

SOMMAIRE

PRÉSIDENCE DE M. CLAUDE GAILLARD

1. **Loi de finances pour 1996 (deuxième partie).** – Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 2).

SANTÉ PUBLIQUE ET ASSURANCE MALADIE (*suite*)

Réponses de Mme Elisabeth Hubert, ministre de la santé publique et de l'assurance maladie, aux **questions** de : MM. Jean-Pierre Brard, Braouezec, Mmes Martine Aurillac, Simone Rignault, MM. Anicet Turinay, Jean-Louis Beaumont, Dominique Paillé, Paul Chollet, Yves Van Haecke, Jean-Yves Chamard, Yves Rousset-Rouard, Paul Chollet, Michel Dessaint.

M. Jean-Pierre Foucher.

Suspension et reprise de la séance (p. 11)

SANTÉ PUBLIQUE ET SERVICES COMMUNS

Etat B

Titre III (p. 11)

Amendement n° 110 rectifié de M. Thomas : MM. Jean-Pierre Thomas, Augustin Bonrepaux, rapporteur spécial de la commission des finances ; Jean-François Mattéi, rapporteur pour avis de la commission des affaires culturelles ; Mme le ministre, MM. Etienne Garnier, Bernard Accoyer, Laurent Dominati. – Adoption.

Amendement n° 92 de la commission des finances : M. le rapporteur spécial. – Retrait.

Adoption du titre III modifié.

Titre IV (p. 12)

Amendements n°s 111 rectifié de M. Thomas et 122 de M. Accoyer : MM. Jean-Pierre Thomas, Bernard Accoyer, le rapporteur pour avis, le rapporteur spécial, Mme le ministre, Etienne Garnier, Paul Chollet, Bernard Murat. – Retrait de l'amendement n° 111 rectifié ; adoption de l'amendement n° 122.

Amendement n° 93 de la commission : M. le rapporteur spécial. – Retrait.

Adoption du titre IV modifié.

Etat C

Titres V et VI. – Adoption (p. 12)

Après l'article 68 (p. 12)

Amendement n° 109 de M. Bonrepaux : MM. le rapporteur spécial, Jean-Pierre Thomas, Mme le ministre. – Rejet.

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

2. **Dépôt d'une proposition de loi adoptée par le Sénat** (p. 16).
3. **Ordre du jour** (p. 17).

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENCE DE M. CLAUDE GAILLARD, vice-président

La séance est ouverte à vingt-deux heures.

M. le président. La séance est ouverte.

1

LOI DE FINANCES POUR 1996 (DEUXIÈME PARTIE)

Suite de la discussion d'un projet de loi

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion de la deuxième partie du projet de loi de finances pour 1996 (n^{os} 2222, 2270).

SANTÉ PUBLIQUE ET ASSURANCE MALADIE *(suite)*

M. le président. Nous poursuivons l'examen des crédits du ministère de la santé publique et de l'assurance maladie.

QUESTIONS

M. le président. Nous en arrivons aux questions.

Pour le groupe communiste, la parole est à M. Jean-Pierre Brard.

M. Jean-Pierre Brard. Madame le ministre de la santé publique et de l'assurance maladie, depuis des années, l'hôpital public connaît dans notre pays de graves problèmes, dont ont notamment témoigné récemment les actions du personnel infirmier.

La limitation à 2,1 p. 100 du taux d'évolution des budgets hospitaliers va aggraver considérablement la situation et entraîner, entre autres, un gel des emplois. De plus, cette limitation ne permettra pas le remplacement d'équipements obsolètes, ce qui aura des conséquences néfastes sur la qualité des soins. Dans le même temps, les efforts spécifiques que nécessitent les pathologies particulières ne pourront être accomplis. Dans les zones urbaines, le nombre de malades du sida augmente vite. A l'hôpital André-Grégoire de Montreuil, par exemple, qui concerne neuf communes, dont la mienne, depuis deux ans la « file active » a doublé chaque année et l'on peut malheureusement supposer que cette tendance va s'amplifier. Ce constat est valable pour nombre d'hôpitaux des zones urbaines, ceux de la circonscription de mon collègue Patrick Braouzec mais bien d'autres encore.

En outre, dans des secteurs dont la population est socialement défavorisée et connaît de ce fait des difficultés d'accès aux soins, les malades sidéens présentent, lors de leur prise en charge, des pathologies induites, arrivées à un stade avancé, dont le traitement est évidemment coûteux et alourdit la charge de divers services. Que comptez-vous faire, madame le ministre, pour répondre à ces situations et dépasser le quelque peu squelettique 0,14 p. 100 octroyé au traitement du sida et le 0,01 p. 100 affecté à la prise en charge de l'hépatite C dans l'évolution du taux directeur - hépatite C dont je n'ai pas besoin de parler davantage car la presse s'est largement fait l'écho du problème ces derniers jours.

Globalement, la répartition des moyens financiers entre les hôpitaux publics s'effectue selon des normes périmées et très inéquitables. Des dépassements sont tolérés pour certaines structures, ce qui accroît l'inéquité. Dès maintenant, le dispositif dit « Programme de médicalisation du système d'information » est faussé et va pénaliser des établissements ayant, par exemple, des activités importantes de réanimation et de soins intensifs, car l'indice synthétique d'activité pour ces services est sous-évalué du fait de déséquilibres dans le panel ayant servi à la définition du barème. Que comptez-vous faire, madame le ministre, pour assurer une réelle adéquation des dotations aux besoins ?

Ma dernière question ne sera pas interro-négative, comme on dit dans les manuels de grammaire, mais « interro-affirmative ». Eh oui ! c'est une nouvelle catégorie grammaticale. *(Sourires.)*

M. Bernard Accoyer. Intéressant !

M. Jean-Pierre Brard. Et si je dis cela, c'est pour être courtois, car je n'ai pas de doutes sur ce que ma question sous-tend. Est-il bien clair que les hôpitaux de Paris *intra-muros* ont vocation à accueillir tous les malades qui s'y présentent, ce qui éviterait d'accroître la charge déjà très lourde des établissements de la périphérie ?

M. le président. La parole est à Mme le ministre de la santé publique et de l'assurance maladie.

Mme Elisabeth Hubert, ministre de la santé publique et de l'assurance maladie. Monsieur le député, je suis d'autant plus sensible à vos propos que vous m'avez invitée à aller voir sur place ce qu'il en était des activités de l'hôpital que vous avez cité.

M. Jean-Pierre Brard. Absolument ! Vous y êtes attendue, madame le ministre !

Mme le ministre de la santé publique et de l'assurance maladie. Je compte bien m'y rendre dès que mon emploi du temps me le permettra.

Vous m'avez posé des questions précises sur le taux directeur hospitalier et sur ce qu'il permettra de faire l'an prochain. Comme je l'ai expliqué dans mon intervention générale, je suis tout à fait consciente qu'un taux directeur de 2,1 p. 100 créera des difficultés à l'ensemble des hôpitaux. Vous avez été nombreux, sur ces bancs, à dénoncer les conditions dans lesquelles les hôpitaux fonctionnent actuellement.

En effet, comme vous le soulignez, monsieur Brard, nous constatons aujourd'hui malheureusement une absence d'adéquation entre l'offre de soins et les besoins. Certaines pathologies ne présentent heureusement plus la même gravité – et elles ne nécessitent plus les mêmes soins – qu'il y a vingt ou vingt-cinq ans. Elles ne correspondent plus aux mêmes données. Nous devons donc évoluer, nous adapter.

En revanche de nouvelles pathologies sont apparues, le sida notamment, et nous devons consacrer des moyens importants à la prise en charge des malades qui en sont atteints, tout comme d'ailleurs, dans un autre registre, à une meilleure prise en charge, des personnes âgées que vous êtes nombreux ici à demander. Nous devons donc, à l'avenir, modifier l'adéquation de l'offre de soins et des besoins.

Au cours des semaines à venir nous ferons des propositions pour que nos objectifs soient mis en œuvre dès 1997 et pour que le mode de financement des activités hospitalières ne soit plus aveugle et déresponsabilisant comme il l'est aujourd'hui, pour qu'il ne soit plus démotivant pour les plus innovants, les plus dynamiques, les plus performants. Ce sont eux en effet que nous devons récompenser. C'est à eux qu'il faut donner les moyens de répondre véritablement aux besoins. C'est ce que nous voulons faire dès l'année 1996. Il faut amener les uns et les autres à mieux évaluer l'offre de soins dans les hôpitaux et à rétablir un équilibre dans la mise en œuvre des moyens.

S'agissant du sida, il existe effectivement une enveloppe de crédits spécifique, mais les malades sont de toute façon pris en charge normalement sur les budgets des hôpitaux, au même titre que tous les autres malades.

M. Jean-Pierre Brard. C'est une pathologie lourde !

Mme le ministre de la santé publique et de l'assurance maladie. C'est en effet une pathologie lourde, notamment pour ce qui est de la nutrition et de la lutte contre la douleur. La lutte contre la douleur qui est l'un des objectifs que je poursuis car nous sommes très en retard en la matière dans notre pays. C'est donc ce « plus » qui est intégré dans l'enveloppe spécifique.

De plus, en 1996, 25 millions de francs de crédits hospitaliers seront consacrés à l'hépatite C. Mais l'épidémiologie de cette maladie rend nécessaire le dépistage et la prise en charge précoce des personnes qui en sont atteintes pour leur éviter une hépatite chronique, une cirrhose ou même un cancer du foie. Nous devons donc réorienter notre offre de soins pour l'adapter à ces besoins nouveaux.

Vous me dites, monsieur Brard, que le programme de médicalisation du système d'information – PMSI – n'est pas l'outil adapté et qu'il est quelque part un peu faussé. C'est bien parce que je sais qu'il n'est pas parfait que la circulaire du mois d'août destinée aux hôpitaux a précisé que c'était un outil de connaissance, permettant des comparaisons, mais qu'il ne s'agissait pas de l'outil exclusif du mode de financement de demain. En effet, l'évaluation des moyens financiers à accorder aux hôpitaux devra être faite en fonction de certains facteurs, à savoir de l'innovation – pas seulement médicale d'ailleurs, mais aussi sociale – et de la performance. Il faudra également intégrer des facteurs de qualité.

Or le PMSI est purement quantitatif. Certaines études révèlent d'ores et déjà, pour une même activité, dans une même catégorie d'établissements, des discordances très fortes puisqu'elles vont de un à trois. J'ai donc décidé de jouer la transparence en 1996. Nous communiquerons

des comparatifs dans les régions, à charge pour les services déconcentrés de diffuser cette information. Il ne s'agit pas en effet de donner moins à celui qui a plus et plus à celui qui a moins, mais d'alerter les uns et les autres sur leur situation par rapport à celle d'autres hôpitaux, ce que personne n'a encore pu faire.

C'est cette transparence que nous voulons mettre en œuvre dès l'année 1996, même si ses effets ne seront pris en compte que pour les années suivantes.

Vous avez par ailleurs évoqué une question à laquelle je suis sensible, monsieur Brard : c'est le devoir des hôpitaux publics, quels qu'ils soient, d'accueillir tous les malades qui relèvent de leur compétence, de leur territoire d'activité. Une réorganisation est en cours au niveau de l'ensemble des hôpitaux de l'assistance publique – et je ne dis pas cela pour vous faire plaisir, monsieur Brard... (*Sourires.*)

M. Jean-Pierre Brard. Mais ce n'est pas interdit, madame le ministre !

Mme le ministre de la santé publique et de l'assurance maladie. ... car c'est une réalité.

Il y avait en effet un net déséquilibre entre la grande couronne parisienne – cela vous intéresse aussi, monsieur Beaumont – et la ville de Paris où s'opère la plus forte concentration d'établissements, de lits et de moyens. Nous devons, aujourd'hui, mieux harmoniser l'offre de soins avec les besoins et faire en sorte que les malades qui relèvent d'un hôpital soient correctement accueillis. Inutile de vous dire que je tiendrai compte de votre remarque, monsieur Brard, et que les observations nécessaires seront faites à qui de droit en la matière, surtout si vous avez des exemples précis.

M. Jean-Pierre Brard. Ne vous en faites pas, nous vous en donnerons !

M. le président. Après ces rappels un peu longs, la parole est à M. Patrick Braouezec.

M. Patrick Braouezec. Madame le ministre, si vous vous rendez à Montreuil, à l'invitation de M. Brard, n'hésitez pas à passer à Saint-Denis, je vous y convie aussi. Ce n'est pas très loin et vous ferez d'une pierre deux coups (*Sourires.*)

Les crédits proposés dans le cadre du projet de budget de la santé pour 1996 pour lutter contre la toxicomanie et améliorer l'accueil et la prise en charge des toxicomanes ont déjà donné l'occasion à plusieurs de mes collègues de souligner l'effort du Gouvernement en la matière. Il convient effectivement de prendre en considération les 50 millions de francs de mesures nouvelles, ainsi que les 31 millions de francs inscrits au budget du ministère de l'intégration au titre de l'action interministérielle dans ce domaine. Mais cette progression reste encore bien timide au regard des moyens qu'il faudrait engager pour commencer à combler significativement le retard de notre pays en matière de prévention des toxicomanies, de soins et d'aide aux toxicomanes.

Ces crédits sont d'autant plus décevants qu'ils doivent permettre la mise en œuvre du nouveau plan triennal adopté par le comité interministériel, le 14 septembre dernier. Même si les renforcements annoncés sur les actions d'information, de prévention ou d'insertion en secteur hospitalier sont très utiles pour la diversité du dispositif, à aucun moment la surcharge de travail des centres de soins due à l'augmentation de leur fréquentation ne semble prise en compte.

Avec une hausse de fréquentation moyenne de 30 p. 100 par an depuis quatre ans et sans augmentation de la subvention de l'Etat, pourtant prévue lors de la conclusion des avenants modifiant les clauses de la convention collective nationale du travail du 15 mars 1966 pour compenser le surcroît de leurs charges de fonctionnement, les centres de soins spécialisés devront continuer à faire le maximum avec le minimum qui leur est accordé. Quant aux centres d'accueil sans hébergement, ils ont vu leur file active doubler en moins de trois ans, sans qu'aucun renforcement de cet outil n'ait été prévu avant le plan triennal. Dans ces conditions, il est à craindre que ces dispositions tardives ne soient pas suffisantes pour permettre aux centres d'accueil asphyxiés de faire face à la demande.

L'association nationale des intervenants en toxicomanie – ANIT – a estimé que seul un effort à hauteur de 148 millions de francs supplémentaires serait en mesure d'assurer un dispositif d'accueil et de soins de qualité prenant en compte la diversité des situations, l'évolution et l'accroissement important des demandes de soin, et de répondre réellement aux objectifs du nouveau plan gouvernemental.

Aujourd'hui, le dispositif d'hébergement en structure spécialisée est à même d'accueillir 10 p. 100 seulement des personnes qui en font la demande. Quant aux délais imposés à ces patients pour accéder au processus de soin, ils sont tout simplement inacceptables. Est-il normal qu'une personne doive attendre deux à trois semaines pour un premier rendez-vous dans un centre d'accueil et quatre à six mois avant d'être reçue dans un centre de postcure ?

Dans ces conditions, pensez-vous qu'il soit possible de surcharger un secteur sans en consolider sérieusement les bases, et réévaluer les besoins de l'existant ? Est-il normal qu'aucun moyen ne soit consacré à cette nécessaire évaluation, lorsque l'on sait que d'autres pays européens, comme la Suisse et la Grande-Bretagne, consacrent 10 p. 100 supplémentaires au budget de soin pour cela ?

Plus généralement, n'est-il pas illusoire de décréter une « mobilisation nationale » sur les questions de lutte contre les toxicomanies, d'aide et de soin aux toxicomanes, sans prendre en compte l'inquiétude et l'avis des professionnels qui estiment qu'ils ne pourront pas faire face aux besoins avec les moyens qui leur sont alloués ?

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

Mme le ministre de la santé publique et de l'assurance maladie. Soyez rassuré, monsieur le président, je serai brève dans ma réponse, non que la question posée soit sans importance mais parce qu'elle est trop vaste. Il s'agissait d'ailleurs d'une série d'observations et d'orientations.

Comme je l'ai indiqué, les crédits affectés à la toxicomanie, de l'ordre de 870 millions de francs, enregistrent une augmentation extrêmement importante par rapport à 1995. Elle est, il est vrai, justifiée par l'ampleur du problème, même si nous savons bien que nous sommes encore en dessous du niveau nécessaire.

Au total, et comme le prévoyait le plan que nous avons annoncé il y a quelques semaines, si on ajoute les moyens relevant de l'assurance maladie, c'est plus d'un milliard de francs qui sera consacré à la toxicomanie par le biais de la prévention, des soins et de l'accompagnement social. Bien entendu, mais ce volet ne concerne pas mon ministère, des actions de répression du trafic de drogue seront également engagées.

La prévention, qui relève de la direction de l'action sociale, concerne davantage le ministère de l'intégration et de la lutte contre l'exclusion. Elle repose sur quatre grands types de mesures : les points-écoute jeunes, les points-écoute familles, un aspect formation, très important selon nous, et un aspect documentation.

S'agissant des structures d'accueil, vous avez souligné qu'il ne suffisait pas d'en avoir de nouvelles mais qu'il fallait aussi conforter celles qui existaient. Il est vrai que, souvent, nous apprécions mal le caractère lourd de la prise en charge des malades toxicomanes. Comme vous l'avez dit fort justement, il importe que les moyens affectés aux différentes structures connaissent des évolutions, des adaptations, voire des augmentations puisque le caractère même des toxicomanes pris en charge évolue.

Monsieur le député, je puis vous l'assurer, c'est mon principal souci, tant en matière de soins qu'en matière de post-cure. Je veille à ce qu'aucune politique ne soit figée dans le temps. Les réorientations doivent être toujours possibles et les évaluations des sommes et des actions engagées très régulières. Toutefois, celles-ci n'ont de sens que si elles sont effectuées par l'intermédiaire des services qui travaillent sur le terrain et en étroite collaboration avec les collectivités locales et les élus.

M. le président. Pour le groupe du Rassemblement pour la République, la parole est à Mme Martine Aurillac.

Mme Martine Aurillac. Ma question porte sur le projet de restructuration de l'hôpital Laënnec à Paris.

Le redéploiement d'un certain nombre d'hôpitaux de l'Assistance publique, notamment Broussais, Boucicaut et Laënnec, destiné à financer la réalisation de l'hôpital Georges-Pompidou, a permis de développer, sur le site de l'hôpital Laënnec, un projet comportant des logements – y compris d'ailleurs des logements sociaux pour infirmières – 200 lits de moyen et long séjour pour personnes âgées, le reste des bâtiments classés devant encore faire l'objet d'études complémentaires.

Des assurances ont été données à plusieurs reprises à la ville de Paris et au conseil d'arrondissement du VII^e sur l'installation de ces 200 lits pour lesquels mon prédécesseur, M. Frédéric-Dupont, s'était d'ailleurs battu pendant de nombreuses années.

Ce projet est éminemment souhaitable localement, compte tenu de la disparition de l'hôpital, de la sociologie de l'arrondissement et de la nature de son tissu foncier qui rend très difficile l'implantation d'équipements publics. Mais il est aussi conforme à l'intérêt général.

Elaboré sous l'autorité de l'architecte du secteur sauvegardé, le projet est prêt. Je souhaiterais donc que vous puissiez, même si une traduction budgétaire précise est encore bien sûr prématurée, me confirmer, en liaison avec les services de votre collègue, M. Douste-Blazy, ministre de la culture, puisqu'il s'agit du secteur sauvegardé, la future réalisation de ce projet.

M. le président. La parole est à Mme le ministre de la santé publique et de l'assurance maladie.

Mme le ministre de la santé publique et de l'assurance maladie. La réponse que je vais vous apporter s'inscrit un peu dans la suite de celle que je viens de faire à M. Brard.

En ce qui concerne le devenir de l'hôpital Laënnec, les projets, madame le député, sont directement subordonnés aux décisions que nous prendrons dans la réorganisation de l'ensemble des hôpitaux parisiens. Le schéma régional

d'organisation sanitaire – le SROS – d'Ile-de-France et le plan général de l'Assistance publique de la région parisienne ont prévu que l'ouverture de l'hôpital Georges-Pompidou devait permettre le regroupement d'activités de court séjour des hôpitaux Laennec, Broussais, Boucicaut et Saint-Lazare.

Ces établissements seraient ensuite amenés à s'orienter vers la prise en charge de besoins de soins de suite, de réadaptation ou de longue durée qui, aujourd'hui, ne sont pas pris en compte. En effet, la région Ile-de-France connaît un déficit important en la matière. Le taux d'équipement moyen en France – qui pose parfois des problèmes – est de 1,8 lit pour 1 000 habitants, contre 1,2 en Ile-de-France et 0,53 à Paris.

L'opération de restructuration de l'hôpital Laennec en établissement orienté davantage vers le moyen et le long séjour doit figurer dans le plan stratégique de l'Assistance publique de Paris. Bien sûr, l'opération est subordonnée aux autres projets qui peuvent être envisagés sur le site. La nouvelle orientation de l'hôpital Laennec est donc poursuivie, dans le cadre du plan stratégique de l'Assistance publique et du schéma régional d'organisation sanitaire.

M. le président. La parole est à Mme Simone Rignault.

Mme Simone Rignault. Madame le ministre, je voudrais attirer votre attention sur les difficultés du thermalisme un sujet qui a déjà été très brièvement évoqué – mais vous avez, à juste titre, rappelé que votre ministère n'était pas le seul concerné. Néanmoins, il est concerné au premier chef.

Pour la deuxième année consécutive, on a enregistré une baisse sensible du nombre de curistes : 5 à 10 p. 100 en moins en 1995 par rapport à 1994 qui avait pourtant été une mauvaise année. Cette diminution provoque déjà un affaiblissement économique des régions concernées. Il est donc urgent de mettre en œuvre les mesures prévues en application des décisions annoncées à la fin de 1994 par votre prédécesseur, M. Douste-Blazy, notamment la suppression de l'entente préalable et la réforme des tarifs.

L'une des plus importantes a trait à la réforme tarifaire des cures thermales. Un groupe de travail, constitué il y a un an par Mme Simone Veil, alors ministre des affaires sociales, a rendu un rapport complet sur ce sujet en avril dernier. Les conclusions de ce rapport, qui préconise l'harmonisation des tarifs et leurs forfaitisation, ont été approuvées par la caisse nationale d'assurance-maladie et par les principaux syndicats représentatifs de la profession. Mais la saison thermale 1995 s'est malheureusement écoulée sans qu'il ait été possible d'avancer davantage.

Madame le ministre, quelles sont vos intentions quant à la mise en place de la réforme tarifaire ? Dans quels délais pourrait-elle intervenir ? Comment sont traduites dans votre budget les actions en faveur du thermalisme qui représente de très nombreux emplois dans les zones rurales en difficulté ?

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

Mme le ministre de la santé publique et de l'assurance maladie. Madame le député, votre question comporte différents aspects et les derniers, qui concernent l'économie des zones rurales, sont connus de tous ici.

Je le crois sincèrement, il n'y a pas en matière de santé et d'assurance maladie de grands et de petits secteurs, et la dimension économique modeste du thermalisme ne saurait justifier ni qu'il soit exonéré de tout effort, ni

qu'il soit abandonné à son sort. Le thermalisme occupe une vraie place. On en estime le coût pour l'assurance maladie à environ un milliard de francs de remboursement par an. A l'heure des choix médicaux qui doivent présider aux réorientations, l'évaluation des forfaits thermaux est au cœur de nos réflexions.

Madame le député, j'ai pris connaissance du rapport auquel vous avez fait allusion. Sachez qu'au-delà de l'intérêt médical des thermes – que je connais bien pour avoir été médecin pendant un certain nombre d'années – je souhaiterais que soit examiné plus attentivement l'ensemble des problèmes du thermalisme. Ses règles sont en effet trop complexes et il convient de les assouplir.

Vous avez évoqué la suppression de l'entente préalable, mais je ne suis pas sûre que les choses soient aussi simples, tout comme j'ai eu l'occasion de le dire à M. Bonrepaux lorsqu'il préparait son rapport. Pour ma part, je suis surtout favorable aux mesures qui permettront d'aller vers davantage de simplicité et de transparence dans l'ensemble des activités thermales. Je sais que beaucoup aspirent à une meilleure homogénéité des tarifs de cure, ce qui nécessite une démarche conventionnelle négociée. Nous examinerons ensuite les contraintes financières qu'une telle disposition comporterait.

Pour l'heure, je ne suis pas pleinement satisfaite des éléments de dossier qui m'ont été transmis. Je souhaite, je le répète, que règnent la plus totale indépendance et la plus totale transparence. Or, aujourd'hui, j'ai le sentiment que certains éléments interfèrent dans ce dossier.

Le thermalisme est un de mes soucis. Je suis prête à en discuter avec les députés concernés, mais après avoir fait le point de la situation d'ensemble. En effet, les points de vue sont contrastés, selon que les parlementaires intéressés sont les élus de telle ou telle station thermale. Car, vous le savez très bien, les discordances de tarifs tiennent aussi à cela. Le problème du thermalisme devra donc être examiné avec attention et, soyez rassurée, madame le député, avec une totale ouverture d'esprit, médicalement parlant, à l'égard de ce mode de soins.

M. le président. La parole est à M. Anicet Turinay.

M. Anicet Turinay. Madame le ministre, à l'instar de mon collègue Pierre Petit, qui s'est entretenu avec vous de la situation financière des hôpitaux de la Martinique – et vous lui avez répondu –, je me permets d'insister sur les dettes que doivent honorer les hôpitaux de la Martinique envers leurs fournisseurs, malgré l'aide importante et les dotations exceptionnelles accordées en 1993 et 1994 aux établissements hospitaliers.

La globalisation des dotations intervenue en août 1983 – en application du décret du 11 août – a laissé à la charge des établissements hospitaliers 180 millions de francs non réglés par les organismes de sécurité sociale et, jusqu'à ce jour, non résorbés par les hôpitaux.

Vous n'ignorez rien, madame le ministre, du gros risque de faillite qui pèse sur les fournisseurs de matériel médico-chirurgical : les hôpitaux de la Martinique – leur doivent près de 50 millions de francs, avec des délais de paiement s'étalant de six à vingt-huit mois pour certains –, il faut ajouter des intérêts moratoires de 20 millions de francs.

Or l'équipement en appareils médicaux et chirurgicaux performants est indispensable et fondamental pour les soins que doivent assurer ces établissements. Le manque de matériel et le caractère obsolète de certains outillages sont préjudiciables, voire dangereux, tant pour les hôpitaux que pour les patients.

Je vous saurais gré de me préciser, madame le ministre, quelles mesures vous comptez prendre afin de donner aux hôpitaux de la Martinique les moyens de régler leurs dettes aux fournisseurs.

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

Mme le ministre de la santé publique et de l'assurance maladie. Monsieur le député, ainsi que vous l'avez rappelé, et vous le savez c'est vrai mieux que quiconque, la situation financière des hôpitaux en Martinique est préoccupante. Les délais de paiement aux fournisseurs, largement supérieurs aux délais habituels, puisqu'ils se situent entre soixante jours et sept mois, sont aggravés par des difficultés de recouvrement. Le recouvrement des titres, c'est-à-dire des créances dues à l'hôpital par les particuliers et certaines institutions, est très insuffisant et pénalise très lourdement la trésorerie des établissements : la plupart des établissements martiniquais ne recouvrent sur l'année que 30 p. 100 de leurs créances.

Parmi les objectifs de gestion qui ont été assignés aux responsables hospitaliers, le paiement des fournisseurs dans un délai raisonnable est prioritaire. C'est pourquoi les différents établissements hospitaliers de la Martinique font l'objet d'un suivi très attentif de mes services.

Je vous précise que près de 83 millions de francs leur ont été alloués depuis 1990, en complément des dépenses autorisées dans le cadre de l'enveloppe départementale, celle dont on parle tant parce qu'elle est liée au taux directeur. Près de la moitié de cette somme a servi à améliorer la trésorerie, et a donc eu une incidence sur les fournisseurs auxquels vous faisiez allusion.

C'est avec quelque satisfaction que je constate d'ailleurs des résultats encourageants, notamment au centre hospitalier universitaire de Fort-de-France, qui, de par sa taille, occupe une place déterminante vis-à-vis des fournisseurs. Depuis la mise en place en 1994 de la commission de suivi, présidée par le préfet, qui règle régulièrement la situation de cet établissement, la dette envers le syndicat interhospitalier a été apurée et le délai de paiement des fournisseurs a été diminué de près des deux tiers, ce qui a entraîné, bien sûr, une réduction de l'endettement à l'égard des fournisseurs. Je peux vous assurer que nous veillerons à ce que cet effort soit poursuivi.

M. le président. Pour le groupe de l'Union pour la démocratie et du Centre, la parole est à M. Jean-Louis Beaumont.

M. Jean-Louis Beaumont. Madame le ministre, ma question touche aux structures qui génèrent les dépenses et aussi les recettes de notre organisme de sécurité sociale.

Le Gouvernement tente à nouveau de réduire les déficits publics et de sauver du naufrage la protection sociale dans notre pays. Il est évident que l'exercice par les citoyens de leur liberté dans un environnement de concurrence sera indispensable à ce sauvetage. Or mon étonnement est grand, madame le ministre, lorsque je constate que notre pays retarde – quand il ne s'y oppose pas – l'application des directives européennes qui ordonnent en ce domaine la liberté et la concurrence.

Ces directives européennes n^{os} 92-49 et 92-96, qui ont en effet pour objet de créer un marché libre de l'assurance et de permettre la libre circulation des personnes dans l'Europe communautaire, sont entrées en vigueur le 1^{er} juillet 1994.

L'Allemagne, comme d'autres pays européens, a tiré les conséquences de ces dispositions qui donnent le droit aux ressortissants européens de s'assurer contre la maladie, soit

à des caisses de régimes légaux, soit à des caisses d'assurances privées. Et, tout récemment, la Commission européenne vient de rappeler que « compte tenu de l'importance fondamentale que ces directives représentent pour la mise en place et le fonctionnement du marché intérieur européen, la Commission attache la plus grande importance à leur transposition correcte, dans les délais prévus, par tous les Etats membres ». Or la France, tout en ayant transposé ces directives dans le droit national par les lois du 4 janvier et du 8 août 1994, s'oppose en fait à leur application.

C'est ainsi que la loi du 4 février 1995 punit de peines d'emprisonnement et d'amendes les personnes qui inciteraient les Français à bénéficier du droit qui leur est donné par les directives européennes – droit qui, j'y insiste, leur permet de ne plus s'assurer auprès des seuls régimes dits obligatoires. Confronté à cette contradiction légale, le tribunal des affaires de sécurité sociale de Nantes a décidé, dans un jugement du 7 septembre 1995, que la caisse d'assurance maladie des professions libérales n'était désormais plus fondée à utiliser le contrainte pour obtenir le paiement de sommes dues à des organismes dits « d'assurance obligatoire ».

A l'évidence, il y a là une grande contradiction qui touche au cœur même des dispositifs de financement de notre protection sociale, donc au budget de l'action de santé de l'Etat et des organismes qui en dépendent telle la sécurité sociale en matière d'assurance maladie.

J'ai donc l'honneur de vous demander, madame le ministre, si vous comptez remédier à cette contradiction et, dans l'affirmative, quand et comment.

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

Mme le ministre de la santé publique et de l'assurance maladie. Monsieur le député, ma réponse sera très claire.

Même si vous ne l'avez pas exprimé nettement dans votre question – mais son contenu l'a suggéré –, il existe dans notre pays un mouvement très organisé qui ne représente pourtant qu'une très petite quantité de travailleurs indépendants. Sa contestation est organisée et systématique et elle passe notamment par la grève des cotisations aux régimes obligatoires de sécurité sociale, à partir des arguments que vous avez développés. En introduisant des séries de recours, rédigés dans les mêmes termes, les adhérents forment opposition à des contraintes signifiées par les caisses, prétendant que les caisses de sécurité sociale auraient une position de monopole contraire au droit communautaire.

D'ailleurs, monsieur le député, ces personnes organisées sont aussi régulièrement les auteurs d'actions violentes. Puisque vous avez évoqué la saisine du tribunal de Nantes, je me permets de rappeler que des actions violentes menés dans ma ville n'ont pas été sans conséquence. Je tenais à vous en informer parce qu'il faut être prudent quant on défend certaines personnes.

Quelques tribunaux des affaires de sécurité sociale ont sursis à statuer et ont posé des questions à la Cour de justice des Communautés européennes pour savoir si la directive à laquelle vous faisiez allusion – elle date du 18 juin 1992 – exclut expressément de son champ d'application les assurances comprises dans un régime légal de sécurité sociale. Le Gouvernement français soutient que les régimes obligatoires de sécurité sociale n'entrent pas dans le champ d'application de la directive précitée portant coordination des dispositions législatives réglementaires et administratives concernant l'assurance directe autre que l'assurance vie.

Sa position est soutenue par la Commission européenne et confortée – indirectement, mais confortée tout de même – par l'arrêt de la Cour qui a été rendu le 17 février 1993 dans l'affaire Poncet et Pistre, qui concernait certaines des personnes dont j'ai parlé. Dans cet arrêt, la Cour a affirmé que le droit communautaire ne portait pas atteinte à la compétence des Etats membres pour aménager leur système de sécurité sociale. Elle conclut que la notion d'entreprise, au sens des articles 85 et 86 du traité, ne vise pas les organismes chargés de la gestion d'origine de sécurité sociale. En d'autres termes, les Etats membres ont gardé la compétence d'organiser leur propre régime de sécurité sociale s'ils poursuivent un objectif social obéissant au principe de solidarité, ayant ainsi une activité dépourvue de tout but lucratif. C'est le moins que l'on puisse dire pour nos organismes de protection sociale !

M. Jean-Louis Beaumont. Et pour organiser le naufrage !

Mme le ministre de la santé publique et de l'assurance maladie. Monsieur Beaumont, permettez que je finisse ma réponse.

Le Gouvernement ne peut donc que s'élever avec la plus grande fermeté – et je vous incite à nouveau, monsieur Beaumont à beaucoup de prudence dans les encouragements que vous pourriez donner à de tels agissements – contre un mouvement qui essaie d'abuser ses adhérents...

M. Jean-Yves Chamard. Tout à fait.

Mme le ministre de la santé publique et de l'assurance maladie. ... qui sont des travailleurs indépendants, en leur faisant croire que l'assujettissement aux cotisations obligatoires des régimes de sécurité sociale n'est pas fondé au regard du droit communautaire.

Le Président de la République s'est déclaré le garant de tous les régimes obligatoires de sécurité sociale, y compris ceux des travailleurs non salariés. Nous n'entendons pas être en contradiction avec cet avis que rien ne combat. Nous avons surtout à éviter d'encourager des mouvements qui recourent souvent à la violence.

M. Jean-Louis Beaumont. Ce n'est pas de mon côté que se trouve la menace, si je comprends bien, madame le ministre.

M. le président. La parole est à M. Dominique Paillé.

M. Dominique Paillé. Madame le ministre, l'heure est aux économies en matière d'assurance maladie. La situation le justifie, et je partage à la fois, en ma qualité d'élu national et en tant que professionnel de la santé, votre volonté de maîtriser ces dépenses, volonté que vient de réaffirmer le Président de la République à la télévision.

Néanmoins, parmi les professionnels de la santé, les pharmaciens d'officine, dont le rôle est essentiel tant dans le domaine de l'action sanitaire que dans celui de l'aménagement du territoire, souffrent sans doute plus que d'autres. Leurs difficultés s'apprécient notamment, – c'est un élément incontournable – au regard des dépôts de bilan, de plus en plus nombreux, constatés au cours des dernières années et des derniers mois.

En 1988, participant déjà à l'effort de maîtrise des dépenses de santé, leurs représentants avaient signé avec M. Claude Evin, alors ministre chargé des affaires sociales, un accord sur la mise en œuvre du système des marges dégressives lissées, des MDL, lequel prévoyait des réactualisations régulières. Or elles ne sont jamais intervenues, l'Etat manquant ainsi d'une manière patente et regrettable à ses propres engagements.

Par ailleurs, ces mêmes pharmaciens d'officine ont largement participé, nul ne peut le nier, à l'effort de maîtrise, puisque, en 1994, la croissance des dépenses pharmaceutiques a été de 2,9 p. 100 alors que le Gouvernement leur avait assigné un objectif supérieur, environ 3,2 p. 100.

Madame le ministre, allez-vous tenir les engagements des gouvernements précédents sur la MDL ? Dans l'hypothèse où votre réponse serait négative, quelle autre disposition comptez-vous prendre pour que l'acte pharmaceutique soit justement rémunéré ?

M. le président. La parole est à Mme le ministre de la santé publique et de l'assurance maladie.

Mme le ministre de la santé publique et de l'assurance maladie. Ainsi que je l'ai rappelé lorsque M. Foucher m'a questionné à ce sujet : la situation du médicament est quelque peu contrastée.

En 1994, les dépenses liées aux médicaments ont connu un fléchissement très net en raison de l'application des références médicales et d'un ralentissement des prescriptions. Tous les prescrits, notamment les pharmaciens, en ont subi les conséquences. En revanche nous ne devrions pas obtenir un résultat semblable en 1995, mais nous saurons plus précisément dans cinq jours lors de la réunion de la commission des comptes de la sécurité sociale, quelle est la situation du médicament dans ces comptes. Cependant, nous estimons d'ores et déjà que l'augmentation des dépenses de médicaments oscillera entre 7 et 8 p. 100, mais loin de moi l'idée que cet accroissement serait imputable aux seules officines.

Vous avez également souligné, monsieur le député, que le mode de rémunération actuel des pharmaciens, selon un calcul dont le moins que l'on puisse dire est qu'il n'est pas très simple, est directement sous l'influence des accords volumes-prix passés avec l'industrie pharmaceutique. Si, manifestement, le résultat n'est pas parfait non plus, ce système conduit à mieux rémunérer la vente des médicaments innovants, en faisant appliquer des prix plus faibles sur les médicaments plus anciens, alors que, auparavant, la marge des pharmaciens était plus forte sur les médicaments anciens que sur les médicaments innovants. Il sera intéressant, lorsque nous connaîtrons tous les chiffres pour l'année 1995 de voir à quoi sera imputable l'augmentation des dépenses de médicaments.

En tout cas, nous ne pouvons plus continuer à avoir des mouvements de balancier entre les uns et les autres, avec des mesures prises sur les médecins – par les médecins et avec les médecins – qui avaient des conséquences sur les prescrits, avec des mesures prises par l'industrie pharmaceutique qui avaient des conséquences sur les pharmaciens d'officine, les modifications du mode de rémunération de ces derniers qui ayant des effets sur l'industrie pharmaceutique...

Nous devons gérer différemment. Et d'abord en réhabilitant les pharmaciens dans leur rôle de partenaires de santé ce qui ne pourra se faire qu'en accord avec eux. Ils doivent être de plus en plus performants, compte tenu de la qualité des nouveaux médicaments distribués en officine – et ils le seront encore davantage demain.

Ainsi l'interféron dont j'ai déjà parlé à propos de l'hépatite C, va sortir des pharmacies hospitalières pour être délivré en officine. De même, la méthadone et divers produits de substitution, comme des médicaments de lutte contre la douleur, la morphine orale, seront mis à disposition dans les officines. Leur distribution exige une

forte implication de la part des pharmaciens. Il conviendra donc d'étudier avec eux un mode de rémunération spécifique.

C'est de tout cela que je veux parler avec les acteurs de la chaîne du médicament : fabricants, répartiteurs, dispensateurs, prescripteurs et financeurs afin que nous puissions élaborer une démarche cohérente en matière de médicament.

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

M. Paul Chollet. Madame le ministre, la restructuration hospitalière fait figure de serpent de mer. C'est peu de le dire, car la France, dans ce domaine, n'est pas allée aussi loin qu'elle aurait dû. Tout le monde peut tomber d'accord sur ce constat, car il est général, mais personne ne croit qu'un ensemble aussi lourd et aussi sensible que l'hôpital public puisse voir son fonctionnement transformé d'un coup de baguette magique.

Ne faut-il pas croire aux vertus de la concertation ? Je ne suis pas juriste, sensible aux subtilités du statut d'établissement public, mais médecin, empreint d'esprit pratique et je suis consterné de voir deux mondes, l'hôpital public et le privé, s'ignorer totalement. Il est très difficile, par exemple, de créer des services d'imagerie médicale communs aux deux secteurs. Nous y avons réussi pour le scanner à Agen, mais grâce à une tolérance administrative qui peut être remise en question et nous aimerions pouvoir inscrire notre demande d'IRM dans le même contexte. (*Murmures.*)

M. Bernard Murat. Parlez des problèmes de la santé !

M. Paul Chollet. Madame le ministre, ne pensez-vous pas que l'état de l'assurance maladie devrait, au besoin par des incitations financières, amener l'hospitalisation publique et privée à travailler ensemble dès lors que cela peut générer des économies sans préjudice pour le patient ? Quelles mesures pourraient-elles être prises pour aider les responsables locaux à s'engager dans cette voie qui est celle de l'efficacité ?

M. Bernard Murat. Ce débat ne doit pas être utilisé pour poser des questions locales !

M. Etienne Garnier. Nous avons été passionnés quand même.

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

Mme le ministre de la santé publique et de l'assurance maladie. Monsieur le député, votre question sur la synergie entre les hôpitaux publics et les établissements privés est au cœur de mes préoccupations et elle constitue un élément important dans le projet d'organisation hospitalière que nous préparons. Nous pourrions donc vous donner très prochainement des indications beaucoup plus précises.

Je suis d'ailleurs heureuse de voir que nombre d'élus s'intéressent au rapprochement des hôpitaux publics et des établissements privés, par exemple pour qu'ils mettent en commun un plateau technique, voire pour qu'ils coopèrent dans l'organisation du service médical. Malheureusement cela n'est pas possible parce que tout y fait obstacle : le statut des personnels, le mode de rémunération des médecins, le statut des établissements, le mode de financement.

Cette question sera donc l'un des points forts de la réforme hospitalière. Il ne s'agit pas d'un vœu pieux, car je me suis trop engagée sur le point : tout doit être mis en œuvre pour faciliter la coopération entre établisse-

ments et même la mise en réseau, car cela concerne non seulement les établissements, mais également les liens entre l'hôpital et la médecine de ville. Dans l'intérêt du malade, plus rien ne doit s'opposer à la réunion des compétences professionnelles.

Il s'agit désormais d'établir un cadre juridique et financier à la fois souple et rigoureux pour permettre cette coopération et lever les obstacles que j'ai évoqués. Il doit, en effet, être possible de développer la mise en réseau d'offres de soins, l'organisation de filières de soins, les réseaux ville-hôpital, le rapprochement d'établissements. Toutes ces actions sont indispensables si nous voulons dépasser ce que nous avons trop connu pendant des années, à savoir un cloisonnement, une compartimentage entre les activités de soins avec les conséquences néfastes que chacun connaît : une moindre efficacité et un coût plus important.

M. le président. Nous en revenons aux questions du groupe du Rassemblement pour la République.

La parole est à M. Yves Van Haecke.

M. Yves Van Haecke. Ma question est relative aux hôpitaux de proximité, sont indispensables au maintien des espaces ruraux.

Je comprends bien que face aux besoins exprimés par la population des zones rurales, les exigences de la sécurité et de la qualité médicale aient obligé à des révisions. Cependant, il est parfois arrivé – cela a été le cas dans le département de l'Yonne – que les services du ministère de la santé aient poussé à une concentration absurde et à l'abaissement exagéré des petits hôpitaux. Mais c'est du passé, car un juste équilibre a été trouvé dans le schéma régional de l'organisation sanitaire.

En tout cas, je suppose que vous approuvez le constat selon lequel les inégalités sont grandes entre les hôpitaux. La dotation globale a, depuis plusieurs années, figé les situations relatives et mis en danger les hôpitaux dont l'activité était en croissance en raison des besoins exprimés et de la fréquentation, de la capacité du corps médical à y répondre comme il faut. Vous avez dit vous-même, madame le ministre que les coûts d'un même service, selon les enseignements tirés du PMSI, pouvaient varier de 1 à 2,5.

Ces inégalités s'accroîtront d'autant plus que l'application d'un taux directeur extrêmement rigoureux enlèvera quasiment toute marge de manœuvre. Les hôpitaux sous-dotés risquent d'être asphyxiés. Je me garde de mettre en cause le taux retenu, 2,1 p. 100, mais chacun peut comprendre que, comme tous les facteurs de dépenses publiques, les hôpitaux doivent faire la chasse aux comportements non rationnels, tout faire pour limiter les coûts et procéder à un redéploiement. Toutefois, les petits hôpitaux sont évidemment plus vulnérables que les grands.

Madame le ministre, les répartitions régionales vont-elles favoriser encore les CHU et les hôpitaux des chefs-lieux de département au détriment des autres ? Sera-t-il possible, malgré la rigueur des temps, de créer des postes médicaux, parfois indispensables – je pense notamment aux médecins anesthésistes ?

C'est peut-être au plus fort des difficultés que se prépare l'avenir. Madame le ministre, je ne serai pas seul à prendre connaissance de vos réponses, avec énormément d'intérêt.

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

Mme le ministre de la santé publique et de l'assurance maladie. Monsieur le député, votre question sur les hôpitaux de proximité – comme celle sur la coopération entre le secteur public et le suivi –, me permet d'esquisser la future organisation sanitaire que nous appelons de nos vœux et sur laquelle nous travaillons.

Vous avez souligné que les hôpitaux de proximité correspondaient à un besoin : c'est indéniable, encore faut-il que les besoins de santé correspondants soient évalués, car il faut y adapter l'offre de soins. Nous devons opérer des choix.

Par le passé, certains ont eu la tentation de développer des plateaux techniques là où les besoins de santé n'existaient pas, mais ils ont rapidement eu des difficultés à fonctionner, parce que les compétences médicales nécessaires n'ont pas été trouvées. Il s'agit donc que chaque hôpital ne fasse que ce qu'il sait faire et ce qu'il doit faire. Notre souci doit toujours être la qualité et la sécurité. Notre exigence doit toujours être celle de la compétence médicale.

Il est certes exact que l'hôpital de proximité a souvent été le mal aimé des schémas régionaux d'organisation sanitaire. Peut-être est-ce la raison pour laquelle il voudrait devenir l'enfant chéri de l'aménagement du territoire ! Sachez que dans la réforme que nous préparons, nous essaierons d'éviter la contradiction que je viens d'évoquer en agissant en sorte qu'il y ait toujours adéquation des moyens aux besoins, ce qui impliquera que nous réalisions aussi un travail de mise en réseau entre établissements hospitaliers.

Il conviendra notamment d'amener les établissements de proximité à travailler avec des établissements plus importants, de convaincre ces derniers, en particulier les CHU, ainsi que les chefs de service, de travailler avec d'autres médecins, par exemple pour ne pas garder plus longtemps que nécessaire un malade qui avait été reçu en crise. Personne n'est propriétaire du malade. C'est autour de lui que doivent s'organiser les soins et les hôpitaux. En agissant ainsi, nous pourrions conserver des établissements de proximité.

Malgré tout, je le répète, il faudra opérer des choix, regrouper certains établissements, retirer des activités à certains parce qu'ils ne peuvent plus les assumer, parce qu'elles ne correspondent pas à des besoins ou parce qu'ils n'ont pas les compétences nécessaires pour les exercer. Ils retrouveront d'autres champs d'activité, dans la mesure où ils correspondent aux définitions que je viens d'évoquer.

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

M. Jean-Yves Chamard. Madame le ministre, je vous ai interrogé, cet après-midi, sur les moyens que compte mettre en œuvre le Gouvernement pour maîtriser, en 1996, la croissance des dépenses d'assurance maladie. J'ai rappelé que la plupart des outils de maîtrise médicalisée ne seraient pas opérationnels dès l'an prochain, ce que personne ne conteste d'ailleurs. Je vous ai demandé notamment si vous comptiez instaurer ce que l'on pourrait appeler une « obligation de résultat », à la différence de ce qui se passe actuellement où, malgré un engagement de ne pas accroître de plus de 3 p. 100 les dépenses d'assurance maladie, on constate que la hausse sera de plus de 6 p. 100.

Dans votre réponse, après avoir rappelé la formation scientifique qui est la mienne et dont je m'honore, vous avez déclaré : « La médecine ne se met pas en équation. Il

est impossible de prévoir ce qui va se passer, donc combien on va dépenser. » En décidant de renoncer à faire respecter, à coup sûr, l'an prochain le taux de croissance des dépenses d'assurance maladie, le Gouvernement me semble prendre une grave responsabilité. Ne craignez-vous pas que son message soit brouillé tant dans notre pays que devant la communauté internationale lorsque, d'un côté, il déclare vouloir supprimer en deux ans les déficits sociaux et, de l'autre, renoncer à s'en donner les moyens ?

Au moment où le Président de la République vient, dans son interview sur France 2, de confirmer l'importance qu'il attache à la réduction des déficits, pouvez-vous m'assurer que le Gouvernement ne prendra pas en 1996 de dispositions comportant une obligation de résultat en matière d'assurance maladie ?

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

Mme le ministre de la santé publique et de l'assurance maladie. Monsieur le député, vous n'avez pas dû entendre toute la déclaration du Président de la République ! S'il a rappelé son attachement à la maîtrise des dépenses publiques, il a aussi rappelé son attachement à la maîtrise médicalisée.

J'ai cru comprendre en fin d'après-midi ce que l'on entendait ici par maîtrise médicalisée.

C'est la mise en application de références médicales avec une opposabilité effective et des sanctions à l'encontre des praticiens qui ne les respecteraient pas. C'est clairement conventionnel et cela doit être fait.

C'est la mise en application du carnet médical et sa généralisation. J'ai expliqué dans quelles conditions j'entendais le faire dans les tout prochains mois.

C'est la mise en œuvre, dès le début de l'année 1996, du codage des actes.

C'est la nécessité de rendre obligatoire la formation médicale continue pour les praticiens, comme pour l'ensemble des professionnels de santé.

C'est la nécessité de réorienter vers le secteur de la prévention un certain nombre de médecins dont – on le sait – les effectifs sont aujourd'hui trop importants dans le secteur libéral au regard de nos besoins alors qu'ils sont insuffisants dans les secteurs hospitalier et de la prévention.

Tout cela, monsieur le député, s'appelle « la maîtrise médicalisée ».

Quant aux déficits et aux problèmes immédiats, je vous renvoie à ce que je vous ai dit cet après-midi, au large débat qui a lieu au mois d'octobre. Je vous invite à être présent demain à Poitiers et, bien sûr, les 13 et 14 novembre prochain pour apporter votre contribution – je sais que vous n'y manquerez pas – au débat social.

M. le président. La parole est à M. Yves Rousset-Rouard.

M. Yves Rousset-Rouard. Madame le ministre, mes chers collègues, la question de la lutte contre l'abus d'alcool dans notre pays semble rester, à l'heure actuelle, sans autre réponse que l'éternel débat sur la publicité et la loi Evin. Le manque d'ambition des promoteurs de cette loi en matière de prévention doit-il nous gagner à notre tour ?

On peut se poser cette question à la lecture des crédits prévus pour la prévention de l'alcoolisme qui, à nouveau, vont stagner cette année, alors que nous n'avons d'autre dispositif préventif que cette loi Evin, dont on attend,

sans doute pour encore longtemps, les bénéfiques de santé publique, des bénéfiques qu'on se garde bien d'essayer d'évaluer, comme le gouvernement de l'époque s'y était engagé, tant ils sont improbables.

Cette loi Evin est de plus inapplicable lorsqu'elle prétend régenter l'expression des médias européens et mondiaux.

Cette loi Evin, à l'occasion de cette ridicule affaire de non-retransmission télévisée d'événements sportifs, vaut à la France une mise en demeure de la Commission européenne et peut-être bientôt de la Cour de justice européenne.

Cette loi Evin, si l'on suit les plus récents arrêts de la Cour de cassation, rend d'ailleurs toute publicité impossible dès lors qu'elle se voudrait distinctive. Nous allons vers une interdiction de fait tant le texte de votre prédécesseur socialiste est confus. Ce n'était pas l'objectif initial.

Doit-on déduire de ce constat que la loi Evin est le paravent du transfert des crédits de prévention de l'alcoolisme à d'autres fins ?

Doit-on rappeler que 1 p. 100 seulement des quelque 20 milliards de taxes indirectes prélevées sur l'alcool est effectivement consacré à lutter contre l'alcoolisme ?

Madame le ministre, pouvons-nous espérer une grande loi de prévention, une loi « Hubert », qui nous fera oublier la loi Evin pour le plus grand bien de la santé publique, une loi qui revitalise la recherche alcoologique, qui développe des modèles de prévention efficaces, qui se concentre sur la prévention des conduites à risque chez les jeunes, sur la route, et qui mobilise tous les acteurs – je dis bien « tous les acteurs » – d'une politique pragmatique et ambitieuse de lutte contre l'excès ?

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

Mme le ministre de la santé publique et de l'assurance maladie. Monsieur le député, mes ambitions ministérielles ne vont pas jusqu'à laisser mon nom attaché à l'histoire par une grande loi.

M. Yves Rousset-Rouard. C'est dommage !

Mme le ministre de la santé publique et de l'assurance maladie. Elles sont beaucoup plus modestes : remplir ma tâche au jour le jour du mieux possible.

En ce qui concerne l'alcoolisme, je vous rappelle que vous vous adressez à quelqu'un qui a voté les textes que vous combattez avec tant de vigueur.

M. Yves Rousset-Rouard. Malheureusement !

Mme le ministre de la santé et de l'assurance maladie. Opinion que je respecte, mais qui rend quelque peu difficile, quelle que soit notre sympathie mutuelle, un point d'accord !

Vous avez rappelé que la prévention devait être privilégiée et être l'un des actes essentiels de notre action au-delà des textes législatifs qui la réglementent et des dispositions du code des débits de boissons.

Je vous rassure, même si les moyens qui y sont affectés sont peut-être insuffisants, un important travail est entrepris grâce notamment à la mobilisation de nombreuses personnes qui, en la matière, se dévouent avec beaucoup de courage et avec beaucoup d'efficacité.

Le dispositif est composé de centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie – il en existe dans nombre de départements –, des comités départementaux de lutte contre l'alcoolisme et des mouvements d'anciens buveurs,

actions bénévoles qui ont, en matière de prise en charge sur un mode ambulatoire, une action dont je peux personnellement témoigner pour avoir vu leur activité dans mon département fortement touché par l'alcool.

Les médecins généralistes, dont on a rappelé le rôle au cours de ce débat, assurent de façon privilégiée la détection des buveurs excessifs.

Nous avons aussi des établissements de sevrage, en nombre insuffisant je vous l'accorde, et des lieux de post-cure.

Au-delà, nous devons en effet, comme je l'ai envisagé pour 1996, mieux coordonner l'ensemble des actions en matière de lutte contre l'alcoolisme, et surtout mettre en œuvre des actions régionales.

Ainsi, dans chaque région où nous tenons des conférences régionales de santé publique, nous demandons de développer un projet qui tienne compte des spécificités et des priorités sanitaires à y développer. Voici un exemple : la charte qui a été signée dans ma région il y a quelques semaines a pour trait l'alcoolisme.

C'est au plus près du terrain que nous devons aujourd'hui adapter nos actions de prévention, nos actions de prise en charge. Je suis ravie de voir que, si nous n'avons pas de point d'accord sur la publicité pour les boissons alcoolisées, nous pourrions nous trouver côte à côte pour lutter contre l'alcoolisme par des actions de prévention et je suis heureuse de vous avoir à mes côtés pour ce noble engagement.

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

M. Paul Chollet. Madame le ministre, après les commentaires discourtois de certains collègues donneurs de leçons, permettez-moi de vous parler de ce que je connais le mieux : de mon commencement, du pays d'où je viens.

Tout le monde comprend que notre système hospitalier doit, pour répondre à la fois à des critères d'économie et à des critères d'efficacité, vous l'avez dit, madame le ministre, fonctionner en réseau et promouvoir une complémentarité entre le public et le privé. Cependant, lorsqu'un besoin sanitaire n'est satisfait ni dans le public ni dans le privé, il est très difficile d'obtenir les moyens de répondre à une réelle demande à cause du caractère sclérosant du budget global. En d'autres termes, tout ce qui n'est pas ciblé au niveau national ne peut émerger, même si le besoin sanitaire est démontré au niveau local.

Dans la ville dont je suis maire, située entre deux grandes métropoles, se trouve l'établissement le plus significatif entre Bordeaux et Toulouse : il n'a pas de service neurologique. En cas d'accident neurologique grave, il faut attendre une évacuation vers l'une des deux grandes métropoles.

Madame le ministre, il conviendrait de parfaire la carte sanitaire en tenant compte des besoins qui s'expriment dans les secteurs géographiques intermédiaires, entre les grandes régions, pour appréhender l'ensemble de leurs problèmes.

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

Mme le ministre de la santé publique et de l'assurance maladie. Monsieur le député, vous avez soulevé deux difficultés.

La première a trait à la carte sanitaire par le biais des lits hospitaliers – il faut encore parler de lit même si, comme je le dis souvent, un lit n'est jamais qu'un matelas et un sommier –, mais aussi des moyens affectés à certaines activités. Aujourd'hui la carte sanitaire est saturée dans certaines activités de médecine puisque celles-ci sont globalisées.

J'ai, cet après-midi, évoqué la nécessité de mettre en adéquation l'offre de soins et les besoins. Vous venez de parler de besoins réels, évalués, constatés qui doivent conduire à redéployer des moyens affectés à des activités dont la nécessité n'apparaît plus aussi évidente, mais qui, parce qu'elles existent, constituent hélas des situations acquises dont, nous le savons, il est difficile de se défaire.

La seconde difficulté concerne les équipements lourds. C'est la même chose ; carte sanitaire ! Toutefois, conformément au souci du « dépenser mieux » que nous voulons mettre en œuvre, nous souhaitons mieux répartir ces équipements lourds qui malheureusement, au fil du temps, ont été distribués de façon quelque peu anarchique, pour ne pas employer un autre terme : les interventions en la matière ont souvent été nombreuses sans répondre obligatoirement à des critères de besoins. Si nous sommes correctement équipés à l'échelle du pays, la répartition des équipements est totalement « disharmonieuse », totalement déséquilibrée, nous en avons tous des exemples précis.

Par conséquent, je poursuivrai l'œuvre engagée peu de temps avant le changement de gouvernement pour mettre en œuvre une technique de substitution, qui consiste à accepter en échange de l'attribution d'équipement lourd, un dégagement de moyens antérieurement affectés, par exemple à des examens ou à des prises en charge. Les premières régions concernées vont se voir attribuer certains équipements. Beaucoup de dossiers ont été déposés. Peu d'élus sont au rendez-vous parce que peu de substitutions étaient réelles. Nous continuerons la démarche dans les tout prochains mois dans les autres régions de façon à arriver peu à peu à corriger une carte sanitaire qui – je suis d'accord avec vous – est aujourd'hui anarchique.

M. le président. La parole est à M. Michel Dessaint.

M. Michel Dessaint. Madame le ministre, mes chers collègues, la lutte contre la toxicomanie est un devoir pour tous les citoyens, quels que soient leur âge et leur fonction dans la société. C'est la convergence d'actions multiples et diverses – actions individuelles, associatives, éducatives, judiciaires, policières – qui permettra de faire régresser ce terrible fléau.

J'habite une circonscription frontalière du nord de la France où pas un village n'a été épargné. En deux heures, les toxicomanes sont à Rotterdam, où ils peuvent consommer et s'approvisionner librement. La Hollande vient d'adopter une législation un peu moins laxiste. On peut espérer, associée au plan Vigipirate, qu'elle aura une influence bénéfique et qu'il y aura une diminution de la consommation du cannabis, de l'héroïne, de la cocaïne et des pilules d'ecstasy.

Dans le budget prévu pour 1996, un effort a été fait pour la lutte contre la toxicomanie. Le plan du Gouvernement est axé sur la prévention, l'information des toxicomanes, la prise en charge sanitaire et psychologique, mais aussi sur l'hébergement de jour et de nuit, anciennement dénommé « lits de post-cure ». L'ensemble des crédits évolue de plus de 10 p. 100 par rapport à l'année dernière, au total 920 millions de francs.

La mise en route des programmes de substitution par la méthadone et le subutex auront – on peut l'espérer – un effet positif sur la petite délinquance, mais peu sur la dépendance. Les perspectives de développement du dispositif de prise en charge des toxicomanes prévoient pour 1996 la création de 120 places d'hébergement supplémentaires. On ne peut que s'en féliciter, car notre pays

manque cruellement de centres d'accueil pour les drogués en post-cure. Si nous nous comparons à l'Italie, nous sommes très en retard.

Peut-on espérer, madame le ministre, que, dans les années qui viennent, le Gouvernement continuera ses efforts pour augmenter la quantité de lits en post-cure ?

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

Mme le ministre de la santé publique et de l'assurance maladie. Sur un dossier comme celui de la toxicomanie, M. Dessaint parlera toujours beaucoup mieux que je ne pourrais le faire parce que la région dont il est élu est directement concernée.

Vous avez souligné, monsieur le député, les efforts qui ont été définis dans le cadre d'un comité interministériel de lutte contre la drogue, le 14 septembre. Vous avez rappelé nos priorités dans les domaines de la prévention, des soins, de l'insertion, de la répression, avec des affectations budgétaires à la lutte contre la drogue et la toxicomanie qui, pour la première fois, vont s'élever, tous crédits confondus, à plus d'un milliard de francs.

Vous avez mis le doigt sur ce qui est aujourd'hui la principale insuffisance en France : les 1 240 places de postcure, même si, par rapport à ce qui existait il y a un peu plus de deux ans, nous en avons doublé le nombre.

Je peux vous annoncer, sans déflorer les grandes lignes de l'étape suivante – avec mes collègues Jacques Toubon et Jean-Louis Debré, nous avons, le 14 septembre, défini la première étape d'un plan qui s'inscrit sur plusieurs années – que la prochaine insistera sur la postcure, domaine où, aujourd'hui, la demande est la plus forte, sans négliger les autres aspects. Nous devons renforcer nos efforts parce que nous sommes très en retard.

M. le président. Nous en avons terminé avec les questions.

M. Jean-Pierre Foucher. Je demande la parole, monsieur le président.

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

M. Jean-Pierre Foucher. Au nom du groupe de l'UDF, je demande une suspension de séance d'une quinzaine de minutes.

M. le président. La suspension est de droit.

Suspension et reprise de la séance

M. le président. La séance est suspendue.

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

M. le président. La séance est reprise.

SANTÉ PUBLIQUE ET SERVICES COMMUNS

M. le président. J'appelle les crédits inscrits à la ligne « santé publique et services communs ».

ÉTAT B

Répartition des crédits applicables aux dépenses ordinaires des services civils (mesures nouvelles)

« Titre III : 48 921 317 francs ;

J'appelle cependant votre attention, madame le ministre, sur le caractère pour le moins lapidaire de l'exposé sommaire ; plusieurs titres recouvrent une réalité qui peut échapper à certains. A la dernière ligne notamment, nous voyons apparaître une économie de 10 millions de francs sur les 12 économisés, et ce sont eux qui comptent ces millions concernant les établissements nationaux. M. Thomas nous a indiqué qu'il s'agissait de l'office de protection contre les radiations ionisantes et de l'agence du médicament. Permettez-moi de faire remarquer que, parmi les établissements nationaux, il y a aussi l'agence française du sang !

M. Etienne Garnier. Absolument !

M. Jean-François Mattei, rapporteur pour avis. Et il y a aussi l'établissement français des greffes ! Madame le ministre, j'aimerais que vous nous indiquiez très clairement dans votre réponse que vous vous réservez la possibilité de modifier telle ou telle affectation quant à ces économies...

M. Jean-Pierre Thomas. Bien évidemment !

M. Jean-François Mattei, rapporteur pour avis. ... et que vous nous garantissiez – est-il besoin de le demander ? C'est pour me rassurer ! – que, en tout cas, l'agence française du sang, compte tenu des problèmes de santé publique que nous connaissions, et l'agence du médicament, compte tenu des difficultés de l'industrie pharmaceutique, disposeront des moyens de fonctionnement nécessaires pour assurer la sécurité des populations.

M. Etienne Garnier. Très bien !

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

Mme le ministre de la santé publique et de l'assurance maladie. M. Thomas a repris à son compte l'objectif que s'est donné l'Assemblée en votant une réduction des déficits. Comme j'appartiens à un gouvernement qui en a fait une de ses priorités, vous comprendrez aisément que j'y souscrive aussi.

Cela dit, monsieur Thomas – il est vrai que vous n'assistiez pas à la discussion qui a précédé la suspension – il y a quelque contradiction à vouloir laminer de façon générale ces crédits alors que, sur tous les bancs, on a entendu répéter que les moyens affectés au ministère étaient insuffisants et qu'il fallait déplorer l'insuffisance d'encadrement. Effectivement, dans le passé, nous avons péché par insuffisance de moyens.

Néanmoins, je vous l'ai dit tout à l'heure, vous prenez vos responsabilités. Et je souscrirai à cet amendement en ayant soin, monsieur Mattei, de faire en sorte que au moins un établissement ne soit pas touché par ces économies : l'agence du sang.

Plus généralement, monsieur Thomas, vous devriez essayer de procéder autrement. J'ai moi aussi fait partie de la commission des finances et je crois que ce n'est pas avec des méthodes de cette nature que l'on parvient à construire de bons budgets, car, à un moment ou à un autre, on se trouve en face de contradictions.

Vous avez évoqué l'office de protection contre les rayonnements ionisants. Dans le passé, il a posé quelques problèmes mais il est en voie de restructuration depuis peu de temps – moins d'un an. Quant à l'établissement français des greffes et à l'agence du médicament, ce sont des outils récents.

Bien sûr, nous pouvons nous efforcer de mieux utiliser les crédits qui y sont affectés ; mais, je le répète, parce que c'est le fond du débat : quand va-t-on, enfin, prendre

la juste mesure de l'importance du secteur social et sanitaire ? Quand pourrons-nous avoir les moyens de mieux gérer, non pas simplement les 8,2 milliards dont nous avons discuté ce soir, mais les 720 milliards de dépenses de santé ? Je peux vous assurer que ce n'est pas dans le contexte actuel que nous pouvons le faire.

Cela étant, le Gouvernement, par ma voix, approuve l'amendement n° 110 rectifié, puisqu'il s'inscrit dans une volonté qui a été exprimée par l'Assemblée.

M. le président. La parole est à M. Etienne Garnier.

M. Etienne Garnier. Puisque Mme Hubert vient de donner ce qu'on peut considérer comme une moitié, un quart, voire un dixième d'acceptation – et elle a bien raison ! – puisqu'elle a insisté sur la gravité du problème, qui explique que, imprudemment, je me couche aussi tard, je vais m'adresser à M. Thomas, en m'en tenant aux principes : nombre d'entre nous, sur tous les bancs de cette assemblée, commencent à en avoir profondément assez du rôle que s'attribue de façon tout à fait indue, et tellement systématique qu'il va en devenir suspect aux yeux des Français, la seule commission des finances qui, sur un budget de 1 600 ou 1 700 milliards de francs arrive à gratter quelques millions funestes, au risque de commettre des erreurs funestes – ainsi à propos de l'allocation logement pour les étudiants.

Ce soir, sans que la commission des affaires culturelles en ait pris connaissance, sans que M. Mattéi, qui, me semble-t-il, est un spécialiste de la question, ait pu donner son avis, vous nous produisez, monsieur Thomas, un texte qui est peut être pour vous synonyme d'économies – ce à quoi vous tenez beaucoup – mais qui, pour moi, l'est de démagogie !

Il faut être sérieux. Etablissements nationaux, qu'est-ce que ça veut dire ? On l'a expliqué avant moi, je n'y reviens pas. Je suis convaincu que mes collègues ne se laisseront pas entraîner dans cette voie ! Ce n'est pas ainsi qu'on donne l'exemple et la commission des finances devrait, par la voix de son président, nous expliquer quelle est sa vocation dans une discussion budgétaire qui donne lieu à tant de déclarations contradictoires, confuses, inutiles et – le répéterai-je ? – démagogiques dans le cas de M. Thomas, qui est meilleur financier que moi, mais dont j'ai apprécié l'exégèse des discours du général de Gaulle, pardon ! de M. Jacques Chirac.

Dans ces conditions, je demande à mes collègues s'ils estiment sérieux de traiter un problème aussi capital que celui d'une réforme hospitalière, sans avoir connaissance de ce qu'elle sera globalement, et d'accabler sans arrêt un ministre de tutelle qui a des obligations – que vous auriez, mon cher collègue, si vous étiez à sa place !

Ne vous laissez pas attraper, chers collègues, au vinaigre d'amendements, que personne ne connaissait et que tout le monde a déjà oubliés. Ils permettent certainement au ministre de faire quelques économies, certes nécessaires, mais ils ne convaincront sûrement pas les Français – en tout cas, je m'emploierai autant que faire se peut à ce qu'ils ne soient pas convaincus – que vous êtes, des comptables sérieux, dont ils – en tout cas les malades – devraient suivre l'avis.

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

M. Bernard Accoyer. Ayant examiné l'amendement n° 110 rectifié, j'ai cru comprendre qu'il s'agissait en quelque sorte de consentir des efforts supplémentaires de gestion, sans restreindre les moyens d'action du ministère, qui sont, il est vrai, déjà comptés.

Et puisque Mme le ministre que j'ai écoutée attentivement, nous a garanti que l'Agence française du sang ne serait en aucun cas concernée par ces diminutions budgétaires, et que l'Office de protection contre les rayonnements ionisants et l'Agence du médicament pourraient bénéficier de recettes externes. Je souscris, pour ma part, à cette économie supplémentaire, et je voterai l'amendement.

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

M. Laurent Dominati. Personnellement, je fais tout simplement confiance au Gouvernement.

Dans la mesure où Mme le ministre nous a indiqué qu'elle assumait l'amendement n° 110 rectifié, je lui fais confiance, comme mon collègue Accoyer, je lui fais confiance, pour faire le meilleur contrôle de gestion possible, là où il sera le plus judicieux de le faire.

Je comprends le souci qu'ont certains de mes collègues pour la santé publique. La santé, c'est la priorité ! Certes, mais la justice aussi, tout comme la défense d'ailleurs, et l'éducation ! Et l'enseignement supérieur, qui est la priorité des priorités, avec la formation ! J'oubliais la sécurité et certainement d'autres ministères encore.

Voilà des années que tout est priorité, qu'on dépense toujours plus d'argent pour toujours plus de problèmes sans jamais vraiment réussir à les résoudre. Nous avons eu le sentiment qu'une autre logique s'imposait, qui consisterait à dépenser moins en dépensant mieux. C'est la tâche que s'est assignée le Gouvernement, le Président de la République l'a répété pendant la campagne électorale et, à nouveau, ce soir même.

Chaque réduction est difficile, douloureuse et chaque fois on éprouve la même émotion. Mais réduire les dépenses, ce n'est pas céder à la démagogie. La démagogie, c'est aller toujours dans le sens de la facilité et vouloir toujours faire plaisir !

Pour ma part, je fais confiance au Gouvernement et au ministre de la santé pour appliquer les restrictions budgétaires là où c'est nécessaire, puisqu'il a été décidé de réduire les dépenses d'environ 2 milliards de francs. Je serais bien surpris que le Gouvernement n'arrive pas à tenir son engagement.

Comme je suis persuadé qu'il y parviendra, c'est en toute sérénité que je voterai cet amendement. Et je suppose que l'ensemble de la majorité, unie, le votera également, parce qu'elle fait confiance au Gouvernement.

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

M. Jean-Pierre Thomas. Je remercie Mme le ministre d'accepter, au nom du Gouvernement, cette économie, ainsi que mes collègues de soutenir mon amendement.

A ceux qui ont exprimé leur souci, je dirai que si tout est prioritaire, bien sûr, la priorité des priorités, aujourd'hui, c'est la maîtrise de nos finances publiques, et qu'on peut dépenser mieux sans dépenser plus.

Nous voulons, madame le ministre, travailler en concertation avec vous. La commission des finances est bien consciente – je l'avais dit en préambule par précaution – que, chapitre par chapitre, dans le détail, c'est le Gouvernement, en qui nous avons une confiance totale, qui nous indiquera les choses à faire ou à ne pas faire. Ainsi vous venez de nous faire savoir que l'agence du sang ne serait pas concernée. C'est parfait, nous l'acceptons bien volontiers.

Par ailleurs, messieurs les rapporteurs, si cet amendement est arrivé un peu tard, c'est que nous avons fait de notre mieux pour nous concerter avec les services de

Mme le ministre de la santé, afin que l'économie proposée soit une économie réelle mais ne remette pas en cause ses priorités, dont nous sommes tous, soyez-en sûrs, très conscients.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 110 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. M. Auberger, rapporteur général, et M. Jean-Pierre Thomas ont présenté un amendement, n° 92, ainsi rédigé :

« Sur le titre III de l'état B, réduire les crédits de 5 187 000 francs. »

La parole est à M. le rapporteur spécial.

M. Augustin Bonrepaux, rapporteur spécial. L'amendement n° 110 rectifié ayant été adopté, je retire l'amendement n° 92.

M. le président. L'amendement n° 92 est retiré.

Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix le titre III, modifié par l'amendement n° 110 rectifié adopté.

(Le titre III, ainsi modifié, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements n°s 111 rectifié et 122, pouvant être soumis à une discussion commune.

L'amendement n° 111 rectifié, présenté par M. Jean-Pierre Thomas, est ainsi rédigé :

« Sur le titre IV de l'état B, réduire les crédits de 40 millions de francs. »

L'amendement n° 122, présenté par M. Accoyer, est ainsi rédigé :

« Sur le titre IV de l'état B, réduire les crédits de 34,2 millions de francs. »

La parole est à M. Jean-Pierre Thomas, pour soutenir l'amendement n° 111 rectifié.

M. Jean-Pierre Thomas. La réduction proposée sur le titre IV est de 40 millions de francs, c'est-à-dire 1,5 p. 100 de 2,7 milliards, et correspond à des diminutions : de 16,7 millions sur le chapitre "prévention médicale et paramédicale – formation et recyclage" ; de 17,5 millions sur "programmes et dispositifs en faveur de la santé des populations" et de 5,8 millions des 183 millions affectés au chapitre des "programmes et dispositifs de lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme".

Si réduction de l'un de ces chapitres devait poser un problème technique, du moment que l'enveloppe de 40 millions serait à peu près respectée, mes collègues et moi sommes prêts à réexaminer l'amendement dans le détail.

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer, pour présenter l'amendement n° 122.

M. Bernard Accoyer. A la différence du précédent, mon amendement exclut du champ d'application de la réduction qu'il propose, les mesures prévues pour lutter contre l'alcoolisme. Il nous a paru qu'il ne fallait pas réduire de 3,3 p. 100 ce poste dont les dépenses sont fixées à 184 millions, alors que les orateurs et Mme le ministre ont convenu unanimement que c'était insuffisant eu égard aux dégâts causés par l'alcoolisme et le tabagisme. Impossible donc de revenir sur cet engagement budgétaire.

C'est pourquoi, je vous propose un amendement tendant à réduire les crédits de 34,2 millions de francs, soit 16,7 millions sur le chapitre « prévention médicale et

paramédicale » et 17,5 millions sur le chapitre « programmes et dispositifs en faveur de la santé des populations ».

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

M. Jean-François Mattei, rapporteur pour avis. Je déplore, encore une fois, la méthode avec laquelle Jean-Pierre Thomas a présenté son amendement. Il m'est impossible, sauf à être totalement incohérent, de voter un amendement visant à supprimer 5,8 millions de francs sur la ligne de la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme, alors que je me suis évertué cet après-midi à montrer que les crédits en ce domaine étaient totalement insuffisants, s'agissant de fléaux qui tuent plus de 150 000 personnes par an et qui sont responsables de mortalités précoces.

En dépit de ma solidarité avec la démarche d'économie, je ne peux donc pas souscrire à votre amendement, mon cher collègue.

Je me rallierai volontiers, en revanche, à l'amendement n° 122 présenté par M. Accoyer, en soulignant néanmoins, que « prévention médicale et paramédicale – formation et recyclage », il faut que vous le sachiez, cela concerne les écoles d'infirmières !

M. Etienne Garnier. Eh oui ! Rien que ça !

M. Jean-François Mattei, rapporteur pour avis. Au moment où nous déclarons que cette profession nous fait défaut, que nous avons besoin de meilleures infirmières, nous ne pouvons pas imaginer d'amputer de telles sommes le fonctionnement de leurs écoles. Par conséquent, il est clair qu'elles seront prises sur le compte des hôpitaux, qui verront leur dotation augmenter pour assumer cette charge nouvelle ; autrement dit, c'est l'assurance maladie qui devra l'assumer. Il ne s'agit donc, ni plus ni moins, que d'un transfert de charges. Il faut le dire.

Quant aux « programmes et dispositifs en faveur de la santé des populations », j'ose à peine vous révéler qu'ils concernent les plus démunis, en particulier dans les territoires d'outre-mer, et spécialement à Wallis-et-Futuna.

Comme pour l'amendement n° 110 rectifié, nous allons redire ce que nous faisons confiance à Mme le ministre pour ce qui est de la répartition. En tout cas nous l'adjurons de ne pas amputer les crédits consacrés à la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme.

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

M. Augustin Bonrepaux, rapporteur général. La commission des finances n'a pas examiné ces deux amendements, ce qui illustre bien la façon dont nous travaillons ! Elle a, en revanche, examiné un amendement n° 93, qui tend à réduire les crédits de 50 millions, et lui a donné un avis favorable, contre mon opinion.

Le rapporteur pour avis a expliqué avec suffisamment d'éloquence que ces prétendues réductions de crédits n'avaient qu'un caractère médiatique, puisque les économies réalisées par le budget le seront en aggravant le déficit de l'assurance maladie.

Je laisse donc à d'autres la responsabilité de réduire les crédits de formation des infirmières, les crédits de communication ou encore ceux du service de santé de Wallis et Futuna. Je vous laisse aussi la responsabilité de réduire les moyens des services du ministère de la santé, qui, de ce fait, contrôlera moins bien l'assurance maladie. Il faudra bien trouver des solutions pour rétablir les équilibres.

J'ai suffisamment répété qu'il y avait certainement de meilleures façons de trouver deux milliards de crédits, pour ne pas insister davantage.

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

Mme le ministre de la santé publique et de l'assurance maladie. Je serai très brève : l'Assemblée a voté, il y a quelques jours, une économie de deux milliards de francs sur le budget de la nation. Je m'en remets à sa sagesse sur ces deux amendements.

M. Laurent Dominati. Il y a l'engagement du Gouvernement !

M. le président. La parole est à M. Etienne Garnier contre l'amendement n° 111 rectifié.

M. Etienne Garnier. Je remercie M. le rapporteur pour avis, qui est plus compétent que moi en médecine. Je suis pour ma part moins compétent que M. Thomas en matière de finances. Je n'en ai pas moins été surpris de constater qu'il ne savait sans doute pas ce que recouvraient les chapitres visés par ses « économies morales ».

Vous pouvez, madame le ministre, vous en remettre à l'avis de M. Bonrepaux et à la sagesse de l'Assemblée : n'ayez crainte, tous mes collègues présents et moi-même voterons contre l'amendement de M. Thomas, qui témoigne d'une méconnaissance absolue de ce que sont des économies en vue de réformer. Ses économies à lui n'ont qu'un but : occuper la tribune !

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

M. Paul Chollet. A titre personnel, je voterai moi aussi contre ces deux amendements. Il s'agit là d'économies de bouts de chandelle et, qui plus est, la portent sur des domaines aussi importants que la prévention ou les écoles d'infirmières. Nous manquons tant d'infirmières !

Je n'adhère pas à une telle démarche.

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

M. Bernard Murat. Ce soir, tombe sur l'hémicycle une étrange lumière : il y aurait, d'un côté, les bons députés, qui sauraient interpréter la pensée présidentielle et seraient prêts à faire des économies à tout prix et sur n'importe quel chapitre, et de l'autre côté, les autres.

Eh bien, je pense qu'un député de Corrèze peut apprécier tout aussi bien la pensée présidentielle. Nous ne voterons pas cet amendement. Car c'est le ressort nécessaire aux réformes que nous allons engager dès les 13 et 14 novembre, qui est en jeu ! Là est le véritable débat. Et, si on veut réformer la santé, constituer des réseaux et redéployer un personnel paramédical qui doit être de plus en plus qualifié, justement pour faire des économies, il ne faut pas commencer par amputer les budgets des écoles d'infirmières. Nous voterons contre.

M. Etienne Garnier. Très bien !

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

M. Jean-Pierre Thomas. Je comprends que M. Bonrepaux ne comprenne pas la logique des économies, puisque c'est à lui et à ses amis que l'on doit en grande partie la logique du déficit devant lequel nous sommes aujourd'hui.

A 5,8 millions de francs près, compte tenu du chiffon rouge agité par certains de mes collègues, je suis prêt à me rallier à l'amendement de M. Accoyer. Ainsi, nous ne serons pas seuls à porter le fardeau des économies, qui nous vaut tant de propos « aimables ».

Cela dit, le Gouvernement s'est engagé devant la représentation nationale sur deux milliards d'économies. Budget après budget, nous sommes attaqués par une partie de la majorité et peu soutenus ici ou là. Si nous nous retrouvons à moins d'un milliard, ni la majorité ni le Gouvernement n'en sortiront grands.

Sur ces points techniques, je me rallie donc très volontiers à l'amendement n° 122, mais à condition que l'on ne nous dise pas encore, en fin de course, lors de l'examen des crédits du dernier ministère que tout est prioritaire. Nous aurions alors manqué notre plan d'économies.

M. le président. L'amendement n° 111 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 122.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. M. Auberger, rapporteur général, et M. Jean-Pierre Thomas ont présenté un amendement, n° 93, ainsi rédigé :

« Sur le titre IV de l'état B, réduire les crédits de 50 millions de francs. »

La parole est à M. Augustin Bonrepaux.

M. Augustin Bonrepaux, rapporteur spécial. L'amendement n° 122 ayant été adopté, je retire celui-ci.

M. le président. L'amendement n° 93 est retiré.

Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix la réduction de crédits du titre IV, modifiée par l'amendement n° 122.

(La réduction de crédits, ainsi modifiée, est adoptée.)

M. le président. Je mets aux voix les autorisations de programme et les crédits de paiement du titre V.

(Les autorisations de programme et les crédits de paiement du titre V sont adoptés.)

M. le président. Je mets aux voix le titre VI.

(Le titre VI est adopté.)

Après l'article 68

M. le président. En accord avec la commission des finances, de l'économie générale et du Plan, j'appelle maintenant un amendement tendant à insérer un article additionnel après l'article 68.

M. Bonrepaux a présenté un amendement, n° 109, ainsi rédigé :

« Après l'article 68, insérer les dispositions suivantes :

« Il est créé une taxe spéciale pour la médecine préventive au profit du Comité français d'éducation pour la santé.

« Cette taxe est destinée à financer les actions entreprises par le Comité français d'éducation pour la santé en matière d'éducation et de prévention des fléaux sanitaires.

« Les tarifs de cette taxe additionnelle sont fixés à un pour mille des tarifs du droit de consommation visé aux articles 575 et 575 A du code général des impôts. »

La parole est à M. Augustin Bonrepaux.

M. Augustin Bonrepaux, rapporteur spécial. Les moyens de prévention et d'information de la médecine préventive sont largement insuffisants : vous pouvez le lire aussi bien

dans le rapport que j'ai présenté au nom de la commission des finances que dans le rapport pour avis de M. Mattei.

Or les actions de prévention nous semblent importantes. Je propose donc d'aider à la lutte contre le tabagisme par une augmentation du prix du tabac, ce qui permet, c'est prouvé, de diminuer la consommation des jeunes et de développer aussi les actions conduites contre l'alcoolisme, en créant au profit du comité français d'éducation pour la santé une taxe dont le produit, insensible pour le consommateur, devrait rapporter 40 millions de francs.

Voilà qui n'alourdirait pas le déficit budgétaire !

La commission a rejeté cet amendement.

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

M. Jean-Pierre Thomas. Comme il est facile de refuser les économies courageuses et de proposer quelques minutes après une taxe supplémentaire !

Je conçois bien que M. Bonrepaux ne comprenne pas du tout notre méthode de travail, mais je comprends bien la sienne – et les Français avaient très bien compris celle de ses amis au pouvoir. Je m'inscris vraiment en faux et je ne voterai pas cet amendement. C'est la logique trop facile de la dépense. Ce n'est pas le cercle vertueux de la reprise, c'est le cercle vicieux de la dépense et du déficit !

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

Mme le ministre de la santé publique et de l'assurance maladie. L'objectif de M. Bonrepaux est sympathique et il touche là un point sensible. Je crois néanmoins que, dans la logique des décisions que vient de prendre l'Assemblée son amendement n'a pas place dans cette discussion et qu'il importe donc de ne pas y donner suite.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 109.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Nous avons terminé l'examen des crédits du ministère de la santé publique et de l'assurance maladie.

La suite de la discussion budgétaire est renvoyée à la prochaine séance.

2

DÉPÔT D'UNE PROPOSITION DE LOI ADOPTÉE PAR LE SÉNAT

M. le président. J'ai reçu, le 26 octobre 1995, transmise par M. le président du Sénat, une proposition de loi, adoptée par le Sénat, relative à l'inspection générale des affaires sociales et aux garanties offertes aux donateurs quant à l'utilisation des fonds collectés grâce à la générosité publique.

Cette proposition de loi, n° 2314, est renvoyée à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, en application de l'article 83 du règlement.

3

ORDRE DU JOUR

M. le président. Aujourd'hui, à neuf heures trente, première séance publique :

Suite de la discussion de la deuxième partie du projet de loi de finances pour 1996, n° 2222 ;

M. Philippe Auberger, rapporteur général au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan (rapport n° 2270).

Solidarité entre les générations :

M. Adrien Zeller, rapporteur spécial au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan (annexe n° 35 au rapport n° 2270).

– Famille :

M. Georges Tron, rapporteur pour avis au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales (avis n° 2271, tome 11).

– Personnes âgées :

M. Denis Jacquat, rapporteur pour avis au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales (avis n° 2271, tome 12).

– Personnes handicapées :

Mme Martine David, suppléée par M. Henri Sicre, rapporteur pour avis au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales (avis n° 2271, tome 13).

Technologies de l'information et poste :

M. Arsène Lux, rapporteur spécial au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan (annexe n° 36 au rapport n° 2270) ;

M. Claude Gaillard, rapporteur pour avis au nom de la commission de la production et des échanges (avis n° 2275, tome 15).

Culture :

M. Dominique Perben, rapporteur spécial au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan (annexe n° 11 au rapport n° 2270) ;

M. Jean-Paul Fuchs, rapporteur pour avis au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales (avis n° 2271, tome 3).

A quinze heures, deuxième séance publique :

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

A vingt et une heures trente, troisième séance publique :

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

La séance est levée.

(La séance est levée le vendredi 27 octobre 1995, à zéro heure cinq.)

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

ANNEXE

Questions écrites

M. le président a pris acte que des réponses ont été apportées aux questions écrites, ci-après, signalées le 16 octobre 1995 :

N° 27845. – M. Francis Galizi à M. le ministre de l'agriculture, de la pêche et de l'alimentation (prétraitements, agriculture, conditions d'attribution).

Cette réponse a été publiée au Journal officiel, questions écrites du lundi 23 octobre 1995.

N° 18125. – M. Jean-Louis Masson à M. le ministre de l'économie, des finances et du Plan (jeux et paris, loto, fonctionnement, éléments statistiques, diffusion).

N° 18217. – M. Jean-Pierre Pont à M. le ministre de l'économie, des finances et du Plan (épargne, livrets d'épargne, ouverture, comptes joints, perspectives).

N° 18886. – M. André Thien Ah Koon à M. le ministre de l'intérieur (DOM-TOM, police, fonctionnement, coopération entre la police, la gendarmerie et les douanes).

N° 25784. – M. Marcel Porcher à M. le ministre de l'économie, des finances et du Plan (retraites : fonctionnaires civils et militaires, politique à l'égard des retraités ; douanes, agents de surveillance, revendications).

N° 26499. – Mme Henriette Martinez à M. le ministre de l'économie, des finances et du Plan (plus-values : imposition, valeurs mobilières, cession, prise en compte d'un événement exceptionnel, réglementation).

N° 26584. – M. André Fanton à M. le ministre de l'économie, des finances et du Plan (Union européenne, institut monétaire européen, effectifs de personnel, agents de nationalité française).

N° 27198. – M. Jean-Marie Demange à M. le ministre de l'économie, des finances et du Plan (impôt sur le revenu, politique fiscale, cotisations sociales complémentaires, déduction, retraites).

N° 27425. – M. Pierre Garmendia à M. le ministre chargé de l'intégration et de la lutte contre l'exclusion (politique sociale, RMI, fonctionnement, personnel, statut).

N° 27459. – M. Pierre Gascher à M. le ministre de l'économie, des finances et du Plan (impôts locaux, taxes foncières, montant, conséquences, bailleurs agricoles).

N° 27741. – M. Jean-Michel Dubernard à M. le secrétaire d'Etat au budget (successions et libéralités, droits de mutation, paiement, délais, parts sociales ou actions).

N° 27939. – M. Jean-Pierre Calvel à Mme le ministre de la solidarité entre les générations (sécurité sociale, affiliation, associations et clubs sportifs, bénévoles, conséquences).

N° 28283. – M. Francis Galizi à Mme le ministre de la santé publique et de l'assurance maladie (assurance maladie maternité : prestations, frais de transport, taxis).

N° 28416. – M. Bernard de Froment à M. le ministre de l'agriculture, de la pêche et de l'alimentation (élevage, porcs, soutien du marché).

N° 28832. – M. René Carpentier à M. le ministre du travail, du dialogue social et de la participation (entreprises, création, aides, conditions d'attribution).

N° 28935. – M. Gérard Voisin à Mme le secrétaire d'Etat aux transports (sécurité routière, alcoolémie, taux légal, politique et réglementation).

N° 28971. – M. Charles Fèvre à M. le ministre de l'agriculture, de la pêche et de l'alimentation (ministères et secrétariats d'Etat, agriculture, pêche et alimentation : budget, subvention à la Fédération nationale des foyers ruraux, perspectives).

N° 29127. – M. Maxime Gremetz à Mme le ministre de la solidarité entre les générations (handicapés, réinsertion professionnelle et sociale, handicapés psychiques).

N° 29135. – Mme Ségolène Royal à M. le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'insertion professionnelle (enseignement secondaire, effectifs de personnel, surveillants, Deux-Sèvres).

N° 29145. – M. Michel Fromet à M. le ministre du travail, du dialogue social et de la participation (emploi, contrats emploi solidarité, consolidation, réglementation).

N° 29174. – M. Christian Bataille à M. le ministre de l'économie, des finances et du Plan (entreprises, création, aides, conditions d'attribution, chômeurs).

Ces réponses seront publiées au Journal officiel, questions écrites du lundi 30 octobre 1995.

ORGANISMES EXTRAPARLEMENTAIRES

COMMISSION CONSULTATIVE POUR LA PRODUCTION
DE CARBURANTS DE SUBSTITUTION

(1 poste à pourvoir)

La commission de la production et des échanges a désigné M. Patrick Hoguet comme candidat.

La candidature est affichée et la nomination prend effet dès la publication au *Journal officiel* du 27 octobre 1995.

CONSEIL NATIONAL DE L'AMÉNAGEMENT
ET DU DÉVELOPPEMENT DU TERRITOIRE

(3 postes de titulaires à pourvoir)

La commission des finances, de l'économie générale et du Plan a désigné M. Jean-Pierre Balligand comme candidat au siège de membre titulaire.

La commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République a désigné M. Arnaud Cazin d'Honincthun comme candidat au siège de membre titulaire.

La commission de la production et des échanges a désigné M. Patrick Ollier comme candidat au siège de membre titulaire.

Les candidatures sont affichées et les nominations prennent effet dès la publication au *Journal officiel* du 27 octobre 1995.

CONVOCATION DE LA CONFÉRENCE DES PRÉSIDENTS

La conférence, constituée conformément à l'article 48 du règlement, est convoquée pour le mardi 31 octobre 1995, à neuf heures trente, dans les salons de la présidence.