

ASSEMBLÉE NATIONALE

DÉBATS PARLEMENTAIRES

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

11^e Législature

SESSION ORDINAIRE DE 2000-2001

COMPTE RENDU INTÉGRAL

DES SÉANCES DU VENDREDI 27 OCTOBRE 2000

(15^e jour de séance de la session)



SOMMAIRE GÉNÉRAL

1 ^{re} séance	7625
2 ^e séance	7663

ASSEMBLÉE NATIONALE

DÉBATS PARLEMENTAIRES

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

11^e Législature

SESSION ORDINAIRE DE 2000-2001

33^e séance

COMPTE RENDU INTÉGRAL

1^{re} séance du vendredi 27 octobre 2000



SOMMAIRE

PRÉSIDENCE DE M. YVES COCHET

1. **Loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.** – Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 7628).

DISCUSSION DES ARTICLES (*suite*) (p. 7628)

Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité.

Rappel au règlement (p. 7629)

MM. Bernard Accoyer, le président.

Suspension et reprise de la séance (p. 7629)

MM. Denis Jacquat, rapporteur de la commission des affaires culturelles, pour l'assurance vieillesse ; Claude Evin, rapporteur de la commission des affaires culturelles, pour l'assurance maladie ; Jean-Luc Prél, Bernard Accoyer, Mmes Jacqueline Fraysse, Dominique Gillot, secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés.

Après l'article 30 (p. 7631)

Amendements identiques n^{os} 261 de M. Mattei et 289 de M. Goulard et amendement n^o 342 de M. Bur : M. Claude Evin, rapporteur. – Réserve des amendements jusqu'après l'article 31.

Article 31 (p. 7631)

MM. Jean-Luc Prél, Bernard Accoyer, Jean-Pierre Foucher, Mmes Jacqueline Mathieu-Obadia, Jacqueline Fraysse.

Amendements de suppression n^{os} 78 de la commission des affaires culturelles, 197 de M. Accoyer et 262 de M. Debré : MM. Claude Evin, rapporteur ; Bernard Accoyer, Mme la ministre. – Adoption.

L'article 31 est supprimé.

Les amendements n^{os} 128 de M. Luca, 326, 327, 343, 322, 325, 324, 323 et 341 de M. Bur n'ont plus d'objet.

Après l'article 30 (*suite*) (p. 7638)

(*amendements précédemment réservés*)

Amendements identiques n^{os} 261 de M. Mattei et 289 de M. Goulard et amendement n^o 342 de M. Bur : MM. Claude Evin, rapporteur ; Jean-Pierre Foucher, Mme la ministre. – Rejets.

Après l'article 31 (p. 7639)

Amendement n^o 280 de M. Prél : M. Jean-Luc Prél.

Amendement n^o 79 rectifié de la commission des affaires culturelles : M. Claude Evin, rapporteur ; Mme la ministre, M. Jean-Luc Prél. – Rejet de l'amendement n^o 280 ; adoption de l'amendement n^o 79 rectifié.

Article 32 (p. 7641)

MM. Jean-Luc Prél, Bernard Accoyer.

Amendement de suppression n^o 243 de M. Douste-Blazy : M. Claude Evin, rapporteur.

Amendement n^o 80 rectifié de la commission des affaires culturelles : Mme la ministre. – Rejet de l'amendement n^o 243 ; adoption de l'amendement n^o 80 rectifié.

Amendement n^o 281 de M. Foucher : MM. Jean-Pierre Foucher, Claude Evin, rapporteur ; Mme la ministre. – Rejet.

Adoption de l'article 32 modifié.

Article 33 (p. 7643)

MM. Jean-Luc Prél, Bernard Accoyer, Jean-Pierre Foucher, Alain Veyret, Mme Jacqueline Fraysse, M. Claude Billard, Mme Jacqueline Mathieu-Obadia, M. Jacques Barrot, Mme la ministre.

Amendement de suppression n^o 291 de M. Goulard : MM. Bernard Accoyer, Claude Evin, rapporteur ; Mme la ministre. – Rejet.

Amendements n^{os} 240 et 23 de M. Veyret, 81 de la commission des affaires culturelles et 318 de Mme Jacqueline Mathieu-Obadia : M. Alain Veyret. – Retrait des amendements n^{os} 240 et 23.

Amendement n^o 240 repris par M. Accoyer : MM. Bernard Accoyer, Claude Evin, rapporteur ; Mme la ministre, M. Jacques Barrot. – Rejet.

Mme la ministre. – Adoption de l'amendement n^o 81 ; l'amendement n^o 318 n'a plus d'objet.

Adoption de l'article 33 modifié.

Article 34 (p. 7650)

MM. Jean-Luc Prél, Bernard Accoyer, Jean-Pierre Foucher, Claude Evin, rapporteur.

Adoption de l'article 34.

Article 35 (p. 7652)

MM. Jean-Luc Prél, Bernard Accoyer, Jean-Pierre Foucher, Mme Jacqueline Mathieu-Obadia, MM. Alain Veyret, Claude Evin, rapporteur.

Adoption de l'article 35.

Article 36 (p. 7654)

M. Jean-Pierre Foucher.

Amendement n^o 82 de la commission des affaires culturelles : MM. Claude Evin, rapporteur ; Mme la ministre. – Adoption.

Amendement n^o 83 de la commission des affaires culturelles. – Adoption.

Adoption de l'article 36 modifié.

Après l'article 36 (p. 7654)

Amendement n^o 387 du Gouvernement : Mme la ministre, M. Claude Evin, rapporteur ; Mme Muguette Jacquaint. – Adoption.

Article 37 (p. 7655)

M. Jean-Luc Prél.

Amendements n^{os} 86, 87 rectifié, 88 et 89 de la commission des affaires culturelles : M. Claude Evin, rapporteur ; Mme la ministre. – Adoption.

Adoption de l'article 37 modifié.

Après l'article 37 (p. 7656)

Amendement n^o 168 de Mme Fraysse : Mme Jacqueline Fraysse, M. Claude Evin, rapporteur ; Mme la ministre, MM. Jean-Pierre Foucher, Bernard Accoyer. – Rejet.

Amendement n° 167 de Mme Fraysse : Mme Jacqueline Fraysse, M. Claude Evin, rapporteur ; Mme la ministre, M. Bernard Accoyer. – Rejet.

Article 38 (p. 7658)

MM. Jean-Luc Prél, Bernard Accoyer, Jean-Pierre Foucher, Mme Jacqueline Fraysse.

Amendement n° 348 de M. Accoyer : MM. Bernard Accoyer, Claude Evin, rapporteur ; Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 171 de M. Rogemont : MM. Philippe Nauche, Claude Evin, rapporteur ; Mme la ministre, M. Bernard Accoyer. – Adoption de l'amendement n° 171 rectifié.

Amendement n° 90 de la commission des affaires culturelles : M. Claude Evin, rapporteur ; Mme la ministre. – Adoption.

Adoption de l'article 38 modifié.

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

2. **Ordre du jour des prochaines séances** (p. 7661).

COMPTE RENDU INTÉGRAL

**PRÉSIDENCE DE M. YVES COCHET,
vice-président**

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à neuf heures.)

1

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2001

Suite de la discussion d'un projet de loi

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n^{os} 2606, 2633).

Discussion des articles *(suite)*

M. le président. Hier soir, l'Assemblée a poursuivi la discussion des articles et s'est arrêtée aux amendements portant article additionnel après l'article 30.

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

Mme Elisabeth Guigou, *ministre de l'emploi et de la solidarité*. Monsieur le président, mesdames, messieurs les députés, au moment où nous allons reprendre nos débats sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale, je voudrais faire le point sur la question de la couverture maladie universelle.

Que ce soit dans la discussion générale ou à l'occasion de l'examen des articles, j'ai bien entendu les interventions très construites, très détaillées, de beaucoup d'entre vous, notamment celle d'Odette Grzegorzulka, qui préside le conseil de surveillance du Fonds de financement de la CMU, celles des orateurs du groupe communiste : Mme Fraysse, Mme Jacquaint et M. Gremetz, et celles de nombreux orateurs de la majorité ainsi que de l'opposition, puisque M. Accoyer, en particulier, a évoqué le sujet à plusieurs reprises. En réponse à vos interrogations, je souhaite, avant que nous ne poursuivions l'examen des articles, vous préciser les intentions du Gouvernement.

Il est vrai que la CMU fonctionne bien et que sa portée s'élargit. Chacun sait qu'elle couvre aujourd'hui 4,7 millions de bénéficiaires et que les caisses primaires, les mutuelles, les associations et, bien sûr, les professionnels de santé l'ont mise en œuvre sur l'ensemble du territoire. C'est évidemment une grande conquête sociale.

Pourtant, vous m'avez signalé des difficultés d'application, en insistant notamment sur le fait que certaines personnes à faibles revenus, qui pourraient être assez nom-

breuses, n'auraient plus droit à la CMU et seraient exclues du bénéfice de l'ancienne aide médicale gratuite à partir du 31 octobre prochain, c'est-à-dire dans trois jours.

Après avoir évoqué ce problème avec M. Jean Le Garrec, président de la commission des affaires sociales, avec M. Alfred Recours, votre rapporteur, et avec les représentants des groupes de la majorité - groupe socialiste, groupe communiste et groupe Radical, Citoyen et Vert -, je suis en mesure de vous préciser que nous allons agir dans trois directions.

Tout d'abord, nous allons prolonger le droit des bénéficiaires de l'ancienne aide médicale départementale jusqu'au 30 juin 2001. Je sais que, dans certains départements, des mesures sont envisagées pour maintenir une aide à ces personnes qui allaient sortir de la CMU le 31 octobre. Donnons-nous le temps, jusqu'au 30 juin, de préparer cette sortie pour que le relais soit assuré. (*« Très bien ! » sur les bancs du groupe socialiste.*) Notre objectif est évidemment, je l'ai déjà indiqué, d'éviter la rupture des droits. Nous aurons donc plus de six mois pour préparer cette sortie.

M. Denis Jacquat, *rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales*. C'est bien !

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Deuxième mesure : je souhaite prendre en considération la situation difficile des personnes qui n'ont plus l'aide médicale et dont les revenus sont immédiatement supérieurs au plafond de la CMU. J'ai d'ores et déjà affecté 400 millions de francs aux fonds d'action sociale des caisses primaires d'assurance maladie pour aider ces personnes. Ces crédits permettront de prendre en charge ces personnes en faisant porter un effort particulier sur les soins les moins bien remboursés.

Troisième mesure : j'ai décidé de relever le plafond de ressources de la CMU de 100 francs en le portant à 3 600 francs. (*« Très bien ! » sur les bancs du groupe socialiste et du groupe communiste.*)

M. Denis Jacquat, *rapporteur*. Bonne mesure !

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Cette augmentation du plafond permettra de faire bénéficier de la CMU environ 300 000 personnes supplémentaires. Mais, compte tenu des règles de calcul des ressources, et en particulier de la prise en compte du forfait logement, elle ne permettra pas d'en faire bénéficier tous les titulaires de minima sociaux.

M. Denis Jacquat, *rapporteur*. Dommage !

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Toutefois, c'est un pas important qui vous est proposé. Ce relèvement sera mis en œuvre par décret dans les jours qui viennent.

Au moyen de ces trois mesures, je veux marquer la priorité que le Gouvernement accorde à l'accès aux soins de nos concitoyens les plus modestes. La montée en charge de la CMU pourra ainsi se poursuivre.

Rappel au règlement

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer, pour un rappel au règlement.

M. Bernard Accoyer. Monsieur le président, ce rappel au règlement, fondé sur l'article 58 relatif au déroulement de nos travaux, est motivé par deux raisons.

La première est d'ores et déjà en partie satisfaite : il s'agissait de presser Mme la ministre, à quatre jours de l'expiration du délai d'affiliation, de répondre à nos interrogations sur la CMU. Je reviendrai dans la suite du débat sur les annonces qu'elle vient de faire à ce sujet.

La seconde raison est que je tiens à lui rappeler un problème, lui aussi urgent, qui concerne nos concitoyens résidant en France et travaillant en Suisse. Depuis plus d'un an, en raison d'une disposition prise à la seule initiative du Gouvernement, un grand nombre de ces travailleurs frontaliers n'ont plus de couverture maladie satisfaisante et se trouvent même parfois, à cet égard, dans une situation insupportable.

Je souhaite donc, madame la ministre, demander une suspension de séance (*« Ça commence ! » sur les bancs du groupe socialiste.*) pour vous donner le temps de la réflexion et vous permettre de nous proposer des solutions à ce problème, dont le traitement témoigne jusqu'ici d'une attitude méprisante à l'égard de populations qui méritent le respect.

M. le président. Monsieur Accoyer, il ne s'agissait pas vraiment d'un rappel au règlement, puisque vous êtes intervenu sur le fond du débat. Cela étant, souhaitez-vous une suspension de séance pour réunir votre groupe ? (*« Il est tout seul ! » sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. Bernard Accoyer. Pour que Mme la ministre puisse réfléchir à la réponse qu'elle va me donner.

M. le président. Ce doit être pour réunir votre groupe.

M. Bernard Accoyer. Egalement, monsieur le président, afin d'envisager les mesures à prendre en cas d'absence de réponse. (*Protestations sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. Claude Evin, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales. Quel groupe ?

M. Denis Jacquat, rapporteur. Où est-il ?

M. le président. Je vous rappelle, messieurs les rapporteurs, que la suspension est de droit.

M. Denis Jacquat, rapporteur. Pas toujours, cela dépend du motif !

Suspension et reprise de la séance

M. le président. La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à neuf heures dix, est reprise à neuf heures vingt.*)

M. le président. La séance est reprise.

La parole est à M. le rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour l'assurance maladie.

M. Denis Jacquat, rapporteur. Madame la ministre, j'ai bien noté les mesures que vous venez d'annoncer et je ne peux que les approuver. Ainsi que nous l'avons souvent répété au cours du débat portant création de la CMU, il convient en effet à tout prix de se rapprocher du seuil de pauvreté qui a été fixé par l'INSEE à 3 800 francs en

1998. Vous allez donc relever de 100 francs le plafond de ressources permettant de bénéficier de la CMU, et c'est bien. Mais il faudra aller plus loin pour que tous les allocataires de minima sociaux puissent accéder à la CMU.

Par ailleurs, et c'est ce qui est le plus important, le problème de l'effet coupeur du seuil ne sera pas résolu. Beaucoup de gens, qui souffrent, ne comprennent pas qu'il n'y ait pas une sortie en sifflet. Madame la ministre, je souhaite donc ardemment qu'il soit procédé à une étude sur ce point. Notre politique sociale doit être adaptée aux difficultés réelles des Français et Françaises.

M. le président. La parole est à M. Claude Evin, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour l'assurance maladie.

M. Claude Evin, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales. Madame la ministre, au nom du groupe socialiste, je dois dire que les décisions que vous venez d'annoncer répondent aux préoccupations que nous avons exprimées. A l'évidence, la mise en place d'une mesure aussi importante que la couverture maladie universelle nécessiterait un certain nombre d'adaptations. En tout cas, la mesure répond à l'objectif que nous nous étions fixé. Certes, celui-ci a été critiqué fortement par l'opposition, qui y voyait un abandon du caractère universel de la protection sociale.

Mais les décisions que vous venez d'annoncer montrent bien que ces critiques, étaient absolument infondées. Elles participent d'une volonté du Gouvernement et de sa majorité de mettre en place une couverture la plus large possible en matière d'assurance maladie. Hier soir déjà, nous avons voté un article pour étendre des prestations de même importance à une catégorie de personnes qui n'avaient pas les mêmes droits que les salariés. Je veux parler de ceux que l'on appelle traditionnellement les non-salariés non agricoles. Progressivement, donc, nous améliorons la couverture maladie à la fois pour les personnes en activité et pour celles qui, malheureusement, n'avaient pas de revenus suffisants pour se soigner ou n'étaient pas en activité et ne pouvaient bénéficier de l'assurance maladie.

Cela étant, nous sommes tout à fait conscients – et nous savons combien vous l'êtes également, madame la ministre – qu'il nous faudra encore prendre des mesures pour améliorer la couverture maladie universelle. La commission des affaires sociales avait confié à Odette Grzegorzka un rapport d'évaluation, dont vous vous êtes d'ailleurs inspirée. Nous vous remercions de proposer ces premières dispositions. Et nous continuerons de travailler à vos côtés pour faire en sorte que les plus défavorisés de nos concitoyens puissent mieux encore accéder aux soins (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

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

M. Jean-Luc Préel. Je souhaiterais que le Gouvernement réponde aux questions que nous avons posées hier sur la fongibilité des enveloppes, et l'avenir de la carte Vital, notamment.

M. Bernard Accoyer. La ministre ne répond qu'à M. Gremetz !

M. Jean-Luc Préel. Cela permettrait de faire avancer les choses et nos débats y gagneraient en sérénité.

S'agissant de la CMU, Claude Evin vient de se féliciter de ce qu'il appelle une avancée considérable. Pour ma part, je considère que les mesures annoncées sont très partielles au regard du problème posé. D'abord, vous allez pour la deuxième fois prolonger les droits des bénéficiaires de l'ancienne aide médicale.

M. Bernard Accoyer. Eh oui !

M. Jean-Luc Prével. Mais le problème n'est pas pour autant réglé ! Certaines personnes, en effet, étaient mieux couvertes par les départements.

De même, rien n'est fait pour tenter de remédier à l'effet de seuil. Claude Evin a dit que l'opposition s'était montrée critique pendant les débats sur la CMU. Comment aurait-il pu en être autrement ? L'effet de seuil est vraiment dramatique. Nous avons proposé, quant à nous, une aide personnalisée à la santé proche de l'aide au logement, c'est-à-dire dégressive car prenant en compte les conditions de ressources de manière progressive, ce qui aurait limité le plus possible l'effet de seuil.

Soulignons encore que nous ne savons toujours pas ce que prévoit exactement le panier de soins, en matière de frais de dentisterie et de lunettes, notamment. Si l'on dépasse le plafond de 1 500 francs, qui financera le complément ?

Par ailleurs, il faut savoir qui gère le système de santé en France ? Longtemps, les assurances, base et complémentaire, ont été séparées. Aujourd'hui, 80 % au moins des bénéficiaires de la CMU complémentaire relèvent à ce titre des CPAM. Vous le savez, une mesure transitoire est prévue pour aider ceux dont les ressources augmenteront et qui seront amenés à quitter le système CMU. Mais qui financera cette assurance complémentaire intermédiaire, si j'ose dire ? Les CNAM n'en auront pas les moyens. Si l'on relevait de façon plus importante encore le plafond de ressources donnant droit à la CMU, ce sont en fait les CPAM qui seraient amenées à gérer 80 % des assurés sociaux en France aussi bien en base qu'en complémentaire, ce qui bouleverserait complètement le champ actuel de l'assurance maladie.

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

M. Bernard Accoyer. Madame la ministre, je ne vais certainement pas vous faire plaisir, mais le relèvement de 3 % du seuil donnant accès à la CMU ne résoudra pas l'essentiel des problèmes posés. D'autant que ces 3 % recouvrent à peine la hausse du prix du carburant, du gaz, du combustible pour se chauffer. Oh, certes, et de cela, je me félicite, l'hypocrisie qui consistait à fixer le seuil juste en dessous de celui ouvrant droit à l'AAH ou au minimum vieillesse est ainsi levée. De toute façon, vous ne pouviez durablement tenir sur cette position.

Aujourd'hui, je veux surtout souligner que, contrairement à vos affirmations, la CMU porte gravement atteinte au principe même de l'unicité de la sécurité sociale puisque les prestations maladie sont soumises aux conditions de ressources. Il est vrai que c'est là une maladie chronique de la gauche. Vous aviez déjà essayé de mettre sous condition de ressources les allocations familiales mais vous avez dû reculer. Avec la CMU, vous persistez. Vous avez ainsi créé deux catégories de Français : ceux qui bénéficient de la CMU, pour lesquels les prestations sont prises en charge gratuitement et totalement ; et les autres. Et le vrai problème concerne ceux qui sont juste au-dessus du seuil. Le seuil, constitue le vice fondateur de la CMU.

Pourtant, il existait des solutions alternatives. Certes, elles ne vous auraient pas permis de faire tout votre numéro sur la CMU, qui, en réalité, ne résout pas les problèmes de l'accès aux soins. Je rappelle que, dans les départements, le seuil de ressources pour bénéficier de l'aide médicale était situé au-dessus de 3 500 francs, ou 3 600 francs aujourd'hui. Il est même de 4 040 francs pour la carte Paris Santé.

M. Claude Evin, rapporteur. La carte Paris Santé n'a jamais résolu ces problèmes-là !

M. Bernard Accoyer. Entre 3 500 et 4 040 francs, il y a 17 000 personnes, monsieur Evin.

Par ailleurs, en créant la CMU, vous avez ôté aux centres communaux d'action sociale et aux travailleurs sociaux de proximité la faculté de se livrer à un travail micro-social en direction de ces populations qui, certes, ont des problèmes pour accéder aux soins, mais qui, dans le même temps, sont confrontées à maintes autres difficultés pour élever leurs enfants, ou payer la cantine et les factures – chauffage téléphone, etc. Nous ne le savons que trop hélas ! dans les centres communaux d'action sociale. Désormais, ce sont les guichets des caisses primaires d'assurance maladie qui seront censés faire ce travail. Comment voulez-vous qu'ils le fassent ? Les agents ne sont pas formés à ces tâches et les caisses ne sont pas non plus organisées pour cela.

Enfin, et c'est aussi particulièrement préoccupant, la mise en place de la CMU – notons au passage qu'avec le deuxième report elle n'entrera en vigueur au mieux que dix-huit mois après la date fixée initialement – va porter un mauvais coup au système complémentaire, surtout financé par des sociétés mutualistes. Comme le code de la mutualité contraint ces institutions à avoir des comptes équilibrés, c'est sur eux en fait que va reposer la solidarité nationale.

Alors, madame la ministre, nous allons vous faire une proposition. Une fois de plus, vous allez voir que le discours de la majorité selon lequel l'opposition n'a rien à proposer n'est pas fondé. En effet, hier, déjà, nous avons présenté une proposition très concrète sur l'avenir des retraites, ce qui contraste avec l'attitude scandaleusement hypocrite que la gauche manifeste à l'égard de ce problème.

Aujourd'hui, je vais vous faire une proposition pour en finir avec l'effet de seuil que vous avez instauré. Cela vous donnera l'occasion de sortir de votre entêtement qui vous pousse toujours à vouloir créer des monopoles d'Etat, à étatiser, à aller contre la décentralisation et le travail de proximité. Notre proposition est simple : donnez aux départements les moyens de payer une complémentaire à partir des critères qu'ils auront déterminés. Il y aurait ainsi une certaine unicité.

Madame la ministre, la CMU vous a permis de faire des effets d'estrade sur les difficultés d'accès aux soins. Mais la politique, ce n'est pas seulement jeter de la poudre aux yeux, c'est résoudre les problèmes, surtout les plus douloureux.

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

Mme Jacqueline Fraysse. Chacun sait ici que le groupe communiste souhaitait que le seuil de ressources ouvrant droit à la CMU soit à un niveau qui permette aux personnes bénéficiaires de l'allocation adulte handicapée et du minimum vieillesse d'être concernées. Les propositions qui nous sont faites ne répondent pas à cette demande et nous le regrettons. Bien sûr, nous maintenons notre demande. C'est pour nous une question de justice car toutes ces personnes en ont impérativement besoin.

Pour autant, nous sommes sensibles à l'augmentation du plafond, qui est donc porté à 3 600 francs. Davantage de personnes seront ainsi concernées. Nous nous en félicitons, ayant le sentiment d'y avoir beaucoup contribué.

La prolongation des droits des bénéficiaires de l'ancienne aide médicale départementale jusqu'à la fin du mois de juin est aussi une mesure utile. Mais elle n'est que ponctuelle. Il faut donc mettre à profit ce délai pour trouver le moyen de ne pas créer une rupture de droits entre les bénéficiaires. Les conseils généraux ont attiré notre attention sur le fait que de nombreuses personnes étaient concernées.

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés.

Mme Dominique Gillot, secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés. Mesdames, messieurs, je voudrais apporter des réponses précises à toutes vos questions. (« Ah ! » sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République et du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance.)

Pour les frontaliers travaillant en Suisse, vous le savez, cette question a des conséquences juridiques complexes...

M. Bernard Accoyer. Surtout humaines !

Mme la secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés. ... oui, mais pour régler les problèmes humains, il faut s'appuyer sur une réglementation !

M. Bernard Accoyer. Si le Gouvernement avait signé l'annexe 3, ce serait réglé !

M. le président. S'il vous plaît, monsieur Accoyer !

Mme la secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés. L'affiliation à l'assurance maladie suisse, l'affiliation au régime général français, le maintien des possibilités de choix dont les frontaliers disposent, tout cela est actuellement examiné par un magistrat de la Cour des comptes et deux universitaires qui nous rendront leurs travaux dans les jours à venir. Les conclusions seront mises à l'étude avec les associations de frontaliers afin que nous prenions des décisions, allant dans le sens de leurs aspirations.

S'agissant de la télétransmission, monsieur Prével, nous constatons un vrai décollage cette année. Ainsi, 42 millions de cartes Vital ont été distribuées entre le mois de juillet 1998 et le mois de juillet 1999, auxquelles s'ajoutent 4,5 millions de cartes renouvelées aujourd'hui. Le coût d'envoi d'une carte est de 13 francs. L'estimation financière globale s'élève donc à environ 1 milliard de francs. Depuis décembre 1998, le nombre de médecins télétransmetteurs est passé de 1 290 à 43 000 – ce chiffre date du 25 octobre dernier. Ainsi, 41,5 % des médecins libéraux sont aujourd'hui télétransmetteurs. D'autres professions de santé sont également entrées dans le dispositif ces derniers mois, ce qui porte le total des professionnels télétransmetteurs à près de 53 000 aujourd'hui. Actuellement, une caisse sur deux a dépassé l'objectif de 40 % fixé par la CNAM au 31 décembre 1999. Seules quelques caisses, comme celle de Paris, celle de Corse et des départements d'outre-mer, restent encore en dessous des 20 % de télétransmissions. Par ailleurs, au 30 août dernier, plus de 248 000 cartes professionnelles de santé ont été distribuées.

A propos de la fongibilité des enveloppes, il faut rester attentif, ouvert et ne pas se montrer dogmatique sur les évolutions que nous constatons. Lorsqu'un médicament distribué à l'hôpital est autorisé en distribution en ville, les transferts de l'enveloppe hospitalière à l'enveloppe de ville ont lieu au moment de la fixation des budgets. Il existe aussi des transferts de l'enveloppe hospitalière vers l'enveloppe médico-sociale, c'est la reconnaissance du rôle social de l'hôpital et de l'inscription en réseau des soins

de ville et de l'hôpital. Je pense que le développement des réseaux ville-hôpital que nous appelons tous de nos vœux et qui bénéficie de dispositions expérimentales élargies nous permettront d'avancer vers la fongibilité des enveloppes que vous réclamez d'une manière un peu systématique.

M. Jean-Luc Prével. Mais judicieuse !

Mme la secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés. Elle doit correspondre à une réalité des pratiques médicales.

Après l'article 30

M. le président. Je suis saisi de trois amendements, n^{os} 261, 289 et 342, pouvant être soumis à une discussion commune.

M. Claude Evin, rapporteur. Monsieur le président, je demande la parole.

M. le président. Je vous en prie, monsieur le rapporteur.

M. Claude Evin, rapporteur. Monsieur le président, s'agissant de l'ordre d'appel des amendements, je vous fais naturellement totalement confiance.

M. Bernard Accoyer. Encore heureux !

M. Claude Evin, rapporteur. Néanmoins, j'appelle votre attention sur le fait que l'adoption ultérieure de l'article 31 réduirait à néant l'adoption de ces trois amendements. Je vous laisse le soin d'apprécier.

M. Bernard Accoyer. De quoi je me mêle ? Depuis quand les rapporteurs s'occupent-ils de la séance ?

M. le président. Ce que vous avez dit est exact, monsieur le rapporteur. M. Luca a d'ailleurs présenté un amendement presque identique, n^o 128, à l'article 31.

M. Bernard Accoyer. Respectez le travail des administrateurs de la séance ! Il est très bien fait !

M. le président. Permettez, monsieur Accoyer ! Voulez-vous demander la réserve de ces amendements, monsieur le rapporteur ?

M. Bernard Accoyer. C'est une manœuvre ?

M. le président. Monsieur Accoyer, s'il vous plaît !

M. Claude Evin, rapporteur. Il est évidemment hors de question de frustrer nos collègues de débat. Précisément, le débat sur le sujet aura bel et bien lieu à l'article 31. La commission préférerait donc que les trois amendements soient réservés et que nous abordions directement l'examen de l'article 31.

M. Philippe Nauche. Très bien !

M. Bernard Accoyer. Non, non !

M. le président. Si la commission demande la réserve, comme elle en a le droit, nous procéderons ainsi.

M. Claude Evin, rapporteur. Oui, je demande la réserve des amendements.

M. le président. Les amendements n^{os} 261, 289 et 342 sont donc réservés jusqu'après l'article 31.

Article 31

M. le président. « Art. 31. – I. – Le chapitre V du titre IV du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est intitulé :

« Chapitre V.

« Règlement des litiges avec les professionnels de santé. »

« II. – Dans la section 1 du chapitre V du titre IV du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, sont insérés les articles L. 145-1 à L. 145-2 ainsi rédigés :

« *Art. L. 145-1.* – Les fautes, fraudes, abus et tous manquements aux obligations découlant pour un professionnel de santé des dispositions législatives et réglementaires relatives à la sécurité sociale, relevés à son encontre à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux sont soumis à la procédure prévue aux articles L. 145-1-1 à L. 145-2. »

« *Art. L. 145-1-1.* – Lorsqu'une caisse relève à l'encontre d'un professionnel de santé les faits mentionnés à l'article L. 145-1, le directeur lui notifie son constat, qui comporte les éléments permettant d'apprécier la matérialité des faits reprochés et l'informe de son intention d'appliquer la procédure prévue aux articles L. 145-1-1 à L. 145-2. »

« *Art. L. 145-1-2.* – Le directeur de la caisse informe le professionnel de santé de la possibilité qui lui est offerte de recourir à une conciliation.

« Lorsque les propositions du conciliateur recueillent l'accord des parties, cet accord fait l'objet d'un constat signé par celles-ci et par le conciliateur, qui s'impose au professionnel et à l'organisme d'assurance maladie.

« Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux professionnels qui, dans les cinq ans qui précèdent l'ouverture de la procédure mentionnée à l'article L. 145-1-1, n'ont pas respecté les engagements pris à l'occasion d'une précédente conciliation ou qui ont fait l'objet des sanctions prévues au 4^o du deuxième alinéa de l'article L. 145-1-3 et aux 4^o et 5^o du deuxième alinéa de l'article L. 145-2. »

« *Art. L. 145-1-3.* – A défaut de conciliation, ou si les modalités proposées par le conciliateur ne sont pas acceptées par l'une des parties, la caisse informe le professionnel de la suite qu'elle entend réserver au litige et sollicite ses observations. La caisse peut, en fonction de la gravité des faits reprochés, prononcer l'une des mesures prévues ci-dessous ou saisir la section des assurances sociales du conseil régional ou interrégional mentionnée à l'article L. 145-6.

« Peuvent être prononcées par la caisse, en application de l'alinéa précédent, les mesures suivantes :

« 1^o La mise en garde ;

« 2^o La suspension des dépassements d'honoraires autorisés le cas échéant par la convention, pour une durée maximale d'un an ;

« 3^o Une pénalité financière dans la limite du plafond annuel de la sécurité sociale ;

« 4^o La suspension du conventionnement pour une durée maximale de trois mois ;

« La mesure prévue au 4^o peut être assortie du sursis.

« La pénalité prévue au 3^o peut être imputée sur la participation des caisses prévue aux articles L. 162-5-11, L. 645-2 et L. 722-4.

« La mesure prononcée par la caisse est exécutoire à compter de sa notification au professionnel.

« Le professionnel de santé auquel est appliquée la sanction prévue au 4^o peut former un recours devant le président de la section des assurances sociales du conseil régional qui peut, dans un délai de quarante huit heures, prononcer la suspension de cette décision lorsqu'elle est

de nature à porter une atteinte grave et irréparable à l'exercice du professionnel concerné. La décision rendue par le président est susceptible d'appel devant le président de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre qui statue dans un délai identique.

« Les mesures prononcées par les caisses sont susceptibles de recours devant la section des assurances sociales du conseil régional de l'ordre mentionnée à l'article L. 145-6, qui peut soit confirmer la décision prise par la caisse, soit l'annuler, soit prononcer l'une des sanctions prévues à l'article L. 145-2. »

« *Art. L. 145-2.* – Lorsque la caisse décide, en application des dispositions du premier alinéa de l'article L. 145-1-3, et en raison de la gravité des faits reprochés au professionnel, de solliciter une sanction relevant de la compétence de la section des assurances sociales du conseil régional ou interrégional, elle saisit celle-ci de sa demande en lui transmettant l'ensemble des éléments de la procédure en sa possession. Il en est de même lorsque la caisse constate, à l'occasion des soins dispensés par le professionnel aux assurés sociaux, des manquements aux règles applicables à l'exercice de sa profession.

« La demande est soumise en première instance à une section du conseil régional de discipline des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou conseils inter-régionaux de discipline des sages-femmes dite section des assurances sociales du conseil régional de discipline et, en appel, à une section distincte de la section disciplinaire du conseil national de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes, dite section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins ou section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des sages-femmes.

« Les sanctions susceptibles d'être prononcées par la section des assurances sociales du conseil régional ou par la section spéciale du conseil national des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes, sont :

« 1^o Le blâme ;

« 2^o La suspension ou la suppression des dépassements d'honoraires autorisés le cas échéant par la convention ;

« 3^o Une pénalité financière au bénéfice de l'assurance maladie dans la limite du double du plafond annuel de la sécurité sociale ;

« 4^o La suspension du conventionnement pour une durée maximale d'un an ;

« 5^o L'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de donner des soins aux assurés sociaux.

« Dans le cas d'abus d'honoraires, la section des assurances sociales peut ordonner le remboursement à l'assuré du trop-perçu ou le reversement aux organismes de sécurité sociale du trop-remboursé, même s'il n'est prononcé aucune des sanctions prévues ci-dessus.

« La section des assurances sociales peut assortir les sanctions prévues ci-dessus de leur publication.

« Si, pour des faits commis dans un délai de cinq ans à compter de la notification d'une sanction assortie du sursis et devenue définitive, la juridiction prononce la sanction prévue au 5^o, elle peut décider que la sanction, pour la partie assortie du sursis, devient exécutoire sans préjudice de l'application de la nouvelle sanction.

« Est considérée comme non avenue une sanction, pour la partie assortie du sursis, lorsque le praticien sanctionné n'aura commis aucune nouvelle faute suivie d'une sanction dans le délai fixé à l'alinéa précédent.

« Les sanctions prévues au présent article ne sont pas cumulables avec les peines prévues à l'article L. 4124-6 du code de la santé publique lorsqu'elles ont été prononcées à l'occasion des mêmes faits. Si les juridictions compétentes prononcent des sanctions différentes, la sanction la plus forte peut seule être mise à exécution. »

« III. – Au premier alinéa de l'article L. 145-6 du code de la sécurité sociale, les mots : "deux présidents suppléants" sont remplacés par les mots : "un ou plusieurs présidents suppléants". »

« IV. – Au premier alinéa de l'article L. 145-7 du code de la sécurité sociale, les mots : "que deux conseillers d'Etat suppléants" sont remplacés par les mots : "qu'un ou plusieurs conseillers d'Etat suppléants". »

« V. – Après l'article L. 145-7 du code de la sécurité sociale est inséré un article L. 145-7-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 145-7-1. – Les assesseurs représentant les organismes de sécurité sociale au sein des sections des assurances sociales visées aux articles L. 145-6 et L. 145-7 ne peuvent être chargés, dans l'exercice des fonctions qui leurs sont confiées au sein de ces organismes, du contrôle des actes effectués par les professionnels de santé. »

« VI. – A la section 4 du chapitre V du titre IV du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, sont insérés les articles L. 145-10 et L. 145-11 ainsi rédigés :

« Art. L. 145-10. – Le fonctionnement des sections des assurances sociales mentionnées aux articles L. 145-6 et L. 145-7 donne lieu au versement d'une participation financière des régimes obligatoires d'assurance maladie, maternité, invalidité et accidents du travail. »

« Art. L. 145-11. – Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. »

« VII. – Après l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale, est inséré un article L. 133-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 133-5. – Pour le recouvrement des sommes exigées d'un professionnel de santé au titre des articles L. 133-4, L. 145-1-3 et L. 145-2, la caisse peut faire usage des prérogatives et règles applicables par les organismes de recouvrement des cotisations de sécurité sociale. La caisse peut également, lorsqu'elle est redevable au professionnel d'honoraires, déduire la somme des montants dus. »

« VIII. – Le troisième alinéa de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale est abrogé. »

« IX. – A l'article L. 162-5-7 du code de la sécurité sociale, les mots : "pour violation des engagements prévus par celle-ci" sont remplacés par les mots : "s'il ne remplit pas les conditions d'honorabilité prévues par celle-ci". »

« X. – Après l'article L. 162-34 du code de la sécurité sociale, est inséré un article L. 162-34-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-34-1. – Les conventions prévues au présent chapitre ne peuvent contenir de dispositions prévoyant des sanctions pour les professionnels, à l'exception de celles qui sont indispensables au respect par le professionnel de santé d'engagements spécifiques définis par ces conventions et n'entrant pas dans le champ défini à l'article L. 145-1. »

« XI. – Les articles L. 162-5-2, L. 162-12-16 et L. 315-3 du code de la sécurité sociale sont abrogés. »

« XII. – Le 2^o de l'article L. 142-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« 2^o Aux règlements des litiges mentionnés aux articles L. 145-1 et L. 145-2. »

Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article 31. Ils voudront bien m'indiquer s'ils souhaitent toujours intervenir.

M. Bernard Accoyer. Bien sûr ! Ce n'est pas pour rien que M. Evin a voulu nous couper le sifflet !

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

M. Jean-Luc Préel. Monsieur le président, nous sommes là pour nous exprimer.

M. le président. Bien entendu.

M. Jean-Luc Préel. Il s'agit d'un débat essentiel pour la santé en France.

Mme Jacqueline Mathieu-Obadia. Le seul qui vaille !

M. Jean-Luc Préel. Nous avons engagé très tardivement la discussion sur la branche santé, à propos de laquelle nous devons rappeler certains principes.

L'article 31 nous permet d'abord de souligner une nouvelle fois que nous sommes très attachés, tant à la qualité des soins dispensés dans notre pays, qu'à une optimisation des dépenses afin qu'elles soient bien utilisées. Même si nous sommes sans doute tous d'accord sur ce principe, il me paraissait nécessaire de le rappeler au début de cette discussion.

En la matière, se posent deux problèmes différents : celui du respect de l'ONDAM et celui des mauvaises pratiques médicales. Certes, l'article ne traite pas des deux, mais j'estime qu'ils sont liés.

La question qui revient sans cesse depuis le début de la discussion générale est celle de savoir ce qu'est l'ONDAM, aujourd'hui, pratiquement devenu virtuel. En fait s'agit-il réellement d'un objectif à respecter ou non ? Si, lorsqu'il est dépassé, on le réévalue pour l'aligner sur le réalisé, pourquoi maintenir des sanctions collectives ? Le Gouvernement ayant rebasé l'ONDAM sur les dépenses effectivement constatées, les professionnels ne comprennent pas que vous ayez maintenu des sanctions collectives.

A ce sujet, nous nous étions battus contre les lettres-clés flottantes qui sont des sanctions collectives en demandant l'individualisation des éventuelles sanctions, afin de tenir compte des pratiques individuelles, de l'évaluation de la formation des médecins, par exemple. Il s'agit d'un choix majeur au regard de mesures perçues comme des sanctions par la profession.

Le second problème, lié au premier, est celui des modes d'exercice que je pourrais qualifier de déviants. A cet égard les comités médicaux, les CMR, comités médicaux régionaux, n'ont pas été acceptés par les professionnels qui les ont considérés comme des tribunaux d'exception parce qu'ils ne sont pas paritaires. Ils sont d'ailleurs présidés par un médecin inspecteur régional. Dans la pratique ils n'ont pas fonctionné parce que les professionnels ne l'ont pas voulu. On ne peut pas organiser les professions contre les professionnels. Il est préférable de rechercher avec eux la meilleure façon de fonctionner.

En revanche, pourquoi proposer aussi la suppression des comités médicaux paritaires locaux, les CMPL, qui ont l'avantage d'être paritaires, comme leur appellation l'indique, et qui étaient chargés d'évaluer les bonnes pratiques au niveau des professions ?

Certes, il existe malheureusement des pratiques déviantes qui doivent être sanctionnées. Aini que je viens de l'indiquer, j'espère qu'elles sont rares. En tout cas il faut les considérer individuellement. A cet égard il conviendrait d'édicter des références médicales, de mettre en évidence les bonnes pratiques médicales en soulignant que ceux qui ne les respecteront pas seront sanctionnés, et d'abord par leurs pairs. Dans la mesure où il s'agit de

problèmes dans lesquels interviennent le secret médical et des questions relatives à la maladie de personnes, seuls des professionnels peuvent savoir si les pratiques sont adaptées ou non aux malades concernés.

Par conséquent, si nous sommes favorables à la suppression des CMR qui, dans la pratique, ne fonctionnaient pas, il paraît nécessaire de maintenir les CMPL et de toujours privilégier la conciliation pour ces problèmes difficiles.

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

M. Bernard Accoyer. Cet article a été introduit sans que la profession ait été consultée. J'ai bien entendu Mme la ministre nous expliquer hier qu'elle allait ouvrir la concertation. Nous l'incitons à le faire avec la plus grande force parce que les professions libérales de santé sont en désespérance.

En effet, le choix du Gouvernement, le choix de la technocratie qui prévaut dans un certain nombre de nos ministères, a été de considérer que seules les professions libérales de santé étaient responsables de l'évolution à la hausse des dépenses de santé. Il s'agit tout à la fois d'une erreur évidente et d'une injustice insupportable qui suscite l'écœurement, le découragement des professionnels libéraux de santé. Ces derniers étaient d'ailleurs hier dans la rue au cours de la journée « Santé morte ».

L'article 31 comporte une erreur supplémentaire. Au delà de l'absence de concertation, je veux parler de la volonté de sanctionner à tout coup en privilégiant la procédure réservée aux graves manquements, c'est-à-dire celle qui conduisait les praticiens conventionnés devant la section des assurances sociales des conseils régionaux de l'ordre des médecins.

Pourtant, il était une autre solution, plus efficace, un autre dispositif dont vous auriez dû privilégier le développement : la procédure de la concertation. A cet égard, les commissions médicales paritaires locales avaient l'avantage non seulement de la parité - leur nom l'indique - mais aussi et surtout de la proximité. On pouvait, et l'on peut encore, traiter de problèmes concrets touchant la qualité des soins, puisqu'elles étaient particulièrement compétentes pour surveiller, observer, négocier l'application des RMO ou la mise en œuvre des bonnes pratiques.

Vous avez délibérément choisi la méthode dure, la plus sévère, celle qui, symboliquement, est humiliante pour les professionnels de santé, et nous ne pouvons l'accepter. En réalité, sous prétexte de maîtriser l'évolution des dépenses de santé, vous ne souhaitez que sanctionner, sanctionner toujours plus. Cela vous a déjà conduits à instaurer le plus bête des mécanismes de sanction, avec les lettres-clés flottantes qui sont la stupidité même.

Le dispositif de qualité que constituait en France la sécurité sociale, l'assurance maladie est maintenant en pleine régression. Avec le mécanisme prix/volume qui fait baisser la valeur unitaire d'un bien de santé, d'un acte, d'un dispositif médical, d'un médicament, vous faites automatiquement augmenter les volumes : c'est une loi de la vie et de l'économie. C'est pourquoi le résultat des baisses de tarif a été pratiquement un doublement des dépenses par rapport aux objectifs. Ces derniers ont même été dépassés de 300 ou 400 % pour le médicament. Quel beau succès ! Pourtant, vous continuez dans la même voie. Cela est inacceptable.

Il faut regarder la réalité en face. Si la hausse des dépenses de santé doit être évaluée, il faut aussi qu'elle soit acceptée, choisie au cours de discussions de lois

modificatives du financement de la sécurité sociale, ce que vous refusez aux Français, au Parlement, aux professionnels de santé.

Est-ce la faute des professionnels de santé libéraux s'il y a un transfert d'activité de l'hôpital public vers la médecine de ville ? Est-ce leur faute s'il y a transfert d'un certain nombre de médicaments dispensés dans les pharmacies centrales des hôpitaux vers des médicaments délivrés en officines ? Est-ce leur faute s'il y a sans cesse des améliorations pour déceler telle ou telle maladie, pour soigner telle ou telle autre ? Est-ce leur faute, si, aujourd'hui, on peut pratiquer un grand nombre d'interventions par voie œlioscopique ou endoscopique ? Est-ce leur faute si, lorsque l'on a des problèmes touchant aux artères qui alimentent le cœur, c'est-à-dire les coronaires, on peut désormais, grâce à un traitement, à un régime, à des examens, à un suivi régulier, vivre de nombreuses années supplémentaires ?

Madame la ministre, les seuls que vous estimez comptables de ces progrès et de ces transferts de charge sont les professionnels libéraux. Pouvez-vous m'expliquer de quelle façon vous avez sanctionné les autres institutions qui, dans la nation, assurent les soins des Français ? De quelle façon avez-vous contrôlé l'évolution de l'hôpital public auquel a été accordé en mars 2000 - vous avez probablement eu raison parce que vous ne pouviez pas faire autrement - une hausse de l'ONDAM de 100 % supérieure à celle que nous avons votée ici ?

M. le président. Monsieur Accoyer, je vous prie de conclure.

M. Bernard Accoyer. Pouvez-vous nous expliquer pourquoi vous n'avez aucun regard sur ce qui se passe dans certaines institutions, comme les centres de rééducation fonctionnelle où les dépenses sont à peu près vingt fois plus élevées par malade que dans le secteur ambulatoire ? A cet égard, chacun sait ce qu'il en est des kinésithérapeutes qui sont en état de désespérance.

Pouvez-vous nous expliquer pourquoi les infirmiers et les infirmières, ces hussards de la solidarité et de la santé qui parcourent inlassablement nos rues et nos campagnes pour aller au secours des personnes malades et vieillissantes, devraient être humiliés par l'application du PMSI ?

Madame la ministre, faites preuve d'un peu d'objectivité et de justice ! Comprenez que le système de soins français ne pourra survivre que si vous portez un autre regard, un regard juste sur les moyens affectés à la santé et si vous respectez la dignité que nous devons tous aux professionnels de la santé, quels qu'ils soient.

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

M. Jean-Pierre Foucher. Dans l'article 31, le Gouvernement, sous couvert de suppression des CMR qui sont de véritables tribunaux d'exception, supprime aussi les CMPL, c'est-à-dire les comités médicaux paritaires locaux mis en place à la suite de conventions nationales qui existent depuis 1970.

Or il s'agit de commissions paritaires chargées d'instruire les manquements médicaux présumés des médecins dont la vocation première n'est pas de sanctionner mais de faire en sorte, dans un but pédagogique, que les médecins pratiquent au mieux leur profession, en particulier en respectant les RMO. Sous prétexte que les CMPL et les CMR n'auraient pas suffisamment sanctionné on supprime les deux instances, alors que l'une était paritaire, ce qui était un avantage, et l'autre pas. Cela résume bien l'esprit du texte !

En conséquence on met en place un nouveau dispositif dont le seul but est de prononcer des sanctions, en particulier des sanctions financières très lourdes puisqu'elles pourront aller jusqu'à 352 800 francs et à une mise hors convention avec les pertes financières que cela entraînerait. Cette procédure est instaurée sans la moindre concertation avec les professions, et il faut savoir que les décisions prises ne seront pas susceptibles de recours : elles seront immédiatement exécutoires. Certes une procédure de conciliation est bien prévue, sans doute pour montrer que l'on veut essayer, dans un premier temps, de négocier avec les médecins, mais son résultat pourra être refusé par les caisses. Ainsi les médecins seront entièrement remis aux mains des caisses.

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Mathieu-Obadia.

Mme Jacqueline Mathieu-Obadia. A la lecture de cet article 31 du projet de loi de financement de la sécurité sociale, la surprise a été immense non seulement pour nous, mais également pour l'ensemble des médecins qui ont immédiatement été informés.

D'abord, il occupe plus de six pages dans le petit opuscule du projet. C'est le seul qui soit aussi long, qui ait un exposé des motifs aussi détaillé, essentiellement pour expliquer comment on va tenter de punir les médecins. Il faut absolument que les professionnels de santé soient sanctionnables de quelque façon que ce soit.

Ainsi ce texte traite à satiété des fautes, des fraudes, des abus, des manquements des professionnels de santé. On détaille avec un plaisir presque sadique la mise en garde, la suspension, la pénalité financière, l'interdiction temporaire, l'interdiction permanente. Tout cela pour recouvrer *in fine* de l'argent auprès de ceux qu'on croit coupables de détournements dans la pratique de la profession.

Je ne prétends évidemment ni que les professionnels de la santé ne devraient pas être contrôlés, ni qu'ils sont tous rigoureusement aussi honnêtes qu'ils devraient l'être. Je suis d'accord.

M. Claude Evin, rapporteur. Et alors ?

M. Jean Le Garrec, président de la commission. Que faut-il faire ?

Mme Jacqueline Mathieu-Obadia. Pour autant ne faisons pas peser la suspicion sur l'ensemble des professionnels de la santé. Or il ressort de l'article 31 que l'on n'a aucune estime pour eux. (*Protestations sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. Jean Le Garrec, président de la commission. Arrêtez !

Mme Jacqueline Mathieu-Obadia. Monsieur Le Garrec, relisez cet article : il n'est fait que de sanctions et de pénalités !

M. Jean Le Garrec, président de la commission. Ecoutez ce que nous allons vous dire !

Mme Jacqueline Mathieu-Obadia. Comment pouvez-vous penser que c'est grâce à de telles dispositions que vous favoriserez l'évolution des pratiques des professionnels ? En tout cas, cela montre que vous tenez en bien piètre estime les corps professionnels de santé ! Ce n'est certainement pas avec des punitions et des sanctions de toutes sortes que vous instaurerez le climat de confiance qui est absolument nécessaire pour l'harmonie de la pratique médicale.

Je tiens surtout à rappeler cinq principes que je répèterai, que je martèlerai certainement plusieurs fois au cours de cette matinée afin que chacun en soit parfaitement imprégné.

Premièrement, les dépenses d'assurance maladie n'iront qu'en augmentant. Je ne fais que répéter ce que tout le monde sait, mais il n'est pas inutile de le répéter sans cesse.

Deuxièmement, il faut certainement une régulation, car on ne peut pas dépenser toujours plus. Nous en sommes parfaitement d'accord.

M. Jean Le Garrec, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales. Ah !

Mme Jacqueline Mathieu-Obadia. Mais oui, il faudra certainement un objectif national de dépenses d'assurance maladie, mais cela ne signifie pas que l'Etat doit imposer brutalement une enveloppe dont on ne sait sur quelles bases elle est calculée. Elle devrait, au contraire, être déterminée après consultation de l'ensemble des professionnels, après étude des besoins de santé de la nation.

Il faut aussi faire en sorte que l'ONDAM ne soit que prévisionnel. Quiconque se penche sur les raisons de la progression des dépenses de santé comprend qu'il n'est pas possible d'arrêter l'ONDAM d'une façon définitive et rigoureuse. La preuve en est que, chaque année, le taux fixé est dépassé. Il ne sert donc à rien d'en déterminer un de façon arbitraire en décrétant qu'il sera indépassable alors que chacun sait pertinemment qu'il sera dépassé !

Troisièmement, à partir du moment où il est décidé que l'on ne pourra pas tout rembourser, soyons logiques et admettons qu'il faudra déterminer un panier de biens et de services. Ayons le courage de le reconnaître et attelons-nous à la définition de ces biens et de ces services. En la matière non plus, vous ne pourrez pas vous passer de l'avis des professionnels de la santé, sinon vous les aurez contre vous.

Quatrièmement, un contrôle sera nécessaire et il faudra prévoir des sanctions contre les professionnels qui ne sont pas rigoureux voire pas tout à fait honnêtes. Certes, ils sont très peu nombreux, mais il en existe. Cela étant il conviendra de choisir des sanctions de bon sens qui n'aient pas uniquement un but financier. Il est en effet indispensable de faire en sorte qu'elles aient un rôle pédagogique afin d'éviter que la faute soit renouvelée.

En la matière les CMPL, dont ont parlé les orateurs qui m'ont précédé, ont, grâce à leur composition, mené une action intelligente qui leur a permis d'obtenir des résultats probants. Il faudra privilégier un système semblable.

M. le président. Je vous prie de conclure.

Mme Jacqueline Mathieu-Obadia. Cinquièmement – je conclus, monsieur le président – on ne fera rien sans la participation constante, dans tous les domaines et à tous les niveaux, des professionnels de la santé.

M. le président. Vous avez parlé de petit opuscule, madame Mathieu-Obadia : dans cette maison également, on essaie de faire des économies, sans diminuer la qualité.

Mme Jacqueline Mathieu-Obadia. C'est très bien !

M. le président. En imprimant sur papier recyclé et dans un format réduit au lieu du format A4 comme jadis, l'Assemblée économise plusieurs millions par an.

Mme Jacqueline Mathieu-Obadia. Reste que l'article le plus important est celui qui traite des sanctions contre les professionnels, monsieur le président !

M. Jean-Luc Prél. Il va falloir bientôt éliminer les presbytes !

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

Mme Jacqueline Fraysse. J'écoute avec intérêt, mais aussi un certain sourire, nos collègues de droite parler des sanctions comme s'ils avaient totalement oublié que ces fameuses sanctions, à leurs yeux épouvantables, intolérables, c'est leur ami M. Juppé qui les a instaurées !

M. Bernard Accoyer. En effet ! Mais il faut savoir revenir sur ce qui doit être révisé !

Mme Jacqueline Fraysse. On peut regretter qu'elles existent encore. Mais, de grâce, monsieur Accoyer, épargnez-nous vos grands effets de manche ! Ces sanctions, c'est vous qui les avez instaurées, contre l'avis de l'ensemble du corps médical... Il vous l'a d'ailleurs bien fait payer, car si vous avez déménagé du pouvoir, les sanctions y sont probablement pour quelque chose.

M. Bernard Accoyer. Elles existaient déjà !

M. Jean-Pierre Foucher. Nous en en avons tiré les leçons !

Mme Jacqueline Fraysse. Alors, je vous en prie, un peu de modération. Certains ici ont encore de la mémoire.

M. Bernard Accoyer. Ce n'est pas glorieux pour votre programme ! Les 35 heures, les hausses d'impôts, les prélèvements !

M. le président. Je vous en prie !

Mme Jacqueline Fraysse. J'ai bien le sentiment de vous rappeler des choses un peu désagréables, mais c'est la vérité et il faut la supporter.

L'opinion du groupe communiste, elle, n'a pas varié...

M. Bernard Accoyer. Ça, c'est sûr !

Mme Jacqueline Fraysse. Nous avons demandé la suppression de ces sanctions en commission, comme nous l'avons toujours réclamé dès leur instauration au moment du plan Juppé. Plusieurs de nos collègues ont formulé la même demande et cette position a finalement été adoptée par la commission. Je m'en félicite. Ce énième dispositif de sanction, censé remplacer ceux qui n'avaient pas fonctionné jusqu'alors, n'a évidemment pas reçu un meilleur accueil, et pour cause : il s'appuie sur la même démarche en cherchant à sanctionner les médecins qui dépenseraient trop eu égard à l'enveloppe fixée. Personne ne peut l'accepter, ni les patients qui veulent légitimement bénéficier des possibilités de soins qu'ouvre le progrès des connaissances, ni les médecins qui refusent de rationner les soins, au nom d'une éthique médicale qui leur impose de prendre en compte la singularité de chaque patient et de lui appliquer le meilleur traitement possible. Nous ne défendons pas, c'est évident, les éventuels excès, gâchis ou dérives, mais la démarche qui nous est proposée a une connotation largement péjorative et l'on ne saurait trouver de solution juste et acceptable par tous sans concertation ni règles rigoureuses établies en accord avec un corps médical dont personne ne pense ni ne dit qu'il serait constitué majoritairement de gangsters.

M. Marcel Rogemont. Pourquoi majoritairement ? (Sourires.)

Mme Jacqueline Fraysse. L'efficacité commande d'abandonner une démarche qui désigne tout à la fois le médecin comme un coupable gaspilleur prescrivant à tort et à travers, et le patient comme un dépensier courant sans raison d'un médecin à l'autre, consommateur de médicaments et d'autres actes par pur plaisir. Personne ne le dit, mais comprenons bien que les choses ne peuvent être ressenties autrement, c'est-à-dire d'une manière très désagréable.

La réalité est tout autre et beaucoup plus complexe. Les médecins sont parfaitement disposés à évaluer régulièrement leur pratique et à la confronter à d'autres, mais dans le cadre d'une démarche respectueuse de leur travail, soucieuse d'améliorer leur exercice et de répondre aux besoins de leurs patients, et selon des modalités élaborées en concertation.

Tant qu'ils auront le sentiment qu'il s'agit d'une démarche de restriction *a priori*, en marge de critères médicaux, que l'on cherche à leur imposer des mesures autoritaires et coercitives, ils ne les accepteront pas. Une telle méthode, chacun peut le comprendre, ne peut que tendre un peu plus encore une situation déjà compliquée. Il faut donc renoncer à cette logique et favoriser, dans un dialogue permanent avec les médecins et l'ensemble des professions de santé, cette démarche conventionnelle dont nous parlons tous mais qui doit être poussée jusqu'au bout. Voilà pourquoi nous sommes opposés aux dispositions proposées par l'article 31.

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques. L'amendement n° 78 est présenté par M. Evin, rapporteur, MM. Gremetz, Aschieri et Mme Mathieu-Obadia ; l'amendement n° 197 par M. Accoyer ; l'amendement n° 262 par MM. Debré, Douste-Blazy, Mattei et les membres des groupes du Rassemblement pour la République, de l'Union pour la démocratie française-Alliance et Démocratie libérale et Indépendants.

Ces amendements sont ainsi rédigés :

« Supprimer l'article 31. »

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 78.

M. Claude Evin, rapporteur. Quel texte nous est réellement proposé ? A entendre les propos tenus sur les bancs de l'opposition et même vos explications, madame Fraysse-Casalis, il s'agirait d'un mécanisme tendant à sanctionner les médecins qui dépenseraient trop. Ce n'est pas exact.

En fait, de quoi s'agit-il ? De traiter des litiges qui peuvent naître entre les médecins et les caisses de sécurité sociale sur l'application du code de la sécurité sociale et sur les engagements qui y sont liés, ainsi que des éventuels abus ou fraudes. Il n'y a là aucune suspicion, madame Mathieu-Obadia. Le fait que nous ayons un code pénal signifie-t-il que nous suspectons l'ensemble de nos concitoyens ? La question est simplement de savoir comment faire face aux litiges et aux éventuelles attitudes déviantes - vous-même avez admis qu'il pouvait en exister.

Avant de revenir sur ce sujet, madame, messieurs de l'opposition, permettez-moi de pointer vos contradictions. Vous vous opposez à ce texte en avançant comme argument que l'on ne saurait accepter ce genre de sanction pour faire respecter l'ONDAM. Non seulement votre argument n'est pas valable, puisque, je le répète, ce n'est pas de cela qu'il s'agit, mais il est pour le moins contradictoire. Car si vous avez fini par vous rallier à l'objectif de maîtrise, vous ajoutez aussitôt qu'il n'est pas possible de maîtriser globalement et qu'il faut maîtriser individuellement... juste après avoir démontré que vous ne sauriez accepter un mécanisme de maîtrise individuelle en cas de dérapage des dépenses !

Mme Jacqueline Mathieu-Obadia. Vous ne m'avez pas écoutée ! Vous avez dû bavarder avec votre voisin !

M. Claude Evin, rapporteur. Pas du tout. Nous pourrions reprendre vos arguments. Je suis désolé de pointer vos contradictions. Au surplus, ce n'est pas de cela qu'il s'agit !

Le problème de fond, c'est que nous ne sommes toujours pas capables, et vous-même n'y êtes pas davantage parvenus lorsque vous étiez dans la majorité, de cibler, de pointer le médecin qui laisserait exagérément filer les dépenses au regard des objectifs médicaux retenus. Nous pouvons certes identifier d'éventuels comportements déviants – il en existe – au regard de l'application du code de la sécurité sociale. Mais une maîtrise individualisée de la dépense, qui consisterait à cibler le médecin qui aurait dépensé trop alors qu'il devait répondre à une demande des malades, ce n'est pas possible, vous le savez fort bien.

Nous avons en revanche besoin d'une procédure pour régler les litiges. Les CMPL, qui résultent des accords conventionnels, ne marchent pas, vous le savez aussi. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle M. Juppé avait mis en place des comités médicaux régionaux par les ordonnances de 1996.

Mme Jacqueline Mathieu-Obadia et M. Jean-Pierre Foucher. Qu'est-ce que cela veut dire que les CMPL « ne marchent pas » ?

M. Claude Evin, rapporteur. Les CMPL ne marchent pas du fait que, sitôt qu'une des deux parties à la convention, en l'occurrence les syndicats médicaux, refuse d'y siéger, elles ne peuvent pas se réunir. Ce constat, le Gouvernement que vous avez soutenu l'avait fait également en mettant en place les comités médicaux régionaux. Malheureusement, les CMR ne marchent pas davantage. Force est de trouver d'autres procédures pour régler les litiges.

La proposition du Gouvernement consiste à renvoyer ces contentieux aux sections des assurances sociales du conseil de l'ordre des médecins. Il y a là, me semble-t-il, une piste à examiner, même si elle mérite d'être précisée. On peut se demander si les sections des assurances sociales du conseil de l'ordre ont vocation à prononcer des sanctions financières. Cela mérite pour le moins débat.

J'avais moi-même émis l'idée de transmettre cette affaire aux tribunaux des affaires sociales, mais cela ne simplifie pas davantage le problème : dans les tribunaux des affaires sociales ne siègent pas de médecins. Or les médecins doivent à l'évidence pouvoir se prononcer.

Le débat sur cet article devrait permettre au Gouvernement d'affiner ses propositions dans les semaines qui viennent. Peut-être faudrait-il aller jusqu'à repenser l'ensemble des procédures contentieuses en matière d'application du code de la sécurité sociale.

En attendant, la commission vous propose de supprimer l'article. Pourquoi ? Parce que dès lors qu'il ne concerne pas l'application de l'ONDAM, le Conseil constitutionnel pourrait le considérer comme un « cavalier social » n'entrant pas dans le champ des ordonnances de 1996 et de la loi organique. L'examen du texte portant modernisation sociale, qui devait être soumis au Parlement en janvier, devrait être l'occasion pour le Gouvernement de nous saisir à nouveau de cette question. La commission des affaires sociales est du reste prête à contribuer à la réflexion pour améliorer les procédures de règlement des litiges.

Quoi qu'il en soit, sur la base de ces quelques interrogations et pistes, il serait opportun que le Gouvernement prolonge sa réflexion dans les semaines qui nous séparent du mois de janvier, en concertation avec les professionnels, afin de parvenir à une procédure privilégiant la recherche de compromis par l'introduction d'un conciliateur, voire une amélioration de la conciliation en

amont. Mais lorsqu'aucune conciliation n'est possible, il est impératif que les litiges puissent être réglés, dans le respect du code de la sécurité sociale et des textes que nous votons.

Telles sont, monsieur le président, mes chers collègues, les raisons pour lesquelles la commission des affaires sociales propose un amendement de suppression de l'article 31, en demandant au Gouvernement de nous ressaisir de ce sujet en janvier, au moment de la loi de modernisation sociale.

M. le président. Puis-je considérer que les amendements n^{os} 197 et 262 ont été défendus dans vos interventions liminaires, mes chers collègues ?

M. Bernard Accoyer. Non, je souhaite prendre la parole, monsieur le président.

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer, pour soutenir les amendements n^{os} 197 et 262.

M. Bernard Accoyer. Ma présentation sera évidemment brève...

M. Jean-Luc Prével. Succincte !

M. Bernard Accoyer. ... grâce aux éléments dont nous avons fait état à l'occasion de nos interventions sur l'article. Néanmoins, il me paraît indispensable de revenir sur les précisions du rapporteur.

M. Evin ne propose pas de supprimer l'article 31 au motif qu'il trouverait insatisfaisant le nouveau mécanisme. Non, M. le rapporteur craint seulement qu'il ne soit annulé par le Conseil constitutionnel ! Voilà qui en dit long sur sa logique ; et si certains ont cru une seconde qu'il s'agissait d'apporter davantage de concertation, d'équité dans le règlement des litiges opposant les caisses d'assurance maladie aux médecins libéraux, ils sont désormais fixés !

Ce que, pour notre part, nous souhaitons voir supprimer dans cet article, c'est précisément la confusion qui découlerait d'une judiciarisation systématique des procédures, fût-ce devant la section des assurances sociales du conseil de l'ordre des médecins, qui aboutirait à traiter indifféremment les fautes ou manquements commis au regard des règles d'application du code de la sécurité sociale, et les situations dans lesquelles les caisses peuvent s'interroger sur l'observance des bonnes pratiques. C'est là une confusion totalement insupportable pour les médecins qui ne peuvent accepter de se voir traduits devant une instance disciplinaire dont la vocation première est de statuer sur un manquement. Du reste, en nous détaillant le cheminement de la pensée, le rapporteur nous a lui-même édifié sur son état d'esprit, en martelant à plusieurs reprises sa volonté de sanctionner.

M. Gérard Terrier. Quelle malhonnêteté !

M. Bernard Accoyer. Il a insisté sur le comportement déviant de médecins – rappelons que le mot « déviant » a un sens extrêmement précis et à mon sens particulièrement grave,...

M. Gérard Terrier. Quelle malhonnêteté !

M. Bernard Accoyer. ... si ce n'est insultant, en parlant à plusieurs reprises de sanctions financières.

M. Gérard Terrier. Malhonnête !

M. Bernard Accoyer. Cela traduit bien son état d'esprit : il faut qu'ils payent ! Il est même allé jusqu'à regretter que les tribunaux des affaires sociales ne puissent intervenir dans ces domaines. Il n'aurait plus manqué que cela !

M. Claude Evin, rapporteur. C'est donc bien que vous êtes pour des sanctions !

M. Bernard Accoyer. La solution ne peut se trouver ailleurs que dans la concertation, telle qu'elle peut se pratiquer dans les commissions médicales paritaires locales. Les CMPL sont une émanation de l'esprit conventionnel, celui-là même que le Gouvernement a mis à mal ; on sait ce qu'il en est des conventions passées entre les différentes professions de santé et les caisses d'assurance maladie. Dans son nombre de cas, à commencer par celui des médecins spécialistes, c'est le vide conventionnel qui prévaut.

Voilà l'état d'esprit dans lequel le rapporteur nous demande de supprimer l'article 31. Nos amendements répondent quant à eux à tout autre motivation : si nous voulons supprimer ce dispositif, c'est pour créer un mécanisme de maîtrise médicalisée concerté et de surveillance des bonnes pratiques dans un cadre paritaire, afin de mettre un terme à cette mise en accusation permanente et réitérée, véritablement obsessionnelle pour le Gouvernement, qui voudrait que seuls les professionnels de santé libéraux, et particulièrement les médecins, soient à l'origine de la hausse inéluctable des dépenses de santé.

M. le président. Je vais mettre aux voix...

MM. Jean-Pierre Foucher et Bernard Accoyer. Et l'avis du Gouvernement ?

M. le président. Bien sûr. Le Gouvernement, s'il a tout loisir d'intervenir à sa guise, n'est pas pour autant obligé de s'exprimer longuement.

Quel est l'avis du Gouvernement sur ces amendements ?

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Je suis évidemment contre ces amendements de suppression et je ne peux que souligner les contradictions de l'opposition...

M. Jean-Pierre Foucher. Ah non ! Nous sommes très clairs !

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. ... laquelle, après avoir approuvé en 1996 l'institution des comités médicaux régionaux, réclame désormais leur suppression avec beaucoup d'insistance et force trémolos !

M. Bernard Accoyer. Vous n'ignorez tout de même pas que les ordonnances ne sont pas soumises à un vote !

M. le président. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 78, 197 et 262.

(Ces amendements sont adoptés.)

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

En conséquence, l'article 31 est supprimé et les amendements n^{os} 128 de M. Lionnel Luca et 326, 327, 343, 322, 325, 324, 323 et 341 de M. Yves Bur tombent.

Après l'article 30 (suite)

(amendements précédemment réservés)

M. le président. Nous en revenons aux amendements, n^{os} 261, 289 et 342 précédemment réservés à la demande de la commission.

Ces trois amendements peuvent être soumis à une discussion commune.

Les deux premiers amendements sont identiques. L'amendement n^o 261 est présenté par MM. Mattei, Douste-Blazy, Debré et les membres des groupes Démocratie libérale, Union pour la démocratie française-

Alliance et Rassemblement pour la République ; l'amendement n^o 289 est présenté par MM. Goulard, Perrut et les membres du groupe Démocratie libérale et Indépendants.

Ces amendements sont ainsi rédigés :

« Après l'article 30, insérer l'article suivant :

« I. - L'article L. 315-3 du code de la sécurité sociale est abrogé.

« II. - Dans le troisième alinéa de l'article L. 615-13 du code de la sécurité sociale, les mots : "et L. 315-3" sont supprimés.

« III. - Le premier alinéa du IV de l'article 1106-2 du code rural est supprimé.

« IV. - Le troisième alinéa de l'article L. 162-12-16 du code de la sécurité sociale est supprimé.

« V. - Dans le quatrième alinéa de l'article L. 162-12-16 du même code, les mots "ou à défaut par le comité médical régional mentionné à l'article L. 315-3" sont supprimés. »

L'amendement n^o 342, présenté par M. Bur, est ainsi rédigé :

« Après l'article 31, insérer l'article suivant :

« I. - L'article L. 315-3 du code de la sécurité sociale est abrogé.

« II. - En conséquence :

« 1^o Dans le troisième alinéa de l'article L. 615-13 du code de la sécurité sociale, les mots : "et L. 315-3" sont supprimés.

« 2^o Le premier alinéa du IV de l'article L. 1106-2 du code rural est supprimé.

« 3^o Le troisième alinéa de l'article L. 162-12-16 du code de la sécurité sociale est supprimé.

« 4^o Dans le quatrième alinéa de l'article L. 162-12-16 du code de la sécurité sociale, les mots : "ou, à défaut, par le comité médical régional mentionné à l'article L. 315-3" sont supprimés. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Claude Evin, rapporteur. J'indique d'emblée que la commission ne souhaite pas l'adoption de ces trois amendements, pour les raisons que j'ai indiquées tout à l'heure.

M. le président. Les amendements n^{os} 261 et 289 sont-ils défendus ?

M. Jean-Pierre Foucher. Ils le sont !

M. le président. Et l'amendement n^o 342 de M. Bur ?

M. Jean-Pierre Foucher. Egalement défendu.

M. le président. La commission vient de faire savoir qu'elle était défavorable.

Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Bernard Accoyer. Elle va s'exprimer ! Ils vont vous faire dire n'importe quoi, madame la ministre !

M. Jean-Pierre Foucher. N'écoutez pas, madame la ministre !

M. Jean-Luc Préel. Il faut peut-être suspendre la séance ?

M. Bernard Accoyer. Vous êtes mal entourée ! Pléthore ne vaut pas qualité !

M. le président. S'il vous plaît, messieurs de l'opposition !

Madame la ministre, vous avez la parole.

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Monsieur le président, j'ai déjà donné mon avis d'une certaine façon.

M. le président. A la vérité, nous n'avons pas eu de débat, puisque la commission a demandé la réserve.

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Certes, et je vais expliciter mon sentiment. Je tiens tout de même à revenir sur l'amendement n° 78, très important.

M. Claude Evin, rapporteur. Le Gouvernement peut intervenir à tout moment !

M. le président. L'article 31 a été supprimé.

M. Bernard Accoyer et M. Jean-Luc Préel. Les amendements de suppression ont été adoptés.

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. J'ai été très intéressée par le débat qui vient d'avoir lieu. Il montre que, à l'évidence, nous avons un système qui ne fonctionne pas. Nous menons une politique de réformes structurelles, qui vise à permettre aux professions de santé libérales d'améliorer la qualité de leurs pratiques, individuellement et collectivement. L'informatisation du système de santé est en cours : 47 000 professionnels de santé transmettent ainsi les feuilles de soins. N'oublions pas l'évaluation des pratiques, la formation continue ni la réforme de la nomenclature sur laquelle le professeur Escat me remettra son rapport dans quelques jours.

Ces actions passent soit par des engagements individuels, soit par des engagements collectifs, comme les conventions avec les caisses. Nous avons naturellement besoin d'un dispositif pour sanctionner le non-respect de ces conventions. Mais nous voyons bien, je le répète, que le dispositif actuel de règlement des litiges entre les caisses et les professionnels de santé mécontentent et les unes et les autres. Vos interventions, messieurs les députés, étaient à cet égard éclairantes : vous êtes unanimes à le trouver à la fois complexe et inefficace.

Par ailleurs, la Cour des comptes, à plusieurs reprises, a souligné les défauts du système. Les instances actuelles, surtout depuis 1999, sont totalement paralysées et les règles de prescription ne sont évidemment pas respectées.

Il faut donc rétablir un système qui fonctionne. J'ai déjà donné un aperçu de ce que je proposerai lorsque nous nous y emploierons, en concertation naturellement avec les professionnels. Et puisque vous avez voté cet amendement de suppression, c'est le projet de loi de modernisation du système de santé qui me paraît le plus approprié pour être le support du nouveau mécanisme.

M. Claude Evin, rapporteur. Très bien !

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Car, je vous ai tous écoutés : tout le monde est d'accord, ici, sur la nécessité de maîtriser la progression des dépenses de santé. Reste à trouver les meilleures modalités pour le faire, en concertation avec les professionnels.

M. Bernard Accoyer. Bref, le Gouvernement était-il ou non favorable aux amendements de suppression ?

M. le président. Nous avons compris en tout cas que le Gouvernement est défavorable aux amendements n°s 261, 289 et 342.

M. Bernard Accoyer. Mme la ministre vient de dire le contraire de ce qu'elle avait dit il y a quelques minutes !

Il faudrait remettre un peu d'ordre dans les débats !

M. le président. Laissez-moi donc présider, monsieur Accoyer ! Le Gouvernement a corrigé les propos de M. le rapporteur : c'est dans le projet de loi de modernisation du système de santé et non pas de modernisation sociale, qui a un autre objet, que la question sera revue.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Claude Evin, rapporteur. Je remercie Mme la ministre pour ces précisions. J'ai bien noté que le Gouvernement était favorable à l'amendement n° 78 tendant à supprimer l'article 31 et qu'il envisageait, sur la base des pistes que Mme Guigou a tracées, de saisir à nouveau le Parlement d'un dispositif de traitement des litiges et ce, dans la loi de modernisation du système de santé.

Si j'ai parlé de la loi de modernisation sociale, c'est parce que ce sera le premier texte à nous être soumis en janvier, mais je me réjouis que ce soit dans le projet de modernisation du système de santé. Cela confirme la volonté du Gouvernement de nous soumettre un tel texte qui comportera, en outre, des dispositions, comme la réforme des ordres médicaux, qu'il me paraît cohérent d'examiner en même temps. Nous devons trouver les procédures nécessaires au règlement des litiges, tant ceux liés aux questions déontologiques – qui ressortissent plutôt des ordres médicaux – que ceux liés à l'application des dispositions inscrites dans le code de sécurité sociale, concernant les assurés aussi bien que les professionnels.

Ce débat a été enrichissant et même s'il a conduit à la suppression de l'article 31, il a permis d'éclairer les orientations nouvelles en la matière.

M. le président. Je mets aux voix, par le seul vote, les amendements n°s 261, 289 et 342.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

Après l'article 31

M. le président. M. Préel et M. Bur ont présenté un amendement, n° 280, ainsi libellé :

« Après l'article 31, insérer l'article suivant :

« L'article L. 162-15-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-15-3.* – I. – Un rapport annuel est établi par les parties à chacune des conventions. En cas de désaccord entre les parties, le rapport est établi sous la responsabilité de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et présente les positions de chacune des parties. Il est transmis au Parlement ainsi qu'aux ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget dans un délai de cinq jours à compter de la publication de la loi de financement de la sécurité sociale, accompagné des annexes mentionnées à l'article L. 162-15-2.

« En l'absence de convention, le rapport est établi sous la responsabilité de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en concertation avec les autres caisses et les syndicats représentatifs de la catégorie concernée. Il présente en cas de désaccord les positions de chacune des parties.

« Ce rapport comporte l'analyse des dépenses de l'année précédente et les éléments permettant d'apprécier la compatibilité de l'annexe avec l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses.

« Le rapport indique également les moyens mis en œuvre par les parties pour maîtriser l'évolution des dépenses. Il détaille à ce titre les actions, notamment

d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ou d'évaluation des pratiques ainsi que celles menées au titre des accords médicalisés visés à l'article L. 162-12-17.

« II. – Les annexes visées à l'article L. 162-15-2 font l'objet d'une approbation des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget.

« Ces annexes sont réputées approuvées si les ministres n'ont pas fait connaître à la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, dans un délai de quinze jours à compter de leur réception qu'ils s'opposent à leur approbation du fait de leur non-conformité aux lois et règlements en vigueur ou de leur incompatibilité avec le respect des objectifs des dépenses ou en raison des risques que leur application ferait courir à la santé publique ou à un égal accès aux soins.

« En cas d'opposition, les signataires des annexes disposent d'un délai de 10 jours pour revoir le contenu des annexes et les présenter à nouveau, dans des conditions fixées ci-dessus aux ministres compétents.

« III. – En cas d'opposition du ministre aux nouvelles propositions, un arrêté interministériel fixe, au plus tard le soixante-quinzième jour suivant la publication de la loi de financement de la sécurité sociale les éléments des annexes annuelles.

« IV. – Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus par les assurés sociaux aux professionnels de santé en vigueur le 31 décembre de l'année précédente sont prorogés jusqu'à l'entrée en vigueur de l'annexe ou d'un arrêté pris en application du présent article. »

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Nous venons de progresser grandement : une heure et demie pour en arriver là ! Mais nous pouvons rester là jusqu'à demain matin sans problème, parce qu'il est important de débattre sérieusement !

Le Gouvernement, par ses avis contradictoires, a mis quelque confusion dans le débat, mais voilà qui est réparé. Quant au rapporteur, il s'est montré fin dialecticien mais il a travesti les propos de l'opposition.

M. Bernard Accoyer. Comme il en a l'habitude !

M. Jean-Luc Prével. Alors, soyons clairs : oui, nous sommes contre les sanctions collectives et pour le développement des bonnes pratiques médicales ; oui, nous sommes pour que les « déviants » – même si le terme n'est pas approprié – soient sanctionnés, mais après débat contradictoire professionnel. Telle est ma position, elle est claire et je n'aime pas qu'on la travestisse.

Mon amendement part du constat que l'actuel système n'est pas fonctionnel. Institué l'année dernière, il prévoit trois rapports annuels et crée les lettres-clés flottantes. Nous sommes contre les lettres-clés flottantes et contre ces trois rapports. Le rapporteur lui-même l'a reconnu, le rapport du mois de novembre ne sert à rien, puisque des sanctions proposées fin novembre n'auraient aucune influence sur le niveau des dépenses. Le Gouvernement – et sur ce chapitre, nous sommes d'accord avec lui, cela peut arriver – a pris en compte ce qui a été réalisé cette année.

Si l'on prend en compte ce qui est réalisé, si l'on rebase l'ONDAM, pourquoi sanctionner et sur quelle base ? La logique voudrait – et je m'étonne que ni le

Gouvernement ni le rapporteur n'y ait pensé – que l'on supprime et les rapports successifs et les sanctions collectives. En effet, si l'on revoit les bases en prenant en compte les besoins, les rapports en cours d'année deviennent inutiles, de même que les propositions pour rester dans le cadre d'une enveloppe que l'on a tendance, c'est vrai, à ne plus respecter.

Mon amendement propose donc de se limiter à un rapport annuel transmis au Parlement, comportant l'analyse des dépenses de l'année précédente et proposant des actions, notamment d'information et de promotion des références médicales opposables, ainsi que des recommandations de bonne pratique, au titre des accords médicalisés conclus avec la profession, qui nous paraissent indispensables. Vous voyez que le dispositif que nous proposons est totalement différent de l'actuel.

M. le président. En donnant l'avis de la commission sur l'amendement n° 280, monsieur le rapporteur, vous nous présenterez le vôtre, le n° 79 rectifié, qui est ainsi libellé :

« Après l'article 31, insérer l'article suivant :

« Le dernier alinéa du II de l'article L. 162-15-3 du code de la sécurité sociale est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« Le rapport transmis au plus tard le 15 novembre établit également un bilan des dépenses pour l'année en cours ainsi que des annexes modificatives et des mesures mentionnées prises en vertu de l'article L. 162-15-2. Les annexes et, le cas échéant, les mesures mentionnées au L. 162-15-2 accompagnant ce rapport tiennent compte de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4° du I de l'article LO. 111-3 proposé dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale déposé pour l'année suivante à l'Assemblée nationale. »

M. Claude Evin, rapporteur. Nous débattons, à l'initiative de M. Prével, de la gestion de l'enveloppe déléguée des dépenses, que nous avons introduite dans la loi, l'année dernière. Avant de porter une appréciation définitive sur cette gestion, il faudrait qu'elle ait pu se dérouler pendant un temps suffisamment long. Or nous n'avons qu'à peine un an de recul. Il y a quelque contradiction à affirmer qu'il faut maîtriser les dépenses et à refuser les mécanismes proposés pour y parvenir.

Mme Jacqueline Mathieu-Obadia. Ça dépend lesquels !

M. Jean-Luc Prével. Nous voulons une maîtrise basée sur l'évaluation des bonnes pratiques !

M. Claude Evin, rapporteur. Il s'agit ici de savoir comment faire respecter les objectifs quant aux honoraires des professionnels de santé.

L'année dernière, nous avons délégué la gestion de cet objectif aux caisses de sécurité sociale qui doivent faire, non pas trois, mais quatre, rapports par an au Parlement. Elles devront fournir le dernier rapport au 15 novembre. C'est dire qu'elles en discutent avec les professionnels de santé au moment où le Parlement débat de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour l'année suivante.

Nous proposons donc, par l'amendement n° 79 rectifié, que les caisses et les professionnels de santé, lors de la préparation de ce rapport, tiennent compte de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie annoncé pour l'année suivante. C'est une disposition de bon sens qui est attendue par les caisses et par les professionnels de santé.

Mes chers collègues, je souhaite que vous adoptiez l'amendement n° 79 rectifié. Quant à l'amendement n° 280, la commission l'a rejeté.

M. Bernard Accoyer. C'est vraiment dommage !

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur les amendements n°s 280 et 79 rectifié ?

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Moi non plus je ne suis pas favorable à l'amendement n° 280 de M. Préel. Le propre du dispositif voté l'an dernier est précisément d'instaurer entre les caisses et les professions de santé un dialogue continu, avec des rendez-vous. Cela permet de poursuivre des actions structurelles au-delà des mesures ponctuelles et, bien entendu, de réaliser une évaluation régulière. Certes, après un an de rodage, il faut sans doute envisager des adaptations. Mais ce n'est pas ainsi qu'il faut s'y prendre.

La proposition du rapporteur me paraît plus pertinente et je suis prête à l'approuver. Il faut, effectivement, préciser la finalité du dernier rapport, celui du mois de novembre. Les mesures que les caisses peuvent prendre à cette occasion n'entrent en vigueur qu'en décembre ; elles n'ont donc pas un impact important sur l'année en cours. En revanche, elles en ont un sur l'année suivante. Or les caisses ont connaissance de l'évolution proposée de l'ONDAM pour l'année à venir, puisqu'elles ont été saisies pour avis du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Et le Gouvernement s'est attaché, depuis 1998, à communiquer aux caisses l'évolution envisagée des objectifs découlant de l'ONDAM, dont celui des soins de ville.

Au vu de tous ces éléments, le troisième rapport d'équilibre apparaît manifestement tourné vers l'année qui vient et non vers l'année en cours. Il devrait donc être davantage l'occasion de confronter les données de l'année écoulée avec le cadrage initial des dépenses et les perspectives de l'année à venir. C'est ce que suggère la rédaction de l'amendement n° 79 rectifié ; je ne puis donc qu'y souscrire.

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

M. Jean-Luc Préel. Je ne défendrai pas à nouveau mon amendement, dont la logique est différente. Je fais remarquer que les relations avec les professionnels sont loin d'être bonnes en dépit desdits rapports, qui ont même aggravé les problèmes. Et je m'amuse de l'amendement déposé au nom de la commission par M. Claude Evin car c'était l'un des amendements de repli que nous avions présentés l'année dernière justement parce que nous trouvions que le dernier rapport n'avait aucun sens.

M. Bernard Accoyer. Ils ont l'habitude de nous piquer nos idées !

M. Jean-Luc Préel. Vous aviez refusé avec votre mépris habituel cette proposition de bons sens. Je suis heureux que vous la repreniez cette année. Je ne la voterai pas pour autant. Mais je trouve ce retournement de la commission finalement assez sympathique.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 280.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 79 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

Article 32

M. le président. « Art. 32. – I. – L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation reçoit une dotation globale versée dans les conditions prévues par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale ; un décret en Conseil d'Etat détermine notamment les modalités de fixation et de révision de cette dotation globale par l'autorité compétente de l'Etat. »

« II. – L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation mentionnée au I du présent article est autorisée à conclure des contrats à durée indéterminée avec les agents contractuels de droit public qu'elle emploie. »

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

M. Jean-Luc Préel. L'article 32 paraît technique et il l'est, c'est vrai, puisqu'il y est question de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Mais il pose deux problèmes essentiels : celui du PMSI et de la prise en compte de l'activité réelle des hôpitaux dans les budgets hospitaliers, et celui de l'évaluation et de l'accès des tiers aux informations.

Nous sommes attachés, j'ai eu l'occasion de le dire à plusieurs reprises, à la qualité des soins et à l'évaluation de celle-ci, et nous sommes favorables à une plus grande transparence quant aux résultats de cette évaluation.

L'accréditation – débutante – est en cours, mais elle a pris un certain retard. Il s'agit pour l'instant d'une accréditation au niveau de l'établissement. Pour ma part, mais tout le monde n'est pas obligé de me suivre sur ce point, je suis favorable, depuis l'origine, à une accréditation par service.

M. Bernard Accoyer. Bien sûr !

M. Jean-Luc Préel. Quelle publicité sera donnée aux conclusions de l'accréditation ? La population a soif d'information et de transparence. Des enquêtes sont réalisées par des journalistes. Certaines sont sans doute critiquables car les bases ne sont pas toujours objectives, mais elles existent, et continueront à exister.

L'article 32 traite de l'accès des tiers aux informations que l'agence détiendra. Comment se fera l'accès ? Ce n'est pas précisé dans l'article. Qui aura accès à ces informations ? Comment seront-elles transmises, notamment aux journalistes qui en feront la demande ? Ce mécanisme empêchera-t-il les enquêtes journalistiques et la réalisation d'un Michelin hospitalier ? Certainement pas, me semble-t-il.

Le second objet de l'article est de regrouper les données du PMSI lui-même. Là, il s'agit d'un réel problème. La dotation des hôpitaux dont l'activité augmente n'augmente pas proportionnellement. Or les hôpitaux ne vont pas chercher les malades. Les malades viennent aux urgences se faire soigner. A l'hôpital dont je préside le conseil d'administration, l'activité du service des urgences a augmenté de 6 % cette année et les dépenses médicamenteuses ont progressé de 12 %. Je souhaiterais savoir comment l'évaluation budgétaire prendra en compte une telle augmentation. En l'absence d'une tarification à la pathologie, qui a pris un grand retard – je ne sais quand elle sera effective –, je souhaiterais que les budgets hospitaliers prennent en compte l'activité réelle. Madame la ministre, quelles consignes allez-vous donner aux ARH qui vous écoutent avec attention pour que l'activité réelle soit prise en compte ?

Une petite incidente : les frais de personnel représentent environ 70 % des budgets hospitaliers. Le GVT joue un rôle majeur. L'année dernière, j'ai trouvé

piquant, pour ne pas dire plus, que l'ARH décide de ne prendre en compte que 50 % du GVT. Tous ceux qui sont dans la fonction publique comprennent qu'ils ont droit à 100 %. Les hôpitaux n'ont pas la possibilité de lever l'impôt comme les collectivités locales. Comment peuvent-ils financer les dépenses budgétaires, notamment les dépenses de personnel, lorsque l'ARH ne prend en compte que 50 % du GVT ? Débrouillez-vous, répond-on ! Est-ce une réponse ? Comment peut-on faire face aux dépenses en personnel d'un hôpital et aux dépenses pharmaceutiques si l'on n'a pas les dotations suffisantes ?

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

M. Bernard Accoyer. L'article 32, sous couvert de la mise en place d'une agence technique de l'information de l'hospitalisation, s'inscrit dans le prolongement du travail d'opacification de l'information sur les établissements de soins, en particulier les établissements de soins publics, auquel s'est attelé soigneusement le Gouvernement l'année dernière par l'article historique qui est l'article 37 du PLFSS 2000. Regardez, mes chers collègues, qui avez eu le courage de vous trouver dans l'hémicycle ce matin, un numéro de *Sciences et Avenir* qui restera historique, le numéro publié l'année dernière qui a permis de donner des vraies informations sur un certain nombre d'établissements, pas toujours très rassurantes.

Voyant cela, le Gouvernement, qui est évidemment responsable de la qualité des soins, en particulier dans les établissements hospitaliers, a compris qu'il fallait immédiatement fermer les écoutilles, barbouiller les fenêtres et mettre des caches devant les jumelles. Dans ces conditions, il a engagé ce qui a été fait l'année dernière à l'article 37 du PLFSS : rendre confidentielle l'information sur les établissements. Aujourd'hui, afin de bien bétonner tout le dispositif, on met un chapeau sur tout ce qui peut être à l'origine d'informations dont, pourtant, nos concitoyens ont le plus grand besoin car c'est le droit le plus élémentaire des Français.

Pour se soigner, on se renseigne, on demande dans quel établissement il faut aller pour tel type d'intervention, si tel service est bon, s'il a de bons résultats ou s'il y a au contraire de nombreuses complications, combien de temps on y séjourne, combien de temps dure la rééducation, quel est le résultat, quelle est la qualité des soins, des services, des établissements.

Avec cette mécanique de censure, le Gouvernement pousse l'hypocrisie à son paroxysme. J'ai souvent eu l'occasion de dénoncer le travail particulièrement odieux auquel il se livrait, qui consiste à priver les plus faibles de leurs droits les plus fondamentaux. Connaître les bons établissements, c'est un droit fondamental. Aujourd'hui, on peut publier la liste des bons établissements mais on n'a plus le droit de parler des mauvais !

Pour bien se faire soigner, on n'utilise pas des moyens que le Gouvernement pourrait mettre au service de la population pour lui permettre de s'informer sur les bons établissements. Non, il faut sortir son carnet d'adresses et passer quelques coups de téléphone. Inutile de dire que ceux qui ont pensé cette réforme connaissent les bonnes adresses, savent où il faut aller. Notre rôle n'est pas d'organiser une telle opacité, ce serait au contraire d'accorder à tous les Français, par les médias notamment, grâce à l'information, à la transparence, avec la publication tous les ans de toutes les données, des résultats des différents établissements et des différents services, pour assurer ce droit fondamental qu'est l'égal accès de tous aux meilleurs établissements, c'est-à-dire aux meilleurs soins.

M. le président. MM. Douste-Blazy, Debré, Mattei et les membres du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance, du groupe du Rassemblement pour la République et du groupe Démocratie libérale et Indépendants ont présenté un amendement, n° 243, ainsi rédigé :

« Supprimer l'article 32. »

Cet amendement vient d'être défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Claude Evin, rapporteur. La commission n'est pas favorable, naturellement, à l'adoption de cet amendement, et je voudrais revenir sur un certain nombre de choses qui ont été dites à propos de cet article.

Il s'agit de mettre en place une agence technique chargée de gérer la collecte des informations. Aujourd'hui, les informations remontent à la fois au niveau de l'administration et dans des laboratoires universitaires et il est nécessaire d'avoir un outil susceptible de les gérer de manière cohérente.

Contrairement à ce que pourraient laisser croire les interventions de plusieurs députés de l'opposition, le PMSI, le programme médicalisé des systèmes d'information, n'a jamais eu pour vocation d'apprécier la qualité des établissements de santé. Cette question, que les établissements soient publics ou privés, est traitée dans le cadre de procédures mises en place par l'agence nationale d'évaluation et d'accréditation en santé. L'évaluation fonctionne, peut-être pas assez vite, et l'on pourrait se demander pourquoi, mais ce n'est pas notre propos. Le problème, aujourd'hui, c'est d'avoir un outil d'information sur l'activité des établissements, à travers le programme médicalisé des systèmes d'information. L'article 32 prévoit la mise en place d'une agence, qui est absolument nécessaire et d'ailleurs réclamée par les professionnels du secteur. Il est donc hors de question de la supprimer.

J'en profite, monsieur le président, pour présenter l'amendement n° 80 rectifié de la commission, qui précise que l'agence sera financée à la fois par l'Etat et par les caisses de sécurité sociale. Nous avons, par la même occasion, supprimé le II de l'article. Il pose un problème qui méritera d'être traité par la voie législative, mais cela pourrait être considéré comme un cavalier social.

Bref, la commission est favorable à la mise en place de cette agence et nous proposons d'en clarifier le financement par l'amendement que je vous demande d'adopter. Nous sommes en désaccord avec l'amendement n° 243 de M. Douste-Blazy, présenté par M. Prél.

M. le président. L'amendement n° 80 rectifié présenté par M. Evin, rapporteur, est ainsi libellé :

« Rédiger ainsi le I de l'article 32 :

« I. – Les ressources de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation sont constituées notamment par :

« 1° Des subventions de l'Etat, ainsi que, le cas échéant, des subventions d'établissements publics de l'Etat, d'autres collectivités publiques ou de leurs établissements publics, des organismes de sécurité sociale, de l'Union européenne ou des organisations internationales ;

« 2° Une dotation globale versée dans les conditions prévues par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale ; un décret en Conseil d'Etat détermine notamment les modalités de fixation et de révision de cette dotation globale par l'autorité compétente de l'Etat ;

- « 3° Le produit des redevances de services rendus ;
« 4° Les produits divers, dons et legs. »

Quel est l'avis du Gouvernement sur les amendements n^{os} 243 et 80 rectifié ?

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Je suis bien entendu en désaccord avec l'amendement n^o 243 présenté il y a un instant par M. Préel, car il faut regrouper dans l'agence technique de l'information les moyens sur lesquels s'appuie l'administration pour mettre en place le système d'information, de suivi et de pilotage du secteur de l'hospitalisation.

En revanche, je suis favorable à l'amendement n^o 80 rectifié présenté par M. Evin, qui précise les conditions de financement de cette agence technique.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n^o 243.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n^o 80 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. MM. Foucher, Préel, Bur et Blessig ont présenté un amendement, n^o 281, ainsi rédigé :

« Compléter l'article 32 par le paragraphe suivant :

« Un rapport annuel sera remis au Parlement par la direction des hôpitaux faisant état de la mise en œuvre du programme de médicalisation des systèmes d'information. »

La parole est à M. Jean-Pierre Foucher.

M. Jean-Pierre Foucher. Nous venons donc de créer une agence, et il me paraît tout de même important et normal, compte tenu de l'importance du PMSI pour la modernisation des hôpitaux, que les parlementaires soient informés de l'évolution du système et des améliorations à y apporter. Je demande donc qu'un rapport soit remis au Parlement.

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

M. Claude Evin, rapporteur. La commission n'est pas favorable à cet amendement car un tel rapport existe, monsieur Foucher, dans des annexes transmises au Parlement lors de chaque examen de la loi de financement de la sécurité sociale. Je ne peux donc que vous inviter à les demander à la distribution. Vous verrez que l'annexe B2 présente l'état du PMSI pour l'année en cours.

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

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Même avis que le rapporteur.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n^o 281.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 32, modifié par l'amendement n^o 80 rectifié.

(L'article 32, ainsi modifié, est adopté.)

Article 33

M. le président. « Art. 33. – I. – Il est créé un Fonds pour la modernisation sociale des établissements de santé. Ce fonds est géré par la Caisse des dépôts et consignations.

« II. – Ce fonds finance des actions d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé.

« A ce titre, il participe au financement :

« 1° De contrats d'amélioration des conditions de travail ayant fait l'objet d'un accord négocié entre les responsables d'établissements et les organisations syndicales représentatives au sein de l'établissement au sens de l'article L. 6144-4 du code de la santé publique ;

« 2° Des actions de modernisation sociale, notamment celles figurant dans le volet social des contrats d'objectifs et de moyens ;

« 3° Des aides individuelles destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements engagés dans des opérations de recomposition et de modernisation.

« III. – Bénéficiaire du concours de ce fonds, les actions mentionnées au II ci-dessus entreprises par des établissements visés à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale ayant fait l'objet d'un agrément par le ou les directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation compétents. Les établissements non visés par cet article peuvent également bénéficier, après agrément dans les conditions mentionnées précédemment, du concours du fonds dans le cadre d'opérations de coopération entre un ou plusieurs de ces établissements et un ou plusieurs établissements visés à l'article L. 174-1 du même code. »

« IV. – Les ressources du fonds sont constituées par une contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par arrêté interministériel. La répartition entre les différents régimes est effectuée dans les conditions définies par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

« Le solde disponible du Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé est versé au Fonds pour la modernisation sociale des établissements de santé, à la date de sa création. Le montant de ce solde est constaté par arrêté interministériel.

« V. – Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret.

« VI. – L'article 25 de la loi n^o 97-1164 du 19 décembre 1997 de financement de la sécurité sociale pour 1998 est abrogé à compter de la publication du décret mentionné au V. »

Sur cet article, plusieurs orateurs sont inscrits.

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

M. Jean-Luc Préel. Monsieur Evin, j'ai posé des questions auxquelles vous n'avez pas répondu. Elles sont de deux sortes. Qui aura accès aux données, dans quelles conditions, pour en faire quoi et qui jugera ? C'est un point fondamental.

Autre question, l'utilisation du PMSI. Dans quelle mesure prend-on en compte l'activité réelle des hôpitaux dans les dotations budgétaires ? Il persiste de grandes inégalités entre les différents hôpitaux et dans ma région aussi. Je ne prendrai pas des exemples que l'on connaît très bien tous les deux.

M. Bernard Accoyer. Certains hôpitaux sur-dotés notamment.

M. Jean-Luc Préel. Absolument ! Vous avez très bien compris ce que je voulais dire ! Il me paraît indispensable d'arriver à un certain équilibre et le PMSI devrait pouvoir servir à cela.

M. Bernard Accoyer. Il serait intéressant que le rapporteur réponde !

M. Jean-Luc Préel. Comment et quand va-t-on corriger les inégalités et prendre en compte l'activité réelle ?

L'article 33 crée un fonds pour la modernisation sociale des établissements de santé. C'est un fonds intéressant puisqu'il s'agit d'aider à la mobilité ou au départ des personnels, de financer les aides individuelles de formation, l'indemnité exceptionnelle de mobilité, entre autres. Ces questions sont très importantes, mais se pose un problème essentiel, car nous sommes très attachés à la liberté de choix, et les Français doivent pouvoir choisir entre les hôpitaux et les cliniques.

Le premier paragraphe de l'article fait référence aux établissements de santé mais sont éliminés ensuite un certain nombre d'établissements privés. Or ceux-ci connaissent aujourd'hui des difficultés importantes, comme l'a expliqué l'un de mes collègues de la majorité, qu'il s'agisse de la rémunération des personnels, de l'adaptation des établissements dans le cadre de restructurations, ou de problèmes financiers majeurs.

Pourriez-vous me donner des explications, monsieur le rapporteur ? J'avais déposé un amendement à ce sujet. Il a été refusé, sans doute en raison de l'article 40, mais je ne vois pas du tout pourquoi et j'aimerais comprendre. Il paraîtrait plus logique que l'ensemble des établissements de santé de France puissent bénéficier du fonds de modernisation sociale, les hôpitaux comme les établissements privés.

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

M. Bernard Accoyer. Nous avons là une illustration de la méthode du Gouvernement face à des problèmes réels.

L'article 33 crée un fonds pour la modernisation sociale des établissements de santé. C'est un changement profond par rapport au fonds qui existait : le fonds pour la modernisation des établissements de santé. Un mot de plus, voilà sur quoi on nous fait travailler ! En réalité, ce mot est important parce qu'il a des conséquences particulièrement inquiétantes sur la qualité des soins, l'adaptation des établissements, l'entretien de leur patrimoine, l'accès à un certain nombre d'équipements qui sont les technologies modernes de la santé.

En ajoutant le mot « sociale », on répond tout simplement aux exigences du protocole de mars 2000 en faveur de l'hôpital public que Mme Aubry, votre prédécesseur, madame la ministre, a dû signer dans la plus grande précipitation sous la pression des syndicats. Elle a dû d'ailleurs augmenter de 100 % l'objectif de dépenses fixé pour l'hospitalisation publique ici même quelques semaines auparavant, ce qui est tout de même, vous en conviendrez, à la fois considérable et assez méprisant à l'égard des votes que nous pouvons émettre ici.

S'agissant du fonds de modernisation je m'étonne à mon tour du peu de cas que fait le Gouvernement de l'état de notre système d'hospitalisation. Le protocole de mars 2000 est destiné à gagner du temps, pour essayer de calmer une situation explosive, mais la crise est extrêmement grave dans l'hôpital public et cet engagement financier de 17 milliards ne permettra pas de résoudre les problèmes essentiels. J'observe au passage que le Gouvernement a totalement oublié le souci de maîtriser les dépenses qu'il a manifesté pour le secteur privé ambulatoire et libéral, mais là n'est pas le problème et il faut répondre aux besoins.

Plus grave, ce protocole ne cache pas l'absence totale de politique d'avenir, et je voudrais en donner quelques illustrations.

Examinons d'abord la gestion démographique des effectifs des professions de santé. Certes, le Gouvernement a souhaité intégrer dans les effectifs des praticiens

hospitaliers quelque 7 000 médecins dont les diplômés n'ont pas le même niveau de sélection et n'apportent donc pas le même niveau de garanties quant aux connaissances fondamentales et même pratiques de médecins formés dans les pays de la Communauté européenne ou dans les hôpitaux français.

Certes, le Gouvernement a décidé d'apporter une aide financière à l'hôpital, mais, dans le même temps, les salaires des infirmières ont été poussés à la hausse à cause du manque de personnel. Des infirmières travaillant dans l'hospitalisation privée ont dû aller à l'hôpital public. L'hospitalisation privée, sur les injonctions du Gouvernement, était passée aux 35 heures et avait recruté près de 10 % d'infirmières en plus. Ces infirmières ne peuvent pas être payées parce que vous avez bloqué les tarifs. Vous aviez même essayé de les faire baisser ! Il a fallu que le Conseil d'Etat annule un arrêté pour qu'on leur accorde une hausse misérable et insuffisante pour répondre aux impérieuses nécessités technologiques, aux impérieuses nécessités de sécurité sanitaire, à l'abaissement du temps de travail.

Du même coup, les personnels infirmiers qui étaient dans l'hospitalisation privée se sont déplacés vers l'hospitalisation publique, ce qui fait que, à l'heure actuelle, les établissements d'hospitalisation privés éprouvent la plus grande difficulté à avoir des effectifs en nombre suffisant et à travailler.

M. le président. Veuillez conclure, monsieur Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Ne croyez-vous pas, madame la ministre, que le moment est venu de doter le fonds de modernisation des cliniques privées d'un montant de crédits qui permettra de procéder à des restructurations ? Le moment n'est-il pas venu que les enveloppes concernant l'hospitalisation privée soient dotées des moyens indispensables qui lui manquent cruellement et qui feront qu'un certain nombre d'établissements disparaîtront ?

Etant donné que 60 % des Français se font opérer dans les cliniques privées et que plus de 50 % des femmes y accouchent, la conséquence de tout cela, c'est qu'il y aura *ipso facto* et immédiatement des listes d'attente à l'hôpital public. Nous ne voulons pas de cela pour les Français. Nous vous demandons donc d'abonder les moyens mis à la disposition de l'hospitalisation privée pour pouvoir fonctionner.

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

M. Jean-Pierre Foucher. Comme viennent de l'expliquer Jean-Luc Prél et Bernard Accoyer, le fonds pour la modernisation sociale des établissements de santé remplace le fonds d'accompagnement pour la modernisation des établissements de santé.

M. Bernard Accoyer. C'est un événement historique !

M. Jean-Pierre Foucher. Cela s'explique par la pression exercée en particulier par la rue et par les multiples mouvements sociaux qui se sont produits ces derniers temps ont montré qu'il était nécessaire d'améliorer les conditions de formation et d'exercice professionnel des personnels des établissements de santé. Toutefois, cette situation concerne tous les établissements de santé.

Or l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale ne vise que le secteur public et les établissements engagés dans des opérations de coopération avec les établissements de santé publique. Il est donc nécessaire d'inclure, par cohérence, les établissements privés, qui accueillent un tiers des hospitalisations et emploient plus de 100 000 personnes. La discrimination opérée ne se justifie pas.