soins. Aussi approuvons-nous qu'ils bénéficient désormais d'une protection sociale, mais comment sera-t-elle financée?

Comment les hôpitaux pourront-ils faire face à ces charges supplémentaires alors que leurs moyens risquent d'être réduits, même si la commission propose qu'elles soient financées hors taux directeur?

Comment les personnels hospitaliers seront-ils formés à ces nouvelles tâches? Quelles concertations auront lieu entre ces derniers et les personnels pénitentiaires?

Que deviendra l'indemnité de sujétion pour laquelle les personnels pénitentiaires exigent une revalorisation?

Même si tous les soins prodigués aux détenus ne seront pas pratiqués dans les hôpitaux, de quels moyens humains supplémentaires disposeront les hôpitaux qui souffrent déjà de carences en la matière?

Comment sera assurée la sécurité des personnels et des malades ?

Comment seron: assurées les obligations sanitaires à l'égard des détenus alors que la plupart d'entre eux vivent dans des conditions effroyables en raison notamment de la promiscuité?

Quels aménagements seront réalisés dans les hôpitaux pour prendre en compte la spécificité des pathologies?

Quelle concertation envisagez-vous avec les personnels des deux fonctions publiques et la caisse d'assurance maladie?

Autant de questions auxquelles le projet de loi n'apporte pas de réponses et qui cependant se posent. Faute de moyens, ce projet de loi ne se traduira pas par une améliotation sensible de l'état de santé des détenus. Pourtant, dans ce domaine aussi, il y a urgence sous peine que se développent très vite les pathologies très lourdes que j'ai déjà citées – hépatites B et C, tuberculose, sida. Un suivi sanitaire et une bonne prévention sont vraiment nécessaires.

Telles sont les questions que nous vous poson, monsieur le ministre.

M. le président. M. Houillon a présenté un amendement, n° 246, ainsi rédigé:

« Dans la première phrase du texte proposé pour l'article L. 711-3 du code de la santé publique, après les mots: "Le service public hospitalier assure", insérer les mots: "soit directement soit en passant des conventions avec des établissements privés". »

La parole est à M. Philippe Houillon.

- M. Philippe Houillon. Il s'agit d'apporter au texte une souplesse en donnant au service public hospitalier la possibilité de passer des conventions avec des établissements privés dans l'hypothèse où l'hôpital n'aurait pas les disponibilités suffisantes. Des expériences de ce type ont déjà été tentées depuis trois ou quatre ans et se sont révélées positives. Enfin, il n'est pas déraisonnable de faire appel à tous les professionnels de la santé, même dans de tels cas. Tel est l'objet de mon amendement.
 - M. le président. Quel est l'avis de la commission?
- M. Jean Bardet, rapporteur. Cet amendement n'a pas été examiné par la commission. A titre personnel, je ferai observer qu'il ne semble guère conforme à l'esprit du projet qui est de confier au service public les soins aux détenus. En outre, la plupart des villes dans lesquelles se trouve une prison étant pourvues d'un hôpital, il ne paraît pas logique de coufier ces soins aux établissements privés.
 - M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement?
- M. le ministre délégué à la santé. Monsieur le député, votre amendement semble reposer sur un malentendu. Je vous rappelle en effet que le service public hospitalier est assuré non seulement par les établissements publics stricto sensu, mais également par les établissements privés participant à cette mission de service public par décision de l'Etat. Cela signifie par conséquent que les établissements privés participant au service public hospitalier seront amenés à assurer des prestations de soins en milieu pénitentiaire lorsque leur situation géographique, par rapport aux établissements pénitentiaires, s'avère plus favorable.

Nous sommes donc pour le rejet de cet amendement.

- M. le président. Monsieur Houillon, maintenez-vous votre amendement?
- M. Philippe Houillon. Non, je le retire, monsieur le président.
 - M. le président. L'amendement n° 246 est tetiré. Personne ne demande plus la parole?...

Je mets aux voix l'article 2.

(L'article 2 est adopté.)

Article 2 bis

M. le président. « Art. 2 bis. – A l'occasion de la mise en application des dispositions du paragraphe I de l'article L. 381-30-5 du code de la sécurité sociale, la part des dépenses ainsi prises en charge par les régimes d'assurance maladie est financée hors taux directeur, en fonction des dépenses constatées et de leur évolution prévisible, selon des modalités déterminées par décret, »

M. Bardet, rapporteur, a présenté un amendement, n° 87, ainsi rédigé:

« Supprimer l'article 2 bis. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean Bardet, rapporteur. En fait, il s'agit d'un artifice de procédure: par cet amendement, nous ne voulons pas supprimer les dispositions de l'article 2 bis qui ont été introduits par le Sénat mais simplement les reprendre à l'article 3, ce qui permettra une meilleure lecture de la loi.

- M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement?
- M. le ministre délégué à la santé. Favorable.
- M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 87. (L'amendement est adopté.)
- M. le président. En conséquence, l'article 2 bis est supprimé.

Article 3

M. le président. « Art. 3. - La sous-section 1 de la section 9 du chapitre I^{er} du titre VIII du livre III du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée :

Sous-section 1. - Assurances maladie et maternité

- « Art. L.381-30. Les détenus sont affiliés obligatoirement aux assurances maladie et maternité du régime général à compter de la date de leur incarcération.
- « Les condamnés bénéficiant d'une mesure de semiliberté ou de placement à l'extérieur en application de l'article 723 du code de procédure pénale qui exercent une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres sont affiliés au régime d'assurance maladie-maternité dont ils relèvent au titre de cette activité. Toutefois, les intéressés sont affiliés au régime général lorsqu'ils ne remplissent pas les conditions leur permettant de bénéficier des prestations des assurances maladie et maternité du régime dont ils relèvent au titre de leur activité.
- « Les dispositions de l'article L. 115-6 ne sont pas applicables aux détenus.
- « Une contribution peut être demandée, lorqu'ils disposent de ressources suffisantes, aux détenus assurés en vertu du premier alinéa ou à leurs ayants droit.
- « Les conditions d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.
- 4 Art. L. 381-30-1. Durant leur incarcération, les détenus affiliés en application de l'article L. 381-30 bénéficient pour eux-mêmes et, sous réserve de l'article L. 161-25-2, pour leurs ayants droit des prestations en nature des assurances maladie et maternité.
- « Toutefois, les détenus de nationalité étrangère qui ne remplissent pas les conditions prévues à l'article L. 115-6 ne bénéficient que pour eux-mêmes des prestations en nature des assurances maladie et maternité.
- « Les dispositions de l'article L. 161-13 ne sont pas applicables aux détenus de nationalité étrangère et à leurs ayants droit qui ne satisfont pas aux conditions prévues par les articles L. 161-25-1 et L. 161-25-2.
- « An. L. 381-30-2. L'Etat est redevable d'une cotisation pour chaque détenu affilié en application de l'article L. 381-30. Cette cotisation est calculée sur la base d'une assiette forfaitaire et d'un taux déterminés par décret en tenant compte de l'évolution des dépenses de santé de la population carcérale.
- « An. I. 381-30-3. Les cotisations dues par l'Etat en application de l'article L. 381-30-2 font l'objet d'un versement global à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dont le montant est calculé et acquitté selon des modalités déterminées par décret en Conseil d'Etat.
- « Art. L. 381-30-4. La rémunération versée aux détenus qui exécutent un travail pénal est soumise à cotisations patronale et salariale d'assurance maladie et maternité dans des conditions et selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat. Les obligations de l'employeur sont assumées par l'administration pénitentiaire.

- « Art. L. 381-30-5. I. La part des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie afférente aux soins dispensés aux détenus, soit en milieu hospitalier, soit en milieu pénitentiaire, par un établissement de santé en application du dernier alinéa de l'article L. 711-3 du code de la santé publique est financée par la dotation globale versée à cet établissement en application de l'article L. 174-1.
- « II. L'Etat verse à l'établissement de santé le montant du forfait journalier institué par l'article L. 174-4 ainsi que la part des dépenses de soins non prise en charge par l'assurance maladie dans la limite des tarifs servant de base au calcul des prestations.

« Art. L. 331-30-6. - L'Etat prend en charge :

- «1° Les dépenses afférentes aux actions de prévention et d'éducation pour la santé engagées par l'établissement de santé, sous réserve de celles qui sont prises en charge par d'autres personnes morales de droit public ou privé et notamment par le département en application de l'article 37 de la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat;
- « 2° Les frais de transport du personnel hospitalier, des produits et petits matériels à usage médical et des produits pharmaceutiques ;
- « 3° Les frais d'aménagement des locaux spécialement prévus pour l'admission des détenus dans les établisements de santé et dans les centres de détention. »

ARTICLE L. 381-30 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

- M. le président. M. Bardet, rapporteur, a présenté un amendement, n° 88, ainsi rédigé :
 - "Dans l'avant-dernier alinéa du texte proposé pour l'article L. 381-30 du code de la sécurité sociale, substituer aux mots: "Une contribution", les mots: "Une participation". "

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean Bardet, rapporteur. Le Sénat a adopté une disposition prévoyant qu'une contribution pourrait être demandée aux détenus assurés affiliés automatiquement au régime général de la sécurité sociale.

Cette disposition semble intéressante et a été retenue par le Gouvernement. Mais, compte tenu des conditions de rapidité dans lesquelles cet amendement a été déposé par le Sénat, il convenait de revoir sa rédaction. Afin qu'il ne soit pas adopté dans les termes exacts du Sénat, j'ai donc proposé une modification rédactionnelle en attendant son réexamen pendant les navettes.

- M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement?
- M. le ministre délégué à la santé. Le Gouvernement s'en remet à la sagesse de l'Assemblée.
- M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 88. (L'amendement est adopté.)

ARTICLE L. 381-30-1 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

M. le président. MM. Bartolone, Laurent Cathala et les membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 256, ainsi rédigé :

« Supprimer le deuxième et le troisième alinéa du texte proposé pour l'article L. 381-30-1 du code de la sécurité sociale. »

La parole est à M. Claude Bartolone.

M. Claude Bartolone. Cet amendement rejoint un peu la discussion que nous avons eue à propos de la turber-culose.

Sachant bien quelles populations sont la cible de la recrudescence de maladies telles que la ruberculose ou le saturnisme, nous considérons qu'il est nécessaire de soumettre les détenus, qu'ils soient de nationalité française ou étrangère, aux mêmes droits. En privant les ayants droit de détenus de la protection sociale, on marginalise en fait une partie de la population qui a besoin d'être couverte. Or, on le sait bien – et le débat que nous venons d'avoir l'arteste encore –, lorsqu'une population est arteinte d'une infection, quelle qu'elle soit, le risque de contamination est grand et il vaux mieux pour la collectivité que les soins puissent être dispensés le plus rapidement possible.

Voilà les raisons qui nous ont amenés à proposer cet amendement.

- M. le président. Quel est l'avis de la commission?
- M. Joan Bardet, rapporteur. Le texte du projet de loi précise que les détenus sont affiliés au régime général de la sécurité sociale, quelle que soit leur nationalité, et bénéficient pour eux-mêmes et pout leurs ayants droit des prestations.

L'article 36 du code de la sécurité sociale précise cependant que les ayants droit qui sont de nationalité étrangère et qui sont en situation irrégulière n'ont pas le droit à la sécurité sociale.

Par conséquent, votre amendement instaurerait une sorte de prime à l'incarcération en favorisant les ayants droit de détenus.

C'est pourquoi la commission s'est déclarée défavorable à l'adoption de cet amendement.

- M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement?
- M. le ministre délégué à la santé. Position identique à celle de la commission.
- M. le président. La parole est à M. Jean-Yves Chamard, contre l'amendement.
- M. Jean-Yves Chamard. Je rejoins tout à fait M. le tapporteur. Prenons deux personnes étrangères, toutes deux en situation irrégulière: l'une a pour conjoint une personne incarcérée, l'autre non. Si nous suivions M. Bartolone, celle dont le conjoint est incarcéré bénéficierait d'une couverture sociale. Ce serait un comble! J'imagine que M. Bartolone va retirer son amendement car, en termes de communication médiatique sur la situation des étrangers, nous atteignons des sommets!

Bien évidemment, quand un problème de santé publique se pose, les hôpitaux sont là pour accueillir et soigner tout le monde, quelle que soit la situation.

Je souhaiterais donc, monsieur Bartolone, que vous retiriez votre amendement car il n'est pas possible qu'on puisse laisser les Français comprendre: oui, vous êtes en situation irrégulière, mais faites incarcérer votre conjoint et cela s'arrangera!

- M. le président. Monsieur Bartolone, retirez-vous votre amendement?
 - M. Claude Bartolone. Non, monsieur le président.
- M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 256.

(L'amendement n'est pas adopté.)

ARTICLE L. 381-30-2 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

M. le président. Le Gouvernement a présenté un amendement, n° 7, ainsi rédigé:

« A la fin de la deuxième phrase du texte proposé pour l'article L. 381-30-2 du code de la sécurité sociale, supprimer les mots : « en tenant compte de l'évolution des dépenses de santé de la population carcérale ».

La parole est à M. le ministre.

M. le ministre délégué à la santé. La sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité et d'égalité entre tous les assurés : ceux-ci ont droit aux mêmes prestations, quel que soit le montant des cotisations acquittées.

Il ne peut donc être envisagé d'identifier de façon spécifique une catégorie d'assurés sociaux intégrés de plein droit au sein du régime général et de fixer le montant des cotisations en fonction de l'évolution de leurs dépenses de santé.

Ce principe de solidarité doit s'appliquer à l'ensemble des assurés sociaux ressortissants directs du régime général y compris aux détenus qui, aux termes du projet de loi, sont des assurés sociaux de droit commun.

- M. le président. Quel est l'avis de la commission?
- M. Jean Bardet, rapporteur. Défavorable. En effet, les sommes données par l'Etat 6 000 francs par détenu et par an sont déjà inférieures aux sommes versées par la plupart des Français à la sécutité sociale. Or, il s'agit d'une population nous y avons tous insisté qui a plus de problèmes de santé. Il semble donc normal que les cotisations versées par l'Etat augmentent en fonction des dépenses.
 - M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 7. (L'amendement n'est pas adopté.)

ARTICLE L. 381-30-5 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

- M. le président. M. Bardet, rapporteur, a présenté un amendement, n° 89, ainsi rédigé:
 - « Compléter le I du texte proposé pour l'article L. 381-30-5 du code de la sécurité sociale par l'alinéa suivant :
 - « Cette part est financée hors taux directeur, en fonction des dépenses de fonctionnement et d'investissement constatées et de leur évolution prévisible, selon les modalités déterminées par décret. »

La parole est à M. le rapporteur.

- M. Jean Bardet, rapporteur. Cet amendement reprend les dispositions de l'article 2 bis qui a été supprimé précédemment et il prévoit que la part de dépenses prise en charge par l'assurance maladie est financée hors taux directeur.
 - M. le président. Quel est l'avis du Gouvemement?
- M. le ministre délégué à la santé. Il s'agit donc d'un amendement de conséquence de l'amendement n° 87 qui a supprimé l'article 2 bis. Il vise, en outre, à pétenniser un financement individualisé des dépenses hospitalières correspondant à la prise en charge des détenus.

Le Gouvernement s'en remet à la sagesse de l'Assemblée.

M. le président. Je niets aux voix l'amendement n° 89. (L'amendement est adopté.)

ARTICLE L. 380-30-6 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

- M. le président. M. Bardet, rapporteur, a présenté un amendement, n° 90, ainsi rédigé:
 - "Dans le dernier alinéa (3°) du texte proposé pour l'article L. 381-30-6 du code de la sécurité sociale, substituer aux mots: "centres de détention", les mots: "établissements pénitentiaires":

La parole est à M. le rapporteur.

- M. Jean Bardet, rapporteur. Amendement purement rédactionnel. Les centres de détention ne sont en effet qu'une part des établissements pénitentiaires.
 - M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement?
 - M. le ministre délégué à la santé. Favorable.
 - M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 90. (L'amendement est adopté.)
- M. le président. Personne ne demande plus la parole?...

Je mets aux voix l'article 3 du projet de loi, modifié par les amendements adoptés.

(L'article 3 du projet de loi, ainsi modifié, est adopté.)

Article 4

M. le président. « Art. 4. – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 381-30-1 du code de la sécurité sociale, les détenus incarcérés dans les établissements pénitentiaires à l'intérieur desquels le service public hospitalier, à titre transitoire, n'assure pas encore les soins, et notamment les établissements pénirentiaires dont le fonctionnement est régi par une convention mentionnée à l'article 2 de la loi n° 87-432 du 22 juin 1987 relative au service public pénitenriaire, ne bénéficient des prestations en nature d'assurance maladie et matemité qu'en cas d'admission dans les établissements de santé. »

Le Gouvernement a présenté un amendement, n° 8, ainsi rédigé :

« Compléter l'article 4 par l'alinéa suivant :

« Dans ce cas, la cotisation due par l'Etat en application de l'article L. 381-30-2 du code de la sécurité sociale est minorée d'un pourcentage fixé par le décret mentionné à l'article L. 381-30-2. » La parole est à M. le ministre.

M. le ministre délégué à la santé. Le dispositif prévu comprend une montée en charge progressive liée, d'une part, à la conclusion des conventions et, d'autre part, à la situation des établissements pénitentiaires du « programme 13 000 » dans lesquels les soins courants doivent être assurés par le concessionnaire jusqu'au terme des concessions de service public.

Au cours de cette période transitoire, seuls les soins dispensés à l'hôpital seront financés par l'assurance maladie, les soins dispensés en prison continuant d'être pris en charge par l'administration pénitentiaire.

Le présent amendement, qui reprend la rédaction initiale du Gouvernement, a donc pour objet de moduler le montant de la cotisation individuelle pour tenir compte de l'intervention financière limitée de l'assurance maladie pendant cette phase de mise en place de la réforme.

- M. le président. Quel est l'avis de la commission?
- M. Jean Bardet, rapporteur. Pour les mêmes raisons que celles exprimées par M. le ministre, la commission s'est déclarée favorable à cet amendement.
- M. le président. La parole est à M. Claude Bartolone, contre l'amendement.
- M. Claude Bartolone. Je suis en fait plus préoccupé qu'opposé.

J'ai en effet le sentiment, monsieur le ministre, que le système que vous nous proposez va inciter les directions d'établissements pénitentiaires à diriger un plus grand nombre de détenus vers les hôpitaux. En prévoyant que

ceux qui seront hospitalisés seront remboursés dans le cadre de la convention passée avec la sécurité sociale et que seuls ceux qui seront soignés en prison seront pris en charge sur le budget de la pénitentiaire, vous allez très rapidement augmenter le flux des personnes incarcérées orientées vers l'hôpital.

Mme Muguette Jacquaint. Tout à fait!

- M. Claude Bartolone. Je ne comprends pas cette logique, monsieur le ministre.
 - M. le président. La parole est à M. le ministre.
- M. le ministre délégué à la santé. En tout étar de cause, le type de malades hospitalisés ne changera pas beaucoup avant et après la réforme. Après un infarctus du myocarde, par exemple, un détenu va déjà au centre hospitalier général ou universitaire ou en clinique privée. Ce qui importe, c'est de faire entrer, avec l'hôpital, la prévention et l'éducation pour la santé dans les prisons, comme vous le souhaitiez, monsieur le député.
- M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 8. Je constate que le groupe communiste et le groupe socialiste votent contre.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Personne ne demande plus la parole?...

Je mets aux voix l'article 4, modifié par l'arnendement n° 8.

(L'article 4, ainsi modifié, est adopté.)

Article 5

M. le président. « Art. 5. – L'article L. 161-12 du code de la sécurité sociale est abrogé. »

Personne ne demande la parole?... je mets aux voix l'article 5. (L'article 5 est adopté.)

Article 5 bis

- M. le président. « Art. 5 bis. I. Les personnels infirmiers régis par le décret n° 90-230 du 10 mars 1990 relatif au statut particulier des infirmiers des services extérieurs de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse exerçant leurs fonctions dans les établissements pénitentiaires peuvent être détachés, sur leur demande, dans un corps d'infirmiers de la fonction publique hospitalière ou dans l'un des corps régis par le décret n° 84-99 du 10 février 1984 relatif au statut des infirmiers et infirmières des services médicaux des administrations centrales de l'Etat, des services extérieurs qui en dépendent et des établissements publics de l'Etat.
- « II. Les infirmières recrutées pour une durée indéterminée par la Croix-Ronge française sur la base de la convention du 17 février 1987 conclue, par cette dernière, avec le ministère de la justice penvent, jusqu'au 31 mars 1995, être recrutées par les établissements de santé assurant la prise en charge sanitaire des détenus dans les conditions déterminées par voie réglementaire. »

Le Gouvernement a présenté un amendement, nº 9, ainsi libellé:

« Rédiger ainsi l'article 5 bis:

« I. - Les personnels infirmiers fonctionnaires régis par le décret n° 90-230 du 14 mars 1990, en fonctions dans les services extérieurs de l'administration pénitentiaire à la date de la prise en charge effective par les établissements publics de santé associés au dispositif de soins en milieu pénitentiaire des obligations de service public mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 711-3 du code de la santé publique, sont détachés auprès desdits établissements dans un des corps des personnels infirmiers de la fonction publique hospitaliète s'ils remplissent les

conditions d'accès audit corps.

«II. – Dans un délai d'un an à compter de la date mentionnée au I ci-dessus, les personnels pourront opter pour leur intégration dans un des corps précités, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Les services accomplis dans le corps des infirmiers des services extérieurs de l'administration pénitentiaire sont considérés comme services effectifs accomplis dans les établissements puolics de santé. Les agents qui n'auront pas fait valoir leur droit à intégration pourront demander leur intégration à la première vacance constatée dans leur corps d'origine ou à défaut, leur intégration dans un des autres corps d'infirmiers relevant de la fonction publique de l'Etat.

«III. - Les personnels infirmiers régis par la convention collective de la Croix-Rouge en fonctions à la date de la prise en charge mentionnée au I ci-dessus dans les services extérieurs de l'administration pénitentiaire sont mis à la disposition des établissements publics de santé associés au dispositif de soins en milieu pénitentiaire pour une période ne pouvant excéder la date d'expiration de la convention passée entre le ministère de la justice et la

Croix-Rouge.

« Les établissements publics de santé associés au dispositif de soins en milieu pénitentiaire peuvent maintenir et prendre à leur charge après son expiration les obligations résultant de la convention passée entre le ministère de la justice et la Croix-Rouge. »

La parole est à M. le ministre.

M. le ministre délégué à le santé. L'amendement voté par le Sénat présente le risque de priver les établissements publics de santé des personnels qualifiés immédiatement nécessaires pour garantir la continuité des soins des personnes incarcérées. Afin de pallier cet inconvénient et pour régler au mieux la situation des infirmiers relevant de l'administration pénitentiaire, il est proposé, dans un premier temps, de les détacher auprès des établissements publics de santé.

Dans un délai d'un an, ils pourront opter soit pour leur intégration dans le corps infirmier de la fonction publique hospitalière, soit pour leur réintégration à la première vacance constatée dans leur corps d'origine ou, à défaut, dans l'un des autres corps infirmiers relevant de la

fonction publique de l'Etat.

Cette proposition a l'avantage d'assurer tout à la fois aux établissements hospitaliers la collaboration de personnels qualifiés afin d'assurer la mission nouvelle qui leur incombe, et aux agents concernés la garantie de leurs droits statutaires.

Aux termes de celle-ci, ces établissements pourront continuer à recourir aux services de ces personnels selon des modalités prévues par les nouvelles conventions qui pourront être passées entre chacun des établissements concernés et la Croix-Rouge.

Tel est le sens de l'amendement qui vous est proposé.

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

M. Jean Bardet, rapporteur. Dans mon rapport, j'ai insisté sur le rôle des infirmières pénitentiaires et sur la nécessité d'un reclassement pour ces personnes qui

exercent un métier difficile et ingrat. La rédaction du Gouvernement apporte une amélioration par rapport à celle du Sénat. La commission s'est donc déclarée favorable à cet amendement.

M. le président. Contre l'amendement, la parole est à Mme Muguette Jacquaint.

Mme Muguette Jacquaint. Je constate, monsieur le ministre, que l'amendement n° 9 du Gouvernement ne répond qu'en partie à toutes les questions que nous avons posées sur le statut du personnel infirmier qui allait passer du milieu carcéral au milieu hospitalier. Comment vont évoluer leur profession, leur formation, leur salaire? Des incertitudes demeurent.

M. le président. Je mets au voix l'amendemnt n° 9. (L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, ce texte devient l'article 5 bis.

Article 6

M. le président. «Art. 6. – Les dispositions des articles 2 à 5 bis entrent en vigueur le 1^{er} janvier 1994. »

Personne ne demande la parole?...

Je mets aux voix l'article 6.

(L'article 6 est adopté.)

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

2

DÉCÈS D'UN ANCIEN DÉPUTÉ

M. le président. Mes chers collègues, avant de lever la séance, je dois vous faire part du décès de notre ancien collègue, Claude Labbé.

Vous partagerez sans doute mon émotion en apprenant la disparition d'un homme qui, pendant de très nombreuses années, a joué un rôle de tout premier plan dans notre assemblée.

Claude Labbé avait été élu pour la première fois en 1958. Il fut président de groupe treize ans durant, puis dirigea nos travaux en tant que vice-président de l'Assemblée nationale de 1986 à 1992. Il aura ainsi siégé près de vingt ans sans discontinuer à la conférence des présidents.

Je pense être l'interprète de toute l'Assemblée en exptimant des condoléances émues à la famille de Claude Labbé et à ses amis du groupe du Rassemblement pour la République.

Pour ma part, je voudrais simplement exprimer l'hommage et la gratitude que doit à sa mémoire notre institution qu'il aura si bien servie.

ORDRE DU JOUR

M. le président. Ce soir, à vingt et une heures trente, troisième séance publique:

Suite de la discussion du projet de loi, adopté par le Sénat, nº 655, relatif à la santé publique. M. Jean Bardet, rapporteur au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales (rapport n° 755).

La séance est levée.

(La séance est levée à dix-neuf heures vingt.)

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

	•		
m 12			
91.			
<u>Co</u>			
·			
			V . Y
			A.U.

			6.13
			0.53
			10
		α.	
			1.0
			1 1
-			