

# ASSEMBLÉE NATIONALE

## DÉBATS PARLEMENTAIRES

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

---

---

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

11<sup>e</sup> Législature

**SESSION ORDINAIRE DE 2001-2002**

3<sup>e</sup> séance

**COMPTE RENDU INTÉGRAL**

2<sup>e</sup> séance du mardi 2 octobre 2001



## SOMMAIRE

### PRÉSIDENTE DE M. RAYMOND FORNI

1. **Hommage aux victimes de la catastrophe de Toulouse** (p. 5305).
2. **Questions au Gouvernement** (p. 5305).
  - CATASTROPHE DE TOULOUSE (p. 5305)  
Mme Yvette Benayoun-Nakache, M. Lionel Jospin, Premier ministre.
  - MESURES CONTRE L'INSÉCURITÉ (p. 5306)  
MM. Jacques Godfrain, Daniel Vaillant, ministre de l'intérieur.
  - CATASTROPHE DE TOULOUSE (p. 5307)  
MM. Claude Billard, Yves Cochet, ministre de l'aménagement du territoire et de l'environnement.
  - CATASTROPHE DE TOULOUSE (p. 5308)  
MM. Philippe Douste-Blazy, Lionel Jospin, Premier ministre.
3. **Souhaits de bienvenue à une délégation parlementaire étrangère** (p. 5309).
4. **Questions au Gouvernement** (*suite*) (p. 5309)
  - FONCTIONNEMENT DE LA JUSTICE EN MARTINIQUE (p. 5309)  
M. Alfred Marie-Jeanne, Mme Marylise Lebranchu, garde des sceaux, ministre de la justice.
  - LUTTE CONTRE LE TERRORISME (p. 5310)  
MM. Pierre Cardo, Daniel Vaillant, ministre de l'intérieur.
  - LUTTE CONTRE LE CHÔMAGE (p. 5311)  
M. Jean Le Garrec, Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité.
  - LUTTE CONTRE LE FINANCEMENT DU TERRORISME (p. 5312)  
MM. Michel Hunault, Laurent Fabius, ministre de l'économie, des finances et de l'industrie.

### AVENIR DE LA SOCIÉTÉ MOULINEX (p. 5313)

Mme Laurence Dumont, M. Laurent Fabius, ministre de l'économie, des finances et de l'industrie.

5. **Éloge funèbre de Guy Hermier** (p. 5314).

MM. le président, Jean-Jack Queyranne, ministre des relations avec le Parlement.

*Suspension et reprise de la séance* (p. 5315)

### PRÉSIDENTE DE Mme CHRISTINE LAZERGES

6. **Droits des malades.** – Discussion, après déclaration d'urgence, d'un projet de loi (p. 5316).
    - M. Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé.
    - M. Claude Evin, rapporteur de la commission des affaires culturelles, pour l'ensemble du projet de loi et les titres III et IV.
    - M. Jean-Jacques Denis, rapporteur de la commission des affaires culturelles, pour le titre premier.
    - M. Bernard Charles, rapporteur de la commission des affaires culturelles, pour le titre II.
    - Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité.
- QUESTION PRÉALABLE (p. 5328)
- Question préalable de M. Jean-Louis Debré : MM. Jean Bardet, le ministre, Jean-Luc Prével, Philippe Nauche, Mme Muguette Jacquaint, MM. Marc Laffineur, Jean-Michel Dubernard. – Rejet.
- Renvoi de la suite de la discussion à la prochaine séance.
7. **Ordre du jour de la prochaine séance** (p. 5342).

# COMPTE RENDU INTÉGRAL

## PRÉSIDENTE DE M. RAYMOND FORNI

M. le président. La séance est ouverte.  
(La séance est ouverte à quinze heures.)

1

### HOMMAGE AUX VICTIMES DE LA CATASTROPHE DE TOULOUSE

M. le président. (*Mmes et MM. les députés et les membres du Gouvernement se lèvent.*) Mes chers collègues, cruel pour les Etats-Unis, le mois de septembre l'a été aussi pour notre pays. Je veux parler, bien entendu, de l'explosion qui s'est produite à Toulouse, le vendredi 21 septembre.

Le nombre des victimes, l'ampleur des dégâts subis par toute une agglomération, l'importance des interrogations que cette catastrophe soulève en font un événement dont nous, responsables politiques, en charge notamment de la sécurité de nos concitoyens, aurons à tirer les leçons.

Dès que j'en ai eu connaissance, en votre nom, j'ai fait part de mon émotion et de ma tristesse à notre collègue Philippe Douste-Blazy, maire de Toulouse. J'ai salué la mobilisation, le dévouement et l'efficacité des sapeurs-pompiers, des médecins et des forces de police ainsi que la solidarité qui s'est immédiatement manifestée dans la population toulousaine et dans la France entière.

Je compte sur nos collègues, élus de la Haute-Garonne, Gérard Bapt, Pierre Cohen, Yvette Benayoun-Nakache, Françoise Imbert, Hélène Mignon, Patrick Lemasle et Jean-louis Idiart, pour se faire l'écho de l'émotion partagée par l'ensemble de la représentation nationale.

J'invite l'Assemblée à manifester sa peine et sa solidarité à l'égard des victimes et de leurs proches en observant un instant de silence. (*Mmes et MM. les députés et les membres du Gouvernement se recueillent quelques instants.*)

2

### QUESTIONS AU GOUVERNEMENT

M. le président. L'ordre du jour appelle les questions au Gouvernement.

#### CATASTROPHE DE TOULOUSE

M. le président. La parole est à Mme Yvette Benayoun-Nakache, première intervenante, au nom du groupe socialiste.

Mme Yvette Benayoun-Nakache. Ma question s'adresse à M. le Premier ministre, et j'y associe mes collègues Hélène Mignon et Pierre Cohen.

La ville de Toulouse a connu, le 21 septembre dernier, la catastrophe industrielle la plus meurtrière que la France ait connue au cours des vingt dernières années : 29 morts, plus de 2 000 blessés. Ce drame a dévasté des quartiers entiers, laissant des milliers de familles dans le désarroi, des centaines de sans-logis et un choc psychologique durable.

Institutionnels et bénévoles se sont rapidement, et dans des conditions souvent très difficiles, organisés et ils ont agi. Nous tenons à les remercier.

Monsieur le Premier ministre, vous avez tenu, aux côtés des Toulousains, et dès les premières heures, à témoigner de votre émotion et de votre soutien en tant que chef du Gouvernement et en tant qu'élu de la Haute-Garonne.

La solidarité nationale s'est exprimée, vous en avez apporté des preuves, délivré le message et indiqué les axes et les moyens. Elle est à présent à l'œuvre.

Néanmoins, des questions se font jour sur les circonstances du drame.

Pouvez-vous aujourd'hui nous éclairer sur les mesures qui ont été prises par le Gouvernement pour faire face aux importants dégâts matériels et sur les dispositifs susceptibles d'accompagner les personnes touchées, tant économiquement que psychologiquement ?

Enfin, monsieur le Premier ministre, quelle est la politique envisagée en matière de risques industriels chimiques sur l'ensemble du territoire national, en particulier à Toulouse ? (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste et du groupe Radical, Citoyen et Vert et sur quelques bancs du groupe communiste et du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance.*)

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

M. Lionel Jospin, Premier ministre. La représentation nationale, à l'invitation du président Forni, vient d'exprimer, madame la députée, la part que l'ensemble des parlementaires prennent au deuil qui frappe les Toulousains.

Depuis quatre ans et demi, j'ai été, avec le Gouvernement, souvent confronté à des catastrophes et à des drames humains. Il est bien évident que la catastrophe industrielle et l'épreuve humaine qui ont frappé Toulouse m'ont, en tant qu'élu, touché, non pas davantage, car le sort de chaque Français est pour moi égal, mais plus directement, parce que certains de mes amis en ont été victimes.

Je ne pense pas, madame la députée, pouvoir en quelques instants répondre à l'ensemble des questions d'autant, je le sais, que d'autres parlementaires, et particulièrement le député-maire de Toulouse tiennent, comme c'est normal, à interroger aussi le Gouvernement.

Après la présence qui a été la nôtre, et notamment la mienne, le jour où le drame a frappé, après les moments de recueillement que nous avons passés auprès des vic-

times avec le Président de la République, les présidents de l'Assemblée nationale et du Sénat et les membres du Gouvernement, le Gouvernement a tenu, parce que c'est son devoir et sa mission, à apporter des réponses concrètes aux Toulousains pour marquer l'engagement qui avait été le mien dès les premières heures, à savoir la solidarité nationale à l'égard de cette ville durement frappée.

C'est pourquoi, à peine huit jours après le drame, je suis allé à Toulouse annoncer les grandes décisions du Gouvernement ; un travail considérable a été accompli dans l'intervalle. Je n'ai pas besoin de vous décrire, madame la députée, ainsi qu'à vos collègues qui sont sur ces bancs, l'ensemble de ces mesures puisque vous étiez avec moi lorsque je les ai présentées à la préfecture après la réunion de travail avec l'ensemble des élus de Toulouse, du département et de la région lorsqu'ils étaient concernés.

Nous apportons d'abord à nos concitoyens une aide immédiate d'urgence dans l'épreuve, et un allègement de leurs difficultés en prenant des mesures fiscales auxquelles M. le ministre de l'économie et des finances veillera particulièrement.

Le deuxième axe consiste évidemment à aider les Toulousains frappés à trouver un logement, et vous connaissez dans ce domaine aussi les décisions qui sont les nôtres. Marie-Noëlle Lienemann, secrétaire d'Etat au logement, y a travaillé et des sommes importantes ont été affectées à cet objectif.

Le troisième axe de travail concerne l'éducation nationale, les écoles de Toulouse, les collèges du département, les lycées de la région ayant été, pour certains, très gravement endommagés.

Je tiens à rendre hommage aux personnels du rectorat qui ont travaillé de façon intense pour que l'essentiel des élèves des écoles toulousaines puissent effectuer leur rentrée dès ce lundi. Je tiens à rendre hommage aussi à l'ensemble des services de l'Etat, aux sauveteurs et à tous ceux qui se sont mobilisés pour venir au secours des victimes. J'ai apprécié l'hommage que le maire de Toulouse leur a rendu et j'ai moi-même salué leur dévouement.

S'agissant de l'éducation, la région, le département et la commune de Toulouse assumeront, bien sûr, leur part du travail. Mais le Gouvernement a dégagé des sommes considérables, notamment pour la reconstruction de l'université du Mirail dont j'avais aidé à la renaissance il y a quelques années... (*Murmures sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants.*)

**M. François Rochebloine.** Ce n'est pas le moment de dire cela !

**Un député du groupe du Rassemblement pour la République.** Un peu de pudeur ! C'est indécent !

**M. le Premier ministre.** ... et aussi pour l'Institut national polytechnique.

Il faut avoir été sur le terrain pour comprendre l'émotion ressentie ; je le rappelle, c'est tout !

Le quatrième axe d'action concerne la santé. Vous le savez, l'hôpital Marchand a été entièrement détruit. D'autres structures de santé et d'aide sociale ont été endommagées. Dans ce domaine aussi, l'Etat dégage des fonds très importants.

Enfin, le dernier axe est l'aide aux entreprises, naturellement celles qui étaient sur le site, mais aussi toutes celles situées dans son environnement et qui ont été frappées par l'onde de choc en particulier.

Si je globalise l'effort de l'Etat, ce sont 1 500 millions de francs qui seront apportés aux Toulousains. C'est considérable. Ce qu'il faut y ajouter, je crois, c'est la continuité dans l'action, c'est la permanence dans l'attention que nous leur portons. C'est la mission des élus, de vous-même, madame la députée en particulier, mais je peux vous garantir que l'ensemble des membres du Gouvernement et moi, bien sûr, au premier chef, resteront durablement mobilisés dans la solidarité envers nos collègues et nos compatriotes de Toulouse, frappés durement le 21 septembre. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste, du groupe communiste et du groupe Radical, Citoyen et Vert.*)

#### MESURES CONTRE L'INSÉCURITÉ

**M. le président.** La parole est à M. Jacques Godfrain, pour le groupe du Rassemblement pour la République.

**M. Jacques Godfrain.** Monsieur le ministre de l'intérieur, dans tous les villages et les villes de France, vous le savez, les agressions et les vols se multiplient. (*Exclamations sur divers bancs du groupe socialiste.*)

**M. Lucien Degauchy.** Ce n'est pas vrai peut-être ?

**M. Jacques Godfrain.** Les jeunes et les personnes âgées en sont les principales victimes.

Or, en 1995, vous vous êtes opposé, en signant la saisine du Conseil constitutionnel, à des mesures logiques et simples donnant les moyens de lutter contre le banditisme. Comment donc allez-vous appliquer ces mesures dont on nous dit que vous avez l'intention de les reprendre, que le Conseil constitutionnel les avait, à votre demande, déclarées inconstitutionnelles ?

Ouvrir les coffres des véhicules, contrôler les identités, c'est le bon sens, surtout dans la période actuelle. Dans quel cadre juridique allez-vous donc appliquer ces mesures ?

Je voudrais, en terminant, vous poser une question : si vous vous demandez que faire – et il semble que ce soit le cas – devant cette montée de l'insécurité, accepterez-vous de vous tourner vers nos bancs d'où l'on vous donnera tous les conseils, tous les avis, toutes les recommandations qui seraient si utiles à la vie et à la tranquillité des Français ? (*Applaudissements sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe UDF-A et du groupe DL, – Rires et exclamations sur les bancs du groupe socialiste.*)

**M. le président.** La parole est à M. le ministre de l'intérieur.

**M. Daniel Vaillant, ministre de l'intérieur.** Mesdames et messieurs les députés, je pense que le débat sur la sécurité ne manquera pas de se poursuivre dans ce pays. Mais je veille, en tant que ministre de l'intérieur et au nom du Gouvernement – c'est ma priorité, c'est mon devoir –, à mettre la police en première ligne, aux côtés de la police de proximité, avec des effectifs plus nombreux, des missions de sécurisation de nos concitoyens, car la sécurité est un élément fondamental...

**M. Lucien Degauchy.** On ne le dirait pas !

**M. le ministre de l'intérieur.** ... pour la liberté et pour la démocratie.

Et c'est pourquoi, dans le projet de budget pour 2002, qui sera bientôt présenté ici même, vous verrez que les crédits consacrés à la police nationale sont en forte augmentation, ce qui permettra de nouveaux recrutements et, par conséquent, une police plus nombreuse, mieux formée, polyvalente et responsable sur le terrain, au service de la sécurité et de la liberté de nos concitoyens. J'espère que vous serez à nos côtés pour aider la police et la soutenir dans ses missions.

Concernant le problème des bandes, je veux vous rappeler l'initiative que j'ai prise en janvier dernier de demander que soient conduites des actions de répression ciblées. Elles ont porté leurs fruits, notamment dans des endroits que l'on disait de « non-droit ». Nous avons, Marylise Lebranchu et moi-même, le 6 septembre dernier, réuni, à la Sorbonne, procureurs et préfets pour généraliser ces actions et faire en sorte que, dans l'indépendance de chacun, tous les services travaillent, ensemble, à la déstabilisation des réseaux, à leur répression et à la sanction judiciaire qui s'impose.

**Un député du groupe du Rassemblement pour la République. Baratin !**

**M. le ministre de l'intérieur.** Voilà des actions que vous devriez, je pense, monsieur le député, soutenir.

Pour ce qui est des leçons que certains auraient à donner...

**M. Lucien Degauchy.** Le Gouvernement en a bien besoin !

**M. le ministre de l'intérieur.** ... Je pense que la sécurité est un bien trop précieux pour être sujet de polémiques comme elle l'est trop souvent. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste. – Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendante.*)

La sécurité n'est ni de gauche ni de droite.

**M. Lucien Degauchy.** Sûrement pas de gauche !

**M. le ministre de l'intérieur.** C'est une valeur républicaine. Aussi je peux vous assurer que le Gouvernement va poursuivre et intensifier tout ce qui pourrait être conduit et mis en œuvre au service de la sécurité, de manière concrète, sans démagogie et sans surenchère. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste et du groupe Radical, Citoyen et Vert. – Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République.*)

#### CATASTROPHE DE TOULOUSE

**M. le président.** La parole est à M. Claude Billard, pour le groupe communiste.

**M. Claude Billard.** Ma question s'adresse à M. le Premier ministre.

Présent la semaine dernière à Toulouse, avec une délégation de parlementaires communistes, j'ai pu mesurer l'ampleur de la catastrophe engendrée par l'explosion d'un entrepôt de stockage à l'usine AZF ainsi que le désarroi, la souffrance et la colère de la population.

Je voudrais, à mon tour, saluer la mémoire des 29 victimes de cet accident majeur, exprimer notre solidarité aux 3 200 blessés, aux milliers de Toulousains dont le logement est détruit ou gravement endommagé et aux salariés du secteur public et du secteur privé. Je rends hommage au dévouement, à la compétence et à l'efficacité de tous ceux qui leur ont porté secours.

Que veut aujourd'hui la population frappée par cette catastrophe, pour laquelle nous demandons la création d'une commission d'enquête ? D'abord, connaître la vérité sur l'origine de l'explosion ; ensuite, obtenir une réparation rapide et équitable ; enfin, que toutes les dispositions soient prises pour qu'un nouveau « Toulouse » ne soit plus possible.

Certes, tout ne dépend pas du Gouvernement. Je pense en particulier à l'indispensable contribution aux réparations des dommages causés que devront verser en premier lieu Total-Fina-Elf et les compagnies d'assurance. (*Applaudissements sur les bancs du groupe communiste et sur quelques bancs du groupe socialiste.*)

Mais au-delà de l'engagement financier de l'Etat et des mesures d'urgence et de solidarité nationale que vous avez annoncées samedi et que vous avez rappelées à l'instant, monsieur le Premier ministre, quelles dispositions fortes et particulières envisagez-vous de prendre pour l'ensemble des sites classés Seveso, afin d'assurer une meilleure protection et une meilleure sécurité aux salariés et aux populations ? Je pense notamment à l'extension des droits des salariés en matière de sécurité ainsi qu'à l'augmentation des moyens consacrés par l'Etat au contrôle des sites industriels classés à hauts risques. (*Applaudissements sur les bancs du groupe communiste et sur quelques bancs du groupe socialiste.*)

**M. Jean-Pierre Soisson.** Il n'y a pas de volontaire parmi les membres du Gouvernement pour répondre !

**M. le président.** La parole est à M. le ministre de l'aménagement du territoire et de l'environnement.

**M. Yves Cochet, ministre de l'aménagement du territoire et de l'environnement.** Comme vous, monsieur le député, et comme tous nos concitoyens, le Gouvernement a bien sûr été bouleversé par le drame de Toulouse. Il s'agit de la plus grande catastrophe industrielle survenue sur le sol européen depuis cinquante ans. Et comme vous l'avez dit, il y aura un avant-Toulouse et un après-Toulouse.

Le Gouvernement, M. le Premier ministre vient de le rappeler, a pris des mesures de gestion de la crise et de solidarité immédiate, et ce dans les différents domaines concernés. Mais il a également pris des mesures – car tel est l'objet de votre question – visant à préparer l'avenir, l'après-Toulouse. Car ce drame doit nous apprendre quelque chose, nous devons en tirer les leçons.

Vous avez souhaité que les moyens de l'Etat soient renforcés. C'est fait. Le Premier ministre a annoncé vendredi dernier, à la préfecture de Toulouse, dans le cadre de ce qu'on peut bien appeler le « plan Jospin » (*Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants*), la création de cent postes d'inspecteurs des installations classées, qui viendront s'ajouter aux cinquante postes budgétaires que nous avons déjà. La capacité d'expertise du Gouvernement sera aussi renforcée par les moyens supplémentaires dont se verra doté l'INERIS, l'Institut national de l'environnement industriel et des risques.

Actuellement, quatre enquêtes sont en cours. Il y a l'enquête judiciaire, qui vise à une élucidation totale des faits en vue d'établir les responsabilités, ce qui demandera quelques mois. Il y a celle que j'ai immédiatement diligentée et qui, menée par l'inspection générale de l'environnement, rendra ses premières conclusions – sur les plans chimique et industriel – vers la fin du mois d'octobre. Il y a bien sûr l'enquête interne de Totalfina.

Enfin, le Premier ministre a également souhaité qu'un expert indépendant puisse, en liaison avec la direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement, mener sa propre enquête, sa contre-enquête, une sorte d'audit de sécurité de l'usine AZF.

Mais il est aussi normal que s'ouvre dans notre pays un grand débat sur le risque industriel, et en particulier sur les problèmes que pose la proximité entre les zones d'urbanisation et ces usines de type Seveso – il y en a 1250 en France. C'est pourquoi Marie-Noëlle Lienemann, Christian Pierret et moi-même allons organiser des réunions régionales ainsi qu'un débat national, auxquels tout le monde pourra participer : les élus, les riverains, les associations, les industriels, sans oublier les syndicats, car, comme vous le disiez, les personnels des usines sont les premiers concernés – et ont été, hélas, dans le drame de Toulouse, les premiers touchés.

De plus, deux autres mesures seront proposées : d'une part, la création de comités locaux du risque industriel, à l'instar de ce qui se fait, par exemple, dans les usines de stockage de farines animales ou encore dans les usines nucléaires ; d'autre part, la mise en place – qui devra se faire par voie législative – de ce que l'on peut appeler des plans de prévention des risques technologiques, un peu à l'image des plans de prévention des risques naturels.

Voilà un ensemble de dispositions destinées à préparer l'avenir et qui, dans l'immédiat, doivent évidemment faire l'objet d'un débat entre tous les acteurs concernés. (*Applaudissements sur les bancs du groupe Radical, Citoyen et Vert et du groupe socialiste, et sur quelques bancs du groupe communiste.*)

#### CATASTROPHE DE TOULOUSE

**M. le président.** La parole est à M. Philippe Douste-Blazy, pour le groupe UDF.

**M. Philippe Douste-Blazy.** Ma question s'adresse à M. le Premier ministre.

Monsieur le Premier ministre, depuis le 21 septembre, Toulouse est une ville meurtrie. Comme plusieurs de mes collègues viennent de le souligner, l'explosion, d'une violence inouïe, a disloqué des familles, a ravagé une ville et a traumatisé pour longtemps ses habitants. Avec le Président de la République, avec les présidents des deux assemblées, avec de très nombreux parlementaires venant de toutes les travées, de tous les groupes – et à qui je veux dire ici toute ma gratitude –, vous avez vécu notre effroi, partagé notre émotion et assisté à notre recueillement. Et il y a encore un instant, nous venons, ensemble, de rendre hommage aux victimes, ce dont je vous remercie personnellement, monsieur le président.

Monsieur le Premier ministre, vous savez, pour bien les connaître, que les Toulousains ont trop de dignité pour vous interpellier et trop de pudeur pour vous solliciter. Mais comme vient de le dire M. Cochet, nous devons constater ensemble ce qui se passe au niveau national. La directive européenne dite Seveso 2, adoptée en 1996, devait être applicable et donc appliquée en 1998. Or la France n'a procédé à sa transposition qu'en mai 2000 et a accordé un délai supplémentaire aux industriels – février 2001 – pour qu'ils rendent leurs études de danger aux services de l'Etat.

Monsieur le Premier ministre, la leçon du drame de Toulouse doit commencer à être tirée aujourd'hui, dans cet hémicycle. Ma question est double. Premièrement, l'Etat ne doit-il pas lui-même, sous sa responsabilité, réa-

liser ces études de danger ? Et si oui, en a-t-il les moyens ? Deuxièmement, ces études ne doivent-elles pas être l'occasion d'un grand débat public avec les services de l'Etat, avec les collectivités locales – en particulier, les mairies –, avec les syndicats, avec les industriels, avec les chercheurs et les scientifiques, et, surtout, avec les citoyens ?

Si nous commençons ce soir à répondre à ces deux questions, nous aurons commencé à tirer les leçons du drame de Toulouse. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance, du groupe du Rassemblement pour la République et du groupe Démocratie libérale et Indépendants et sur de nombreux bancs du groupe socialiste et du groupe communiste.*)

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

**M. Lionel Jospin, Premier ministre.** Monsieur le député-maire de Toulouse, depuis dix jours, je me suis efforcé, vous le savez, d'être à vos côtés dans cette épreuve, et aux côtés des Toulousaines et des Toulousains.

Vendredi, au-delà des mesures de solidarité très importantes que j'ai annoncées – et que j'ai rappelées succinctement il y a un instant –, j'ai effectivement commencé à tracer une problématique, une approche, en annonçant des décisions visant à ce que soient tirées, à Toulouse comme dans la France entière, les leçons de cette très grave catastrophe industrielle dont parlait Yves Cochet tout à l'heure.

Cette catastrophe nous oblige à remettre à plat, ensemble, la gestion du risque industriel, la surveillance et le contrôle des installations, la politique d'urbanisation autour des sites.

A mes yeux, la priorité doit rester la maîtrise du risque industriel lui-même. Car je rappelle que vingt-deux des vingt-neuf personnes décédées étaient dans l'usine elle-même. Nous devons donc veiller à protéger ceux qui travaillent dans ces usines : 500 000 personnes dans l'industrie chimique en France. Ce n'est pas simplement en déplaçant des usines à la campagne – à supposer qu'on le puisse, à supposer qu'on trouve des espaces qui ne soient pas urbanisés – que l'on assurerait la sécurité de ces salariés et de ces travailleurs.

**Plusieurs députés du groupe socialiste.** Tout à fait !

**M. le Premier ministre.** Il faut donc, où qu'ils soient, veiller à des processus industriels, à des modes de contrôle, à des procédures de sécurité qui garantissent pour eux un risque minimal. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste, du groupe communiste et du groupe Radical, Citoyen et Vert et sur quelques bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance.*)

Nous n'allons pas renoncer à avoir une industrie chimique, nous n'allons pas déplacer 500 000 personnes à la campagne. Tout en tirant des leçons de la catastrophe de Toulouse et en envisageant certainement, de façon raisonnée, par le dialogue, par la discussion, avec les experts, avec les techniciens, avec les élus locaux, de déplacer des usines – parce qu'il faudra le faire –, il va falloir que nous assurions cette sécurité maximale. Le renforcement des moyens de contrôle et la consolidation d'une expertise indépendante – Yves Cochet vient de donner des indications précises concernant les moyens nouveaux qui y seront affectés – restent essentiels.

La maîtrise du risque dépend aussi, à mon sens, de l'implication des acteurs concernés. Car, sans pouvoir remplacer comme par magie le nécessaire travail tech-

nique, la démocratie reste à mes yeux une garantie majeure de sécurité. L'information sur les risques est un droit que nous devons garantir.

Plusieurs députés du groupe socialiste. Très bien !

M. le Premier ministre. J'ai donc demandé à Yves Cochet, le ministre de l'environnement, de veiller à la constitution de comités locaux d'information et de prévention des risques, qui joueront un rôle d'alerte, d'interpellation, de mise en garde. Et comme vous l'avez dit, monsieur le maire, il me semble que les représentants des personnels, notamment les représentants syndicaux, doivent être associés à ce travail qui les concerne au premier chef.

M. Christian Bataille. Très bien !

M. le Premier ministre. L'urbanisation autour des sites doit certainement être maîtrisée. Il ne faut pas répéter les erreurs du passé et laisser, par laxisme, les sites industriels être absorbés par la croissance des villes. Nous allons créer, par la loi, un plan de prévention des risques technologiques qui s'imposera au moins à toutes les constructions neuves.

Pour ce qui est de Toulouse, je l'ai dit vendredi dernier de la manière la plus claire – sans vouloir ni me substituer à l'ensemble des autorités qui doivent décider de ces choses, ni préjuger du résultat des expertises –, il n'est pas question aujourd'hui de redémarrer l'activité dans les usines chimiques. Pour ce qui est des autres villes, il faut prendre le temps de débattre de manière responsable. Chacun comprend bien que, dans une ville meurtrie, blessée, cette question ne se pose pas dans les mêmes termes que dans d'autres villes, où il faut simplement veiller à la sécurité maximale.

Je suis d'accord avec l'idée – je l'avais d'ailleurs moi-même suggérée à Toulouse – d'organiser à l'échelle nationale un débat sur les grands sites industriels à risque. C'est l'objet de la table ronde nationale et des débats locaux que je souhaite voir se tenir d'ici au début de l'année 2002. J'ai demandé au ministre de l'environnement ainsi qu'aux secrétaires d'Etat au logement et à l'industrie de préparer cette grande consultation nationale. Ils m'ont proposé d'en confier l'organisation à M. Philippe Essig, ancien président de la SNCF, dont l'humanité, la hauteur de vue et la compétence technique seront utiles.

La situation actuelle est le résultat de décisions et d'actions anciennes des industriels, des collectivités locales, des élus et de l'Etat lui-même. Les responsabilités sont partagées. Les décisions et les engagements pour l'avenir doivent être l'objet de notre travail en commun. C'est ce à quoi le Gouvernement est prêt à vous associer. (*Applaudissement sur les bancs du groupe socialiste, du groupe communiste, du groupe Radical, Citoyen et Vert et sur quelques bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance.*)

3

#### SOUHAITS DE BIENVENUE À UNE DÉLÉGATION PARLEMENTAIRE ÉTRANGÈRE

M. le président. Je suis heureux de souhaiter, en votre nom, la bienvenue à une délégation parlementaire, conduite par M. Mohamed Bekkali, président du groupe

d'amitié Maroc-France de la Chambre des représentants du royaume du Maroc. (*Mmes et MM. les députés et les membres du Gouvernement se lèvent et applaudissent.*)

4

#### QUESTIONS AU GOUVERNEMENT (suite)

M. le président. Nous reprenons les questions au Gouvernement.

#### FONCTIONNEMENT DE LA JUSTICE EN MARTINIQUE

M. le président. La parole est à M. Alfred Marie-Jeanne, pour le groupe Radical, Citoyen et Vert.

M. Alfred Marie-Jeanne. Ma question s'adresse à Mme la garde des sceaux, ministre de la justice.

Madame la ministre, des événements récents viennent malheureusement de rappeler une fois de plus que le fonctionnement de la justice en Martinique pose un certain nombre de problèmes, répertoriés dans des écrits distincts. En effet, trop nombreux sont les justiciables qui se plaignent d'une synarchie hétéroclite, une des causes de dysfonctionnement en termes de solutions apportées aux affaires. Citons quelques-uns de ces dérapages : défaut de poursuites malgré des faits répréhensibles ; faux constats d'huissier constatés par constat d'huissier (*Rires sur divers bancs*) ; utilisation abusive de vices de procédure ; escamotage de pièces à conviction ; pertes de plaintes malgré attestations de dépôt ; discrimination dans le traitement des dossiers...

M. Philippe Auberger. Mais on se croirait à Nice !

M. Alfred Marie-Jeanne. ... signature de jugements par des personnes non habilitées (*« Oh ! » sur les bancs du groupe du Rassemblement pur la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française et du groupe Démocratie libérale et indépendants*) ; fausseté d'actes dressés aux fins de spoliation d'héritage (*Mêmes mouvements*) ; prononcés excessifs de faillites d'entreprises, etc.

Devant de tels faits, aux conséquences dramatiques, quelles mesures envisagez-vous de prendre, madame la ministre,...

Un député du groupe de l'Union pour la démocratie française. Aucune !

M. Alfred Marie-Jeanne. ... pour arrêter cette dérive déplorable ? (*Applaudissements sur les bancs du groupe Radical, Citoyen et Vert.*)

M. le président. La parole est à Mme la garde des sceaux, ministre de la justice.

Mme Marylise Lebranchu, garde des sceaux, ministre de la justice. Monsieur le député, j'ai bien entendu votre question. Je n'ai pas été saisie à ce jour des faits dont vous parlez. Vous-même, d'ailleurs, ne m'en avez pas saisie. Je suis prête à vous rencontrer afin que nous puissions, sur la base de réalités objectives dont nous convenons ensemble qu'elles doivent appeler grandement l'attention de la chancellerie, entamer les procédures qui dans ce cas devraient bien sûr être mises en œuvre.

Si la liste que vous venez de dresser s'appuie sur des faits que nous pourrions constater, il est évident que je saisirai l'inspection générale des services judiciaires, même si certains des faits que vous dénoncez ne relèvent pas de la responsabilité de la magistrature – je pense par exemple aux fausses dépositions que vous avez évoquées.

Je suis donc à votre disposition. Car même si – et c'est là quelque chose à quoi nous sommes très attachés – le magistrat est totalement indépendant dans l'acte de juger (*Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République*)...

**M. Olivier de Chazeaux.** Parlons-en !

**Mme la garde des sceaux.** ... l'institution judiciaire, elle, n'est pas indépendante : elle remplit une fonction régaliennne de la République.

**M. Jean-Paul Charié.** Très bien ! C'est nouveau dans votre bouche !

**Mme la garde des sceaux.** Et s'il y a un dysfonctionnement, je veillerai, parce que j'y suis, vous le savez, très attachée, à ce que, dans la transparence et dans la recherche de la vérité, ce droit fondamental à la justice pour nos concitoyens soit toujours respecté.

**M. Jean-Paul Charié.** Très bien !

**Mme la garde des sceaux.** Je vous recevrai donc, monsieur le député, pour qu'ensemble nous voyions comment réparer les dysfonctionnements qui, vous choquant, doivent effectivement choquer d'autres citoyens. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste et du groupe communiste.*)

#### LUTTE CONTRE LE TERRORISME

**M. le président.** La parole est à M. Pierre Cardo, pour le groupe Démocratie libérale et Indépendants.

**M. Pierre Cardo.** Ma question s'adresse à M. le Premier ministre.

Les attentats du 11 septembre dernier, aux conséquences dramatiques, nous ont tous marqués et ont révélé une nouvelle forme de terrorisme. Cet hyper-terrorisme alimenté par une économie souterraine a pris certaines de ses racines dans nombre de nos quartiers difficiles.

Le lien entre terrorisme, trafic d'armes, de drogue, blanchiment d'argent, quoique vous l'ayez longtemps nié, n'est plus à démontrer. (*Protestations sur quelques bancs du groupe socialiste.*) Comme il n'est plus à démontrer que certains jeunes de nos quartiers ont été entraînés dans des camps en Afghanistan ou dans les Balkans, et ont même pu, pour certains d'entre eux, servir de base arrière aux attentats de New-York.

Dans ce contexte, comment tolérer que, dans nos quartiers, des zones de non-droit continuent à exister, où l'Etat républicain n'a pour seule réponse qu'une police de proximité désarmée, des barres qu'on abat, des médecins qu'on accompagne la nuit et le week-end ? Devra-t-on bientôt faire accompagner la police par des médiateurs ?

**Un député du groupe Démocratie libérale et Indépendants.** Très bien !

**M. Henri Emmanuelli.** Lamentable !

**M. Pierre Cardo.** Cette situation extrêmement grave appelle un ensemble de questions.

Quels pouvoirs et quels moyens supplémentaires ont-ils été donnés à la DST et aux renseignements généraux pour identifier les activistes et démanteler les réseaux ?

**M. François Goulard.** Très bien !

**M. Pierre Cardo.** Quelles mesures concrètes comptez-vous prendre pour lutter contre une délinquance de plus en plus organisée et violente ? Comment allez-vous maintenant gérer les conséquences de la loi Chevènement, qui, je vous le rappelle, a exonéré de poursuites pénales celui qui abrite des clandestins, dont certains sont peut-être en lien avec les filières terroristes ? (*« Très bien ! » sur les bancs du groupe Démocratie libérale et Indépendants, du groupe du Rassemblement pour la République et française-Alliance.*)

**M. Henri Emmanuelli.** Ces propos sont scandaleux !

**M. Pierre Cardo.** Comment doit-on interpréter le fait que votre ministre des cultes discute avec des mouvances islamistes intégristes dont certaines siègent au sein du conseil supérieur de l'islam ? (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste.*)

Parallèlement et compte tenu du risque biologique et industriel, quel est le contenu du plan Piratox, qui, pour l'heure, ne rassure, hélas ! que ceux qui l'ont écrit ? (*Applaudissements sur les bancs du groupe Démocratie libérale et Indépendants, du groupe du Rassemblement pour la République et du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance.*)

**M. le président.** La parole est à M. le ministre de l'intérieur.

**M. Daniel Vaillant, ministre de l'intérieur.** Monsieur le député, face au terrorisme, tous nos concitoyens, tous les élus et tous les services doivent se mobiliser. Pour sa part, l'Etat, en déclenchant très rapidement le plan Vigipirate renforcé, a apporté le témoignage de sa mobilisation ; nos concitoyens en ont conscience et soutiennent cette politique. (*Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République.*)

Par ailleurs, des dispositions nécessaires sont prises mais dont nous n'avons pas parlé. D'autres dispositions devront peut-être être prises (*« Lesquelles ? » sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République*), y compris sur le plan législatif, parce que, face au terrorisme, il est nécessaire, bien évidemment, de lutter avec la plus grande efficacité possible.

Il y a également une intense mobilisation de nos services de renseignement, qui travaillent dans un excellent esprit de coopération avec les autres services, américains et européens. D'ailleurs, de récents résultats en apportent un éclatant témoignage.

Les arrestations, quand elles interviennent comme elles sont intervenues, constituent une prévention active qui devrait rassembler l'ensemble des parlementaires.

**M. Christian Jacob.** Ce n'est pas sérieux !

**M. le ministre de l'intérieur.** En outre, je réunis régulièrement le comité interministériel de lutte contre le terrorisme.

Pour autant, je considère qu'il nous faut encore renforcer la coopération européenne dans plusieurs directions, renforcer Europol – l'office européen de police – pour améliorer la transmission rapide des informations, créer des équipes spécialisées dans la lutte contre le terrorisme, créer un mécanisme d'évaluation dans chacun de nos pays, renforcer la sécurité aux frontières de l'Union européenne et aux frontières intérieures en application de la disposition 2-3 de Schengen, faire preuve d'un maximum de rigueur dans la procédure de délivrance des visas, rendre plus régulière les rencontres entre chefs des ser-



vices des renseignements des Etats membres, augmenter le budget alloué au renseignement. Sur ce dernier point, dois-je vous rappeler, monsieur le député, que, de 1997 à 2001, les crédits de la direction centrale des renseignements généraux ont crû de 13 % et ceux de la DST de 40 % ?

Il faut également démanteler les réseaux de financement, y compris ceux qui peuvent nourrir le terrorisme. Des dispositions ont été prises à cet égard, et en France d'abord. Je pense que vous pouvez soutenir cette politique ferme.

Il convient aussi de démanteler les réseaux dans les quartiers. C'est un point que j'ai évoqué précédemment en parlant des actions ciblées et répressives, ainsi que de la mobilisation des procureurs et des préfets à la suite de la réunion du 6 septembre dernier.

Par ailleurs, monsieur le député, estimez-vous bien raisonnable de stigmatiser des quartiers, de pratiquer l'amalgame (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste, du groupe communiste, et du groupe Radical, Citoyen et Vert. - Protestations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants*), alors que vous savez que, en cette matière, toutes les autorités françaises ont pris une position claire dont je pensais que les députés de l'opposition ne pouvaient s'exonérer.

Oui, il faut une politique de la ville digne de ce nom. Et c'est bien ce que le Premier ministre, le ministre de la ville et quelques autres ont démontré hier, en appelant à faire un vrai travail pour éviter la misère et l'exclusion dans les quartiers.

**M. Lucien Degauchy.** Baratin !

**M. le ministre de l'intérieur.** Le ministre des cultes que je suis poursuivra l'action de Jean-Pierre Chevènement pour permettre à l'islam de se doter en France d'un conseil représentatif avec lequel on puisse discuter.

Je trouve, monsieur Cardo, que c'est une insulte que vous venez de faire aux représentants que j'ai réunis, que de les avoir traités d'intégristes, d'islamistes, et donc de dangereux ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste, du groupe communiste et du groupe Radical, Citoyen et Vert.*)

La lutte contre le terrorisme requiert la mobilisation de tous. Les Français soutiennent...

**M. Christian Jacob.** Nous verrons !

**M. le ministre de l'intérieur.** ... l'action que nous avons entamée, et je pense qu'ils n'attendent pas de leurs représentants au Parlement qu'ils polémiquent. Ils veulent même entendre des propos rassurants ; or ceux que vous avez tenus ne l'étaient guère. (*Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants.*) Ce n'est pas en stigmatisant, en attaquant un certain nombre de jeunes dans les quartiers que vous allez faire progresser la lutte contre le terrorisme.

La cohésion s'impose. C'est ce que les Français souhaitent. J'espère que vous l'aurez compris. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste, du groupe communiste et du groupe Radical, Citoyen et Vert. - Protestations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants.*)

**M. Lucien Degauchy.** C'est nul !

## LUTTE CONTRE LE CHÔMAGE

**M. le président.** La parole est à M. Jean Le Garrec, pour le groupe socialiste.

**M. Jean Le Garrec.** Madame la ministre de l'emploi et de la solidarité, le recul du chômage, engagé sans discontinuer depuis 1997 (*Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants*) - plus d'un million de chômeurs en moins -, a été entravé ces derniers mois par des résultats décevants. Pour autant, il nous faut affirmer plus que jamais notre volonté de conduire une politique tendant au plein-emploi.

**M. Lucien Degauchy.** Les 30 heures !

**M. Jean Le Garrec.** Pour cela, nous disposons de deux moyens : d'une part, il faut soutenir, y compris au plan européen, une croissance plus riche en emplois ; d'autre part, il convient de mener activement une politique de l'emploi plus ciblée, plus précise, qui a montré son efficacité.

Le Gouvernement a annoncé des mesures qui prendront effet avant la fin de l'année et prévoit dans le budget des mesures nouvelles concernant les CES, les CEC, la formation ou les PARE. Il importe, madame la ministre, que vous fassiez connaître à la représentation nationale le détail de ces mesures, et leur importance, car, dans une telle situation, il convient plus que jamais de mobiliser toutes les énergies : celle des entreprises, celle du service public de l'emploi et celle de l'ensemble de la collectivité. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste et du groupe Radical, Citoyen et Vert.*)

**M. Lucien Degauchy.** Tout le monde en stage !

**M. le président.** 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 de la commission des affaires sociales, il est vrai que depuis le mois de mai, la situation de l'emploi est devenue moins favorable. S'ajoute à ce ralentissement de la décélération du chômage l'inquiétude née des événements tragiques que nous venons de vivre. Dans cette situation, le Gouvernement a décidé, plus que jamais, de mobiliser l'ensemble de nos forces pour continuer à marquer des points dans la lutte contre le chômage.

Le Premier ministre a décidé de prendre des mesures exceptionnelles. (« Ah ! » *sur plusieurs bancs du groupe du Rassemblement pour la République.*) Comme vous le savez, les premières d'entre elles ont été prises dès le mois de juillet, donc bien avant les événements tragiques que nous venons de vivre, dès que les premiers signes de ralentissement économique sont apparus. Il s'est agi de permettre aux personnes les plus vulnérables, lorsque la conjoncture devient moins favorable, c'est-à-dire les jeunes sans qualification,...

**M. Lucien Degauchy.** Il y en a encore ?

**Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité.** ... les chômeurs de longue durée, les titulaires d'emplois précaires, de bénéficier davantage des aides destinées au retour à l'emploi. Le Premier ministre a donc décidé, en juillet, de créer 50 000 contrats emploi-solidarité supplémentaires.

Le Gouvernement vient de décider de compléter encore ces mesures exceptionnelles en créant 30 000 contrats emploi-solidarité supplémentaires, en augmentant de 20 000 le nombre de stages de formation pour ces chômeurs éloignés de l'emploi et en abondant les moyens de l'allocation de fin de formation qui permet de rémunérer les chômeurs qui sont en formation, mais dont l'indemnisation vient à échéance. Voilà trois mesures supplémentaires que je vous annonce aujourd'hui.

Je rappelle également que, toujours dans le souci d'aider à l'emploi, nous avons décidé que les petites et moyennes entreprises de moins de vingt salariés – qui, nous le savons, ont plus de difficultés que d'autres à passer aux 35 heures – pourront augmenter le contingent d'heures supplémentaires auquel elles auront droit. (*Exclamations et applaudissements sur plusieurs bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants.*) Cela leur permettra d'avoir un filet de sécurité, mais elles ne devront pas perdre de vue l'objectif, qui est de passer aux 35 heures.

Pour 2002, nous allons poursuivre dans cette voie, confirmer le volume des contrats et des stages de formation aidée. Par ailleurs, le Gouvernement n'entend pas seulement continuer le programme des emplois-jeunes, il a décidé, d'une part, de recruter 9 000 emplois-jeunes supplémentaires en 2002 (*Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants.*)...

**M. Lucien Degauchy.** Et allons-y !

**Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité.** ... et, d'autre part, de doubler le nombre des jeunes sans qualification ayant accès au programme TRACE – trajet d'accès à l'emploi. Il sera créé, en outre, une bourse d'accès à l'emploi qui permettra de rémunérer ces jeunes pendant les périodes intermédiaires où ils ne sont ni en stage ni en contrat emploi-solidarité, et où ils ne perçoivent donc aucune rémunération. Telles sont, mesdames et messieurs les députés, les mesures que je vous proposerai d'approuver, au nom du Gouvernement, lorsque je vous présenterai mon budget.

Pour regrouper nos forces dans la lutte contre le chômage, nous avons mobilisé toutes nos administrations. Ainsi, il y a dix jours, j'ai réuni, avec Daniel Vaillant, les préfets de région. J'ai également réuni les directeurs départementaux et régionaux du travail. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste et du groupe Radical, Citoyen et Vert.*)

**M. Lucien Degauchy.** Envoyez toute la France en stage !

#### LUTTE CONTRE LE FINANCEMENT DU TERRORISME

**M. le président.** La parole est à M. Michel Hunault, pour le groupe du Rassemblement pour la République.

**M. Michel Hunault.** Monsieur le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, les événements du 11 septembre dernier soulèvent aussi le problème du financement des réseaux terroristes. Il convient aujourd'hui d'accroître la surveillance des circuits financiers susceptibles de les alimenter, de tout mettre en œuvre afin d'identifier et de bloquer tout flux financier suspect.

Les circuits de recyclage de l'argent sale et du financement du terrorisme sont devenus complexes, en raison de leur caractère transnational, de leurs ramifications multi-

ples et croisées à travers les sociétés écrans, les centres offshore et les paradis fiscaux. Il faut asphyxier le financement des réseaux, geler leurs fonds et leurs avoirs financiers, empêcher et supprimer le financement des actes terroristes.

Déjà, dans le passé, la France a été à l'origine de la création du GAFI – groupe d'action financière internationale. En 1996, notre assemblée a voté à l'unanimité la loi contre le blanchiment, laquelle a été récemment améliorée. Aujourd'hui, il nous faut franchir une nouvelle étape.

Monsieur le ministre, ma question sera simple : seriez-vous favorable à la création d'un organisme français spécialisé dans la surveillance de ces circuits financiers ? Ce serait, je crois, un signe fort adressé à tous nos partenaires. (*Applaudissements sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants.*)

**M. le président.** La parole est à M. le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie.

**M. Laurent Fabius, ministre de l'économie, des finances et de l'industrie.** Monsieur le député, je réponds très volontiers à votre question, sachant que le souci de lutter contre le financement du terrorisme est présent sur tous les bancs.

Je tiens à informer l'Assemblée nationale des mesures qui ont été prises, soit au plan national, soit au plan européen, soit au plan international, et de la position de la France.

Au plan national, nous avons immédiatement gelé toute une série d'avoirs. Un décret du 25 septembre a permis à la France d'être le premier pays à geler les avoirs de vingt-sept groupes et personnes, identifiés par l'*executive order* diffusé la veille par le Président des Etats-Unis. Le Gouvernement a également confirmé le gel, que la France avait opéré un peu auparavant, des avoirs des talibans, sur la base d'une décision communautaire du mois de juillet et des résolutions du conseil de sécurité des Nations unies. Le montant des avoirs gelés en France s'élève actuellement à près de trente millions de francs.

Par ailleurs, le projet de loi de visant à ratifier la convention des Nations unies sur le financement du terrorisme, convention dont nous sommes à l'origine, vous l'avez rappelé, sera discuté la semaine prochaine au Sénat, puis ultérieurement par l'Assemblée nationale.

Parallèlement à l'organisme très efficace qui s'appelle TRACFIN, j'ai créé, avec Florence Parly, au sein de mon ministère, une cellule qui regroupe l'ensemble des services concernés par le financement du terrorisme et que j'appellerai FINTER.

Enfin, vendredi dernier, j'ai réuni le collège des autorités de contrôle du secteur financier, c'est-à-dire la Banque de France, la commission bancaire, la commission des opérations de bourse et la commission de contrôle des assurances, pour les mobiliser – mais elles l'étaient déjà – face à ce défi.

Au plan européen, nous avons, au sein de différentes instances, fait en sorte qu'un mandat soit donné par le Conseil européen, au conseil ECOFIN et au conseil justice et affaires intérieures, pour prendre « toutes les mesures nécessaires pour combattre toute forme de financement des activités terroristes ». Ce conseil conjoint se réunira le 16 octobre.

J'ajoute que les événements dramatiques qui se sont produits sont l'occasion pour faire aboutir la directive européenne à l'initiative de laquelle la France se trouve. Nous avons bon espoir en ce qui concerne le vote du Parlement européen.

J'ai également demandé, au nom de notre pays – et cela a été accepté par mes collègues européens –, que le mandat du GAFI, organisme dont nous avons été à l'origine de la création, s'applique en priorité à la lutte contre le financement du terrorisme.

Enfin, sur le plan international, je me suis entretenu la semaine dernière au téléphone avec mes collègues du G7 sur ces sujets. Nous nous réunirons samedi prochain à Washington, et l'un des points principaux inscrits à l'ordre du jour sera la lutte contre le financement du terrorisme. Du reste, le représentant de la France, c'est-à-dire votre serviteur, a été chargé de faire des propositions au collège du G7.

Bien sûr, nous sommes ouverts à toute initiative supplémentaire, sachant, monsieur le député, qu'il s'agit certes d'observer, mais qu'il s'agit surtout maintenant d'agir vite et fort.

**M. François Rochebloine.** Très bien !

**M. le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie.** Sur ce plan, je sais que nous pouvons compter sur l'ensemble de la représentation nationale. La France a pris, prend et prendra toute sa part à cette bataille. (*Applaudissements sur tous les bancs.*)

#### AVENIR DE LA SOCIÉTÉ MOULINEX

**M. le président.** La parole est à Mme Laurence Dumont, pour le groupe socialiste.

**Mme Laurence Dumont.** Ma question s'adresse au ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, et je la pose au nom de tous les députés du Calvados du groupe socialiste. Elle concerne Moulinex.

Depuis maintenant plus de dix ans, les salariés de Moulinex ont tout fait pour sauver leur entreprise, souvent sans aucune reconnaissance. Rien ne leur aura été épargné : ils ont accepté de sacrifier leur pouvoir d'achat, fait face à de multiples plans sociaux et subi de plein fouet les erreurs de gestion répétées de leur direction.

Le 7 septembre, le groupe Moulinex-Brandt déposait le bilan, créant en Basse-Normandie – berceau historique de cette entreprise – un véritable traumatisme et faisant planer une menace sur des milliers d'emplois dans notre pays. Alors que s'ouvrait une période d'observation de six mois, les administrateurs judiciaires en charge du dossier ont réduit le délai à deux semaines puis, coup sur coup, prolongé celui-ci de quelques jours, afin de permettre le dépôt d'offres de reprise : treize, semble-t-il, à l'heure actuelle.

La reprise de Moulinex par Seb semble être l'hypothèse privilégiée par le tribunal de commerce de Nanterre. Toutefois, aussi industrielle soit-elle, cette offre de reprise supprime d'un trait les quatre sites du Calvados et 2 900 emplois dans le département, sans compter ceux des sous-traitants. Cette offre, si elle se confirmait, n'est évidemment pas acceptable en l'état. Et si je me félicite des engagements que le Gouvernement a d'ores et déjà pris en matière de reconversion et de réindustrialisation – reconversion et réindustrialisation que chacun sait inévitables –, la méthode de travail du tribunal de commerce

m'apparaît légère et expéditive. Personne ne comprendrait, par exemple, que l'usine de Bayeux, moderne et désormais rentable, soit fermée sans avoir laissé à quiconque le temps de faire des propositions.

D'autres offres sont attendues ces jours-ci. D'autres propositions peuvent être étudiées et celle de Seb peut être enrichie.

La situation est urgente et l'étranglement des sous-traitants est là pour nous le rappeler. A quoi servirait-il de mettre en œuvre des mesures de soutien à l'intention de ces derniers si, dès la semaine prochaine, ils étaient privés de leur principal client.

Monsieur le ministre, je connais votre mobilisation sur ce dossier. Pouvez-vous nous indiquer les décisions qui ont été prises pour aider les sous-traitants et l'appréciation que vous portez sur les différentes offres de reprise de Moulinex ? (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste, du groupe communiste et du groupe Radical, Citoyen et Vert.*)

**M. le président.** La parole est à M. le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie.

**M. Laurent Fabius, ministre de l'économie, des finances et de l'industrie.** Madame la députée, je vous réponds bien volontiers, M. Christian Pierret, avec qui vous avez de nombreux contacts, se trouvant actuellement à l'étranger.

Moulinex, comme vous l'avez souligné au nom de plusieurs de vos collègues, subit une crise nouvelle et grave après en avoir connu beaucoup d'autres au cours de ces dix dernières années. Les actionnaires du groupe Moulinex-Brandt ont décidé de se retirer alors que d'autres choix étaient envisageables pour préserver l'avenir de l'entreprise et de ses salariés.

Nous regrettons très vivement cette attitude qui a conduit au dépôt de bilan du groupe Moulinex-Brandt et qui nous contraint, les uns et les autres, à l'élaboration de solutions rapides pour éviter la liquidation. Vous connaissez, vous les vivez, le chagrin, la colère, le désespoir des salariés.

Dans ce contexte, je voudrais, répondant à votre interpellation, préciser trois faits importants.

D'abord, la procédure de reprise de Moulinex a été enclenchée immédiatement et le Gouvernement s'est mobilisé – comme c'est son devoir – en sollicitant tous les éventuels repreneurs. Compte tenu de la situation financière dramatique du groupe, les administrateurs judiciaires n'ont pas eu d'autres choix que de lancer, dans un délai très rapide, un appel d'offres pour une reprise de Moulinex. A défaut, c'était la liquidation immédiate de l'entreprise.

Le pôle Brandt, qui ne se trouve pas dans la même situation, fait l'objet d'un traitement séparé. M. Pierret a fait en sorte que tous les groupes industriels français et internationaux de l'électroménager soient immédiatement contactés afin qu'ils examinent les possibilités d'une reprise de Moulinex-Brandt.

Malgré la brièveté des délais, plusieurs offres de reprises ont été remises et le tribunal de commerce devrait statuer la semaine prochaine sur la reprise de Moulinex qui se trouve en situation de redressement judiciaire. Hormis les grandes lignes déjà communiquées dans la presse, le détail des offres n'est à ce stade connu que des seuls administrateurs judiciaires qui vont les négocier et le tribunal de commerce de Nanterre devra se prononcer.

Au moment où nous parlons, les différents candidats à la reprise sont auditionnés par le comité central d'entreprise de Moulinex qui a mandaté un cabinet d'expertise

pour les évaluer. Un nouveau CCE se tiendra lundi qui sera l'occasion pour les salariés d'exprimer leur position sur les différentes offres. Voilà pour le premier point.

S'agissant du deuxième volet, c'est-à-dire la procédure de reprise de Brandt, le travail mené avec les banques depuis deux semaines, sous l'égide du comité interministériel pour les restructurations industrielles, a permis de dégager les moyens financiers d'une poursuite d'activité de Brandt dont les usines devraient donc pouvoir redémarrer, nous l'espérons, rapidement.

Enfin, je vous confirme que le Gouvernement suit avec une extrême attention l'évolution des garanties de reconversion des salariés licenciés et de réindustrialisation des sites. Dès que le tribunal de commerce aura choisi un plan de reprise pour Moulinex, nous arrêterons avec les partenaires sociaux, les élus et les collectivités locales un plan de reconversion des sites qui ne seraient malheureusement pas repris.

Le Premier ministre, qui a rappelé l'effort considérable réalisé par exemple lors des crises des chantiers navals, a annoncé un effort comparable pour Moulinex.

Enfin, la question des sous-traitants que vous avez évoquée fait l'objet d'un examen particulier de notre part. Des mesures spécifiques et notamment fiscales vont être prises pour les aider à faire face à toutes leurs difficultés.

Je voudrais vous dire, madame la députée, pour conclure, que nous souhaitons, comme vous, que les jours qui viennent permettent de trouver la meilleure, ou la moins mauvaise solution possible pour assurer la pérennité industrielle d'une marque qui est un symbole auquel les Français sont très attachés et le maintien du maximum d'emplois possible. Nous avons, en tant que pouvoirs publics, une mission de soutien et d'aide que nous sommes décidés à remplir totalement. *(Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste et sur quelques bancs du groupe communiste.)*

**M. le président.** Le déroulement de cette séance ayant été quelque peu bousculé par la longueur des questions et des réformes portant sur les événements de Toulouse, chacun de nos collègues comprendra que nous ne puissions épuiser la liste des orateurs inscrits pour cet après-midi. Nous en avons donc terminé avec les questions au Gouvernement.

5

## ÉLOGE FUNÈBRE DE GUY HERMIER

*(Mmes et MM. les députés et les membres du Gouvernement se lèvent.)*

**M. le président.** Monsieur le Premier ministre, mesdames, messieurs les ministres, chers collègues, madame, au cœur de l'été, le 28 juillet dernier, Guy Hermier nous a quittés.

L'émotion fut vive du côté de Marseille et de ses environs, comme elle l'est aujourd'hui, au sein de cet hémicycle. Une ombre s'est posée sur cette région habituellement gorgée de soleil. Elle ne pouvait manquer d'atteindre notre assemblée. Au-delà des partis, des clivages et des courants, nous partageons la douleur de sa famille, de ses proches, mais aussi la peine des habitants des quartiers nord de la cité phocéenne, dont il fut l'élu

estimé et respecté. Nous perdons un collègue. Beaucoup perdent un ami. Nous voyons surtout disparaître une personnalité noble et généreuse, qui avait su faire de l'élégance, du cœur et de l'esprit, une inestimable règle de vie.

Guy Hermier représentait un mélange rare et subtil de passion, d'action et de réflexion. Avec ardeur, il s'engagea très tôt en faveur des idéaux de la gauche communiste. Il en sera toute sa vie un défenseur passionné. Même s'il dut parfois lutter pour faire exister sa différence, la fidélité à ses convictions fut son honneur et sa force. Son intégrité ne fut jamais discutée. Elle suscitait depuis longtemps le respect de ses adversaires. Elle continue aujourd'hui à faire la fierté de ses compagnons.

A leurs côtés, Guy Hermier avait choisi de militer, pour donner à ses idées une réalité sociale et politique. C'était un homme d'action, qui voulait transformer le monde, pour le mettre en accord avec ses convictions. Ce fut le sens de son engagement au sein des structures dirigeantes du parti communiste, dont il devint rapidement un membre influent et écouté.

Il fut enfin un homme de réflexion, amoureux des belles lettres et des choses de l'esprit, un penseur éclairé, soucieux de défendre avec rigueur et pragmatisme la modernité de l'idée communiste.

Cette intelligence vive et profonde accompagna toute sa vie ce fils de maçon devenu agrégé de lettres. Dès l'École normale, à Nîmes puis à Montpellier, il prit la décision de la mettre au service du progrès et de la justice sociale. En 1965, il devint responsable de l'Union des étudiants communistes. A la veille des événements de mai 1968, il défendit avec courage, mais aussi avec fermeté, la ligne qui lui semblait alors la plus juste, celle du parti, face à la contestation révolutionnaire de quelques-uns.

Sa clairvoyance et son autorité ne pouvaient passer inaperçues. Il fut rapidement remarqué par Roland Leroy, puis par Georges Marchais. Il entra au comité central à l'âge de vingt-sept ans, puis rejoignit dès 1972 le prestigieux bureau politique du parti communiste. Il devint alors l'un des principaux rouages de la vie du parti, employant son influence et ses responsabilités à donner corps au modèle démocratique, juste et fraternel, en lequel il avait foi. Homme d'idées autant que d'idéal, il accepta la mission, à la fin des années soixante-dix, de faire vivre le débat et la réflexion au sein de l'appareil de son parti.

Pendant de nombreuses années, il contribua à assurer le dynamisme intellectuel du parti de la classe ouvrière. Il lança une revue inspirée et stimulante, baptisée *Révolution*, qui sut devenir, au-delà des oppositions, un espace de dialogue et d'ouverture pour tous les communistes. Son influence fut décisive, rappelant et défendant, au fil des pages, l'actualité des valeurs du PCF.

Guy Hermier s'était définitivement convaincu de cette modernité, en confrontant très tôt ses idées à la réalité du terrain. Il ne doutait pas que le communisme eût un rôle à jouer dans la vie démocratique de notre pays. Il n'était pas, pour lui, une utopie, mais un faisceau d'idées fortes et de convictions, et notamment une certaine conception de la solidarité, qui devaient trouver à s'incarner politiquement, à l'échelon national comme à l'échelon local. En 1978, pour défendre une terre communiste depuis 1936, il prit donc la succession de François Billoux et se présenta dans la quatrième circonscription des Bouches-du-Rhône. Il fut depuis sans cesse réélu. En 1983, il devint l'un des plus énergiques conseillers municipaux de

Marseille puis, de 1986 à 1998, un conseiller régional de très grande qualité. Depuis 1995, il était maire du huitième arrondissement de cette belle cité méditerranéenne, terre de mélange et de partage, de diversité et de tradition. Chaque jour, avec passion, il s'efforçait de faire vivre et de valoriser les quartiers nord de la ville. Leurs habitants partagent aujourd'hui notre émotion et notre tristesse. Pour eux, pour nous, sa générosité et son engagement laisseront un impérissable souvenir.

Guy Hermier fut un collègue ardent, enthousiaste et travailleur. Ses qualités rendaient hommage à notre assemblée. En 1978 et en 1979, il occupa la charge de vice-président. Il s'acquitta alors de son rôle avec talent et fermeté. Depuis quelques années, il était devenu, au sein de cet hémicycle, l'un des plus fervents animateurs de la gauche plurielle. Lui, le « fondateur », faisait valoir avec cœur l'identité des communistes et la force de leurs convictions. L'unité autour des valeurs de la gauche, l'humanisme, le progrès et la justice, ne devait pas faire taire le droit à la différence. Il fut un parlementaire écouté et apprécié, dont l'influence s'avéra déterminante. Je pense notamment à son rôle de vice-président au sein de la commission d'enquête sur la mafia en France, première du genre dans l'histoire de notre pays. Je pense aussi à la façon dont il assumait, en 1998 et 1999, ses responsabilités de président de la commission d'enquête sur le service d'ordre du Front national. Je souhaite saluer sa rigueur et sa détermination, car elles furent alors exceptionnelles, comme le furent son courage et sa ténacité face à la maladie.

Mesdames et messieurs, chers amis et chers collègues, en pensant avec affection à ses proches, à sa famille, à son épouse, Simone, et à ses enfants, Anne et Jean-Paul, à qui j'adresse les condoléances émues de notre Assemblée, je vous demande de bien vouloir vous recueillir à la mémoire de Guy Hermier.

*(Mmes et MM. les députés et les membres du Gouvernement se recueillent quelques instants.)*

La parole est à M. le ministre des relations avec le Parlement.

**M. Jean-Jack Queyranne, ministre des relations avec le Parlement.** Monsieur le président, monsieur le Premier ministre, mesdames, messieurs les députés, madame, le Gouvernement s'associe avec tristesse et émotion à l'hommage solennel que l'Assemblée nationale rend aujourd'hui à Guy Hermier, député des Bouches-du-Rhône, qui nous a quittés au milieu de l'été.

L'ensemble du Gouvernement salue avec respect en la personne de Guy Hermier la mémoire d'un responsable politique et d'un homme de culture. À sa famille, à ses proches, j'exprime toute notre sympathie et notre affection.

Vice-président de l'Assemblée nationale en 1978 et 1979, Guy Hermier était l'une des figures marquantes du groupe communiste. Mais, par son autorité naturelle et son rayonnement intellectuel, sa personnalité débordait largement les rangs de sa famille politique de toujours.

Dans cette assemblée, où il a siégé sans interruption pendant vingt-trois ans, sa sincérité de conviction, sa grande intelligence, son intégrité, son amour de la langue française avait fait de lui un parlementaire remarquable. Sa parole chaleureuse était écoutée sur tous les bancs.

Guy Hermier n'était pas de naissance marseillais mais Marseille l'avait adopté. Jusqu'au bout, cette ville faite de cultures multiples resta fidèle à l'homme de dialogue et

de conviction qu'il était, cette confiance s'affirmant en particulier dans les combats sans concession qu'il mena contre l'extrême droite dans les quartiers nord de Marseille dont il était l'élu. Face aux discours d'exclusion, il fut dans la cité phocéenne un avocat inlassable de l'accès à la citoyenneté, de l'égalité des droits et de l'intégration républicaine.

Le lien très fort tissé au fil du temps avec Marseille avait amené cet authentique fils du peuple à défendre avec force dans cet hémicycle les intérêts économiques et sociaux de sa ville et de sa région, en particulier dans le domaine de la construction navale.

Son souci de la justice conduisit aussi Guy Hermier à épouser la cause de ceux qui inlassablement à Marseille et dans d'autres villes de France plaidèrent pendant des années en faveur de la reconnaissance du génocide arménien. Dès 1998, il déposa une proposition de loi en ce sens. Comme vous le savez, ce long combat a trouvé son aboutissement au début de cette année.

Agrégé de lettres, Guy Hermier était un amoureux de la langue française, de sa poésie et de sa littérature. Cette passion l'amena, en 1980, à être membre d'une commission d'enquête constituée par votre assemblée pour étudier la situation de notre langue. Mais cet attachement à la fois identitaire et esthétique aux mots de notre langue ne le rendait pas pour autant indifférent aux autres expressions linguistiques en usage dans notre pays. Bien au contraire, comme le démontre la proposition relative aux langues de France et aux cultures régionales qu'il déposa en 1986 sur le bureau de cette assemblée.

En la matière, Guy Hermier fut incontestablement un éclaircisseur. Dans une époque de questionnement, de remise en cause et de profonde mutation, Guy Hermier voulut privilégier la réflexion. À partir de l'expérience historique de l'idéal communiste, des espérances déçues, mais aussi des réalités sociales et économiques souvent inacceptables de notre société, il s'essaya, à travers une activité éditoriale abondante, à refonder une perspective de transposition du monde dans le sens de la justice et de la solidarité.

Monsieur le président, monsieur le Premier ministre, mesdames, messieurs les députés, Guy Hermier laisse dans nos mémoires le souvenir d'un homme d'idées, de réflexion et de convictions. Au nom du Gouvernement, je rends hommage au parlementaire exemplaire qu'il a été. À sa famille, je renouvelle nos sentiments de profonde sympathie.

#### Suspension et reprise de la séance

**M. le président.** La séance est suspendue.

*(La séance, suspendue à seize heures vingt, est reprise à seize heures trente-cinq, sous la présidence de Mme Christine Lazerges.)*

**PRÉSIDENCE DE Mme CHRISTINE LAZERGES,**

**vice-présidente**

**Mme la présidente.** La séance est reprise.

## DROITS DES MALADES

### Discussion, après déclaration d'urgence, d'un projet de loi

Mme la présidente. L'ordre du jour appelle la discussion, après déclaration d'urgence, du projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé (n<sup>os</sup> 3258, 3263).

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

M. Bernard Kouchner, *ministre délégué à la santé*. Madame la présidente, madame la ministre de l'emploi et de la solidarité, mesdames, messieurs, j'ai l'honneur et, je ne le cacherai pas, le plaisir de vous présenter aujourd'hui, au nom du Gouvernement, une loi que je pense fondatrice.

Il s'agit en effet d'une loi globale, dont l'objectif est de reconnaître les droits fondamentaux de la personne malade, de garantir la qualité du système de santé et de construire les bases d'une démocratie sanitaire.

Dans notre pays, le premier grand texte de santé publique date de 1902, sous la république triomphante de Waldeck-Rousseau. C'était il y a cent ans.

Plus récemment, de grandes lois hospitalières ont été votées : celle de Robert Debré en 1958, celle de Robert Boulin en 1970, celle de Claude Evin en 1991. Nous avons eu de grandes lois thématiques : celle de Lucien Neuwirth sur la contraception en 1967, celle de Simone Veil sur la libéralisation de l'avortement en 1975, celle encore de Claude Evin, relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme en 1991. Ces lois de santé, monuments législatifs, sont restées célèbres. Elles avaient un objet essentiel mais particulier.

Le texte que nous vous présentons aujourd'hui a l'ambition d'adapter l'ensemble de notre système de santé au monde moderne. Il privilégie les relations contractuelles. Il veut apporter une réponse claire aux besoins des personnes malades et des usagers du système de santé. Il vous propose, un siècle après la loi de 1902, d'ouvrir des perspectives aux politiques de santé publique, de donner à la stratégie des soins la place qui aurait dû toujours être la sienne.

Comment ne pas tenir compte des bouleversements – c'est plus qu'un changement – qui affectent la santé publique ? Comment ne pas voir les révolutions qui traversent la médecine ? Comment ne pas sentir l'anxiété des soignants, exprimée partout, du cabinet libéral aux personnels hospitaliers, des cliniques privées aux praticiens hospitaliers, des services d'urgence au suivi des soins ? Comment ne pas ressentir les aspirations des usagers à une nouvelle relation entre les praticiens et les malades ?

D'où viennent ces transformations ? D'abord, des progrès inouïs auxquels nous assistons dans la médecine et la chirurgie, et ce sera plus encore le cas avec ceux qui vont advenir : je pense à la thérapie cellulaire, à la médecine préventive, à la médecine génomique je pense à cette greffe de cellules chez un malade atteint de la maladie de Huntington que réalisa l'hôpital Henri-Mondor à Créteil ; je pense aux progrès dans le traitement du sida ; je pense au cœur artificiel que nous avons mis au point en

France ; je pense aux nouvelles molécules, onéreuses mais efficaces dans le traitement du cancer ou des rhumatismes.

Deuxième évolution, hélas : la crise de confiance qui couve, la lassitude ou la révolte qu'expriment les professionnels de santé. Je le répète : un malaise hospitalier affecte et secoue l'ensemble du système. Prenons la mesure de cette angoisse, du sens profond des manifestations qui assègent presque quotidiennement le ministère de la santé, avenue de Ségur, alors que le reste du monde voit dans notre pays le meilleur système de santé et que, dans bien des pays voisins ou des contrées lointaines, tant de malades souhaiteraient pouvoir être pris en charge chez nous, dans nos hôpitaux, en ville par nos médecins ou dans nos cliniques.

Ces transformations viennent, troisièmement, du drame du sang qui, plus que toute autre crise sanitaire, nous a démontré que la médecine a ses limites et qu'elle peut, dans certains cas, susciter des dommages très supérieurs à ceux qu'elle essaye de soigner ou d'éviter. L'homme a toujours su que la médecine comportait des risques : le « *primum non nocere* » nous guide depuis Hippocrate. Mais désormais, nous savons que la même faute, la même ignorance, le même archarnement dans l'erreur, peut provoquer des drames en chaîne et toucher des dizaines de milliers de personnes à la fois. L'épidémie peut être iatrogène ; on pourrait parler d'épidémie médicale comme on parle d'épidémie industrielle. Face à de tels drames, la réaction ne peut être que collective. Et personne ne contestera que le Sida a fait naître une nouvelle forme de militantisme sanitaire dont nous avons beaucoup à apprendre, qui a déjà profondément transformé notre culture médicale, modifié nos pratiques, molesté nos certitudes.

Enfin, d'autres crises nous ont rappelé que la santé publique ne peut impunément se réduire au système de soins. Amnésie administrative. Qui se souvient du bureau sanitaire de 1831, ancêtre de notre direction générale de la santé, ballotté entre le ministère de l'intérieur et celui de l'agriculture ou du commerce, qui deviendra bureau de la police sanitaire puis de l'hygiène publique en 1889, en attendant la création, en 1920 seulement, d'un ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociale, première étape d'un ministère de la santé qui n'a, d'ailleurs, toujours pas trouvé sa géographie définitive.

M. Jean-François Mattei. D'accord !

M. le Ministre délégué à la santé. L'alimentation, l'agriculture, l'environnement, voire la sécurité routière, ces problèmes jusque-là sectoriels deviennent des problèmes de santé publique. Toute erreur sur une chaîne de production peut avoir des impacts sanitaires à des milliers de kilomètres de là, comme l'a montré par exemple l'affaire des poulets contaminés par la dioxine. Et comment les vaches sont-elles devenues folles ? Il nous faudra bien un jour répondre à cette question.

Je me souviendrai toujours de Joseph Kessel rentrant d'Afghanistan, il y a plus de trente ans. Il était parti pour le compte de l'UNESCO ; il allait tirer de ce voyage cet admirable roman que sont *Les Cavaliers*, et il m'expliquait : « La santé n'est pas que la médecine : c'est l'état du monde, son alimentation et ses drogues, ses logements et sa criminalité, les bêtes sauvages et l'aventure. » Oui, la santé, c'est bien l'état du monde, aujourd'hui plus qu'hier.

Dans ces conditions, comment endiguer les épidémies, comment soigner, comment prévenir ? Depuis le dénuement thérapeutique, depuis la Libération, date de la nais-

sance de notre cadre de prise en charge, nous avons les antibiotiques, des médicaments et une chirurgie plus efficaces. Nous savons traiter nombre de maladies ou d'accidents, en tout cas intervenir dès l'apparition de l'affection ou du traumatisme. Notre législation et notre système de santé, notre administration, notre code de la santé publique s'organisent autour des soins. Tout converge vers les professionnels.

« Nous ne sommes rien d'autre que des clients de la médecine », disait Michel Foucault en le déplorant. La santé publique et la prise en compte de l'individu sont longtemps restées au second plan. Notre appareil de soins attendait la maladie pour intervenir. Après, seulement après, nos médecins, nos équipements faisaient merveille. Cela doit changer et, de fait, cela change.

Les quatre évolutions que je viens de rappeler ont remis en cause les fondements mêmes de cette tradition et de cette organisation. Elles appellent une redéfinition des priorités : mettre l'individu, la personne, c'est-à-dire le malade ou l'usager, au cœur des préoccupations, au centre de la législation. Tel est le bouleversement essentiel auquel nous devons faire face. Le projet de loi que je présente aujourd'hui a pour finalité profonde de poser les bases de ce rééquilibrage du système de santé.

C'est pourquoi la première ambition du texte que le Gouvernement vous propose est d'inscrire les droits des malades dans notre législation. Jusqu'à présent ces droits, quand ils existaient, relevaient d'une obligation déontologique des médecins. Ils dérivait des règles de l'exercice médical. La loi s'adressait au personnel soignant : les droits ne profitaient aux malades que par rebond. Le nouveau texte s'adresse aux malades. C'est un changement profond, que je qualifierais de philosophique, bien au-delà de l'évolution nécessaire de l'organisation et des soins.

Nous devons passer d'un système de professionnels à un système orienté vers l'individu, et avec des résultats améliorés, donc des personnels médicaux mieux formés, rassérénés, plus disponibles, plus performants.

**M. Marc Laffineur.** Plus nombreux !

**M. le ministre délégué à la santé.** Plus nombreux. Nous nous y employons.

**M. Jean Bardet.** C'est limité !

**M. le ministre délégué à la santé.** Ah vous voilà vous ! *(Rires sur les bancs du groupe socialiste.)*

**M. Jean Bardet.** Merci de m'accueillir ! Vous savez bien que, pour se faire remarquer, il convient d'arriver en retard ! *(Sourires.)*

**M. le ministre délégué à la santé.** Le texte dont vous allez débattre aujourd'hui traite donc aussi bien de l'amélioration de la relation individuelle entre le malade et son médecin, dans la dimension du « colloque singulier », que de celle de l'usager avec le système de santé publique, dans le cadre d'une démocratie sanitaire à bâtir.

Retour à la personne, retour à l'individu malade : c'est ce que nous ont enseigné avec force les états généraux de la santé. Ces états généraux, annoncés par le Premier ministre dès sa déclaration de politique générale du 19 juin 1997, se sont déroulés de l'automne 1998 à la fin juin 1999. J'en rappelle en quelques mots le formidable succès. Plus de 1 000 réunions dans plus de 180 villes différentes ; plus de 200 000 participants, jeunes, vieux, actifs, inactifs, femmes, hommes, adolescents, qui ont tous exprimé la même attente : nous voulons une médecine plus humaine et une politique de santé plus globale, plus lisible.

Il faut nous parler, disaient-ils, nous écouter, nous informer. Nous souhaitons participer, ou du moins comprendre les choix médicaux qui nous concernent. Pour nous, la santé va bien au delà de la médecine : c'est un mode de vie, une solidarité, une conception même de la société. « Gloire aux pays où l'on parle », disait Clemenceau, « honte aux pays où l'on se tait ! » Notre relation avec la médecine doit changer. Nous voulons être considérés comme des personnes, pas comme des maladies. Souvenons-nous de l'ironie de Sacha Guitry : « Il y a des médecins pour soigner le cœur, des médecins pour soigner les dents, des médecins pour soigner le foie, mais qui soigne le malade ? »

Les états généraux de la santé furent en ce sens un remarquable exercice de démocratie, un appel que nous nous devons d'entendre. Prendre en considération ce message, c'était trouver le moyen de traduire en termes législatifs cette nécessaire amélioration de la relation avec le médecin, la médecine, le système de santé. La qualité devient la pierre angulaire du système de soins. Comment concevoir cette qualité si elle ne s'appuie sur la réciprocité de la confiance ?

L'objectif du projet de loi que je vous présente aujourd'hui est de consolider ou de rétablir cette confiance entre les uns et les autres. Pour cela, nous avons choisi pour la première fois de consacrer dans cette loi les droits des personnes malades. Il s'agit, ce faisant, de rééquilibrer la relation médecin-malade pour qu'elle devienne autant la relation malade-médecin que la relation médecin-malade.

**Mme Odette Grzegorzulka.** Très bien !

**M. le ministre délégué à la santé.** Encore les états généraux : « Il faut nous donner les moyens de sortir d'une relation trop souvent paternaliste. Il faut que les médecins admettent qu'ils ont en face d'eux des adultes, des partenaires. Si la maladie ou la menace de la mauvaise nouvelle nous fragilise, nous attendons des professionnels qu'ils nous aident à retrouver les moyens de notre autonomie de décision, de réaction, de survie. » Un malade informé, un malade qui participe à son traitement hâte sa guérison, transforme parfois les pronostics pessimistes.

En matière de droit des malades, la disposition emblématique que propose le texte est l'accès direct au dossier médical. Cette avancée, dont je suis fier et sur laquelle je reviendrai dans un instant, a fait l'objet d'intenses concertations et même d'un colloque organisé par votre assemblée, à l'instigation de Jean-Jacques Denis, que je remercie ici pour son initiative. Le sujet souleva des débats contradictoires et passionnés, à la hauteur des enjeux qu'engendre cette nécessaire modernisation de la relation entre le malade et son médecin.

Dans la formulation que nous vous proposons aujourd'hui, nous avons eu à cœur de tenir compte des positions de chacun, car il n'a jamais été question de légiférer au profit des uns ou aux dépens des autres. Ce n'est pas parce que l'on consacre les droits des patients que l'on prend parti contre les soignants. Au contraire. L'objectif n'est en rien d'alimenter un combat contre le pouvoir médical. Il est de le dépoussiérer, de le rendre plus nécessaire par sa proximité.

A preuve également, la deuxième grande avancée de cette loi : la mise en place d'un système de prise en charge de toutes les victimes des accidents médicaux, y compris des accidents sans faute, c'est-à-dire de l'aléa thérapeutique ou médical.

**M. Marc Laffineur.** Sauf l'hépatite C !

**M. le ministre délégué à la santé.** Cette innovation, sur laquelle je reviendrai là aussi dans un instant, est essentielle pour les deux parties : non seulement pour les victimes d'un accident médical grave, même s'il est sans faute, afin que l'on puisse les aider dignement, mais aussi pour les médecins justement inquiets d'une dérive de la médecine vers une judiciarisation excessive.

A ce sujet, nous ne sommes peut-être pas menacés de cette fameuse dérive dite à l'américaine, mais nous en avons perçu, ici ou là, les prodromes. Nous devons absolument y mettre un terme, sauf à voir la médecine se replier sur une pratique frileuse, défensive, appauvrie de toute initiative parfois risquée mais potentiellement utile pour les patients. Quel médecin continuera de prendre des risques pour un patient si la menace d'un procès pèse trop lourd ou si les primes d'assurance deviennent exorbitantes ?

**M. Jean-Michel Dubernard.** Ça c'est un vrai problème !

**M. le ministre délégué à la santé.** Ici encore, notre message doit être celui de la pédagogie du risque, de l'apprentissage et, de part et d'autre, du risque éclairé.

En médecine – c'est une banalité, encore faut-il la répéter – le risque zéro n'existe pas. Le fantasme d'une société sans risque, qui traversa l'esprit de nos pays nantis, me semble aujourd'hui en recul. Je ne pense pas seulement aux monstrueux attentats du *World Trade Center* mais à la prise de conscience que le risque est inhérent à la vie, y compris le risque médical, et que toute forme de choix comporte un risque. Il n'est pas de thérapie innocente : l'aspirine elle-même peut précipiter une hémorragie mortelle. Mais le risque médical a ceci de particulier que plus les soins sont efficaces, plus ils font surgir un danger, même s'il est peu fréquent. L'augmentation du risque d'aléa thérapeutique est la contrepartie des progrès de la médecine et de sa plus grande efficacité globale. Il faut l'admettre puis mettre en place un dispositif pour le gérer au mieux. C'est ce que propose cette loi.

Je vous ai cité les deux exemples les plus marquants des avancées contenues dans le texte. Il y en a beaucoup d'autres. Elles ont toutes ceci en commun qu'elles visent à renforcer la confiance des uns et des autres dans le système. Tel est le fil rouge de ce projet que j'aimerais maintenant examiner un peu plus en détail avec vous.

Le texte qui vous est soumis comprend trois titres, à mes yeux indissociables. La portée de chacun d'eux dépend en effet de la présence des deux autres. Le premier est relatif aux droits et responsabilités des malades et des professionnels de santé, le deuxième à l'amélioration de la qualité du système et le troisième propose un dispositif unique de réparation des risques sanitaires.

Le titre 1<sup>er</sup> consacre non seulement les droits individuels du malade, mais aussi les droits collectifs des usagers et de leurs associations, et des droits plus collectifs encore, si je puis dire, ceux qui concernent l'élaboration de la politique de santé au niveau régional, puis au niveau national. Nous proposons ainsi les conditions de cette démocratie sanitaire dont je parlais. Ce mot, que d'aucuns jugent pompeux ou inapproprié, doit être défini.

Je sais. Dès les états généraux certains nous ont objecté : nous avons déjà les droits de l'homme, pourquoi ceux du malade ?

Le malade est un homme, un homme ou une femme. Certes, mais les sociétés, vous le savez bien, ne fonctionnent pas comme cela. Il ne suffit pas de proclamer le principe de la dignité humaine pour que celle-ci s'ap-

plique automatiquement au malade d'un cancer face au poids du système médical ou à une personne en fin de vie dans le cadre d'un hôpital. Avez-vous déjà été hospitalisé ? Je l'ai été. Passer de l'autre côté du lit, ne plus être le sorcier en blouse blanche mais le malade anxieux, cela change votre vision du monde. On souffre alors de se sentir, soi ou un de ses proches, diminué, humilié, parce que malade, alité, douloureux, dénudé. N'oublions pas les mots simples mais profonds d'Edouard Zarifian dans *La Force de guérir* : « Un homme n'est pas malade, il devient la maladie. Il se transforme. Intégralement. Il se met à vivre différemment. On ne le regarde pas non plus de la même façon. Il est quelqu'un d'autre ! » C'est pourquoi notre projet réaffirme, dès l'article 1<sup>er</sup>, le droit de toute personne malade au respect de sa dignité. Encore un mot me direz-vous. Donnons lui ensemble un contenu !

Nous pouvons comparer notre entreprise à celle menée depuis longtemps en faveur des droits du travail. L'homme était un citoyen dans l'isolier et la cité, il cessait de l'être en entrant à l'usine. C'est pourquoi le législateur a fait le code du travail. Il a estimé nécessaire d'énoncer, dans un texte particulier, les droits des travailleurs. Ceux-ci découlent du principe des droits de la personne, mais il a fallu les préciser et les situer dans la vie quotidienne des entreprises. Plus récemment, nous avons suivi la même démarche pour les droits de l'enfant.

Pour la santé, nous devons aussi franchir cette étape supplémentaire qu'exigent nos sociétés modernes, complexes et fragiles. Ce projet de loi apporte ainsi l'idée de l'émancipation civique des malades et des usagers du système de santé. Voilà pourquoi la première partie porte l'ambition d'édifier une démocratie sanitaire – expression pompeuse, disent certains – qui compléterait la démocratie politique comme l'a fait la démocratie sociale.

« En votant ce projet – soulignait le Premier ministre, Lionel Jospin – vous allez faire passer à l'âge adulte les relations entre les patients et le système de santé. Je suis fier que nous ayons abouti sur un sujet aussi sensible, qui touche ou peut toucher chacun dans sa vie personnelle. »

A partir de là, nous devons réexaminer l'ensemble de notre système de santé en le considérant du point de vue du malade, de sa souffrance et parfois de son abandon. Bref, nous devons lire la réalité médicale et hospitalière avec les lunettes de la personne et non avec les seules jumelles des médecins.

**Mme Odette Grzegorzulka.** Très bien !

**M. le ministre délégué à la santé.** Les droits individuels du malade, notre législation en formulait déjà certains, mais dans des textes séparés, dispersés et de portée juridique inégale. Le projet que je vous présente aujourd'hui a pour volonté de les rassembler, de les compléter, de les rendre plus lisibles, de les réaffirmer haut et fort. Il tend en particulier à mettre la déontologie des praticiens au service de ces droits au lieu de déduire ceux-ci de règles professionnelles, aussi ancestrales et légitimes soient-elles.

Il rappelle d'abord que le système de santé doit, en toutes circonstances, respecter les droits de la personne : droit à la confidentialité, par exemple, et au respect de la vie privée, si facilement enfreint dans la vulnérabilité que crée la grande maladie. Les soignants alors, tout occupés à leur priorité de guérir, oublient parfois de prendre soin, d'avoir égard.

Droit aussi à la protection contre toute discrimination. Le projet insiste sur ce point. Il affirme que les caractéristiques génétiques ne peuvent fonder une différence ou



hiérarchie entre les hommes. L'enjeu est d'importance. Il est devant nous. Il va aller croissant avec les progrès rapides de la génétique prédictive : discrimination du fait de l'employeur, discrimination du fait de l'assureur, etc. Nous avons déjà constaté l'apparition de ce phénomène aux Etats-Unis. Il devient urgent de légiférer sur le sujet. Je suis heureux que cette disposition figure dans la loi.

Le texte consacre ensuite des droits individuels spécifiques au système de santé. Je souhaiterais m'attarder un instant sur deux d'entre eux : le droit de chacun à prendre les grandes décisions qui touchent sa propre santé, c'est-à-dire notamment le droit réaffirmé à un consentement libre et éclairé ; puis le droit de chacun d'accéder, s'il le souhaite, aux informations médicales qui le concernent, c'est-à-dire le droit d'accès direct au dossier médical. Ces deux dispositions sont essentielles. Elles permettent et préservent l'expression autonome de la personne malade. Au V<sup>e</sup> siècle avant notre ère, le traité de l'école de Cos, *Epidémies*, énonçait déjà : « Le médecin est le serviteur de l'art ; le malade doit s'opposer à la maladie avec le médecin. »

Le consentement ne doit plus être l'acceptation passive d'une décision prise par un autre ; il doit devenir l'expression d'une participation active du malade aux décisions qui le concernent, l'expression de responsabilité sur sa propre santé. La « rencontre singulière » – pour reprendre les mots puissants de Paul Ricoeur – est par essence un temps de responsabilité. Responsabilité du praticien qui accueille, recherche et propose ; responsabilité de l'individu qui confie, apprend et décide.

Quant au droit d'accès du patient aux informations qui le concernent, je commencerai par préciser qu'il contient par principe son corollaire immédiat : le droit de ne pas savoir.

**M. Jean Le Garrec, président de la commission.** Très bien !

**M. le ministre délégué à la santé.** Toute personne malade a autant le droit de savoir que le droit de choisir de ne pas savoir.

Cela posé, revenons au droit d'accès direct au dossier médical. Je vous l'ai dit, ce fut l'une des revendications les plus fortes des malades et de leurs représentants au cours des dernières années, et les états généraux de la santé l'ont une fois de plus confirmé. Cette revendication souligne le changement que nous souhaitons dans la relation de la personne avec la médecine. La passion des controverses qu'elle a suscitées témoigne de la profondeur des changements culturels qui s'opèrent, mais aussi de l'intérêt que suscitent ces évolutions.

Donner droit à l'accès direct, c'est faire le pari de la confiance, vouloir rééquilibrer la relation médecin-malade, la rendre adulte. Le malade aura davantage les moyens de son autonomie et de sa décision. C'est l'aider à garder la maîtrise de son histoire, de sa vie, au moment où ses repères vacillent, l'aider sur le chemin de la guérison.

Certains craignent que l'accès direct multiplie les procès. Les dossiers médicaux contiennent des documents imparfaits, des brouillons, des hypothèses de travail, des notes d'humeur, des interrogations. Il serait facile d'y trouver de quoi alimenter des contentieux.

Je ne le crois pas. Bien des problèmes – et des procès – naissent d'abord d'un déficit d'information et de clarté. En ce sens, l'accès direct supprimera bon nombre des plaintes et des contentieux à l'encontre des médecins. Davantage d'information, cela veut dire davantage d'apaisement.

Certes, l'accès brutal à la vérité peut être douloureux et difficile à vivre pour certains et les malades présumant parfois de leur capacité à connaître leur état. Mais la personne malade est d'abord une personne ; elle est libre, adulte et responsable. C'est à elle d'apprécier ce qu'elle souhaite. L'accès direct, cela ne consiste pas à obliger quiconque à affronter la vérité diagnostique et pronostique s'il ne le désire pas. Cela ne signifie pas non plus que le médecin se retrouverait déchargé de sa mission d'information, de protection et d'accompagnement, bien au contraire.

Devant ces interrogations et ces débats, mes prédécesseurs, Dominique Gillot et Martine Aubry, ont justement choisi le dialogue. La concertation, je vous l'ai dit, a été longue et intense. Elle a duré de longs mois. Nos deux collègues, puis Elisabeth Guigou et moi-même, avons rencontré les organisations professionnelles et syndicales, les associations, les ordres et institutions. Chaque terme du texte qui vous est soumis a été pesé, discuté, affiné avec eux. Je voudrais remercier tous nos interlocuteurs d'avoir œuvré à une formulation qui tienne autant compte des positions des uns que de celles des autres.

Le texte consacre le droit à l'accès direct. Toute personne malade pourra, à sa demande, accéder aux informations médicales formalisées qui la concernent. Il ne sera plus obligatoire de passer par un médecin. Souvenons-nous de Jean Verdier qui affirmait en 1762, dans sa *Jurisprudence de la médecine* : « Les secrets qui sont confiés aux médecins sont des dépôts sacrés qui ne leur appartiennent point. » Mais, afin de limiter les risques de traumatisme ou d'éviter toute interprétation erronée d'informations souvent techniques, le médecin pourra recommander au malade de se faire accompagner par une tierce personne. A lui de suivre ou non cette recommandation. Le médecin de famille ou un membre de l'équipe médicale de l'établissement pourra – si le malade le souhaite – lire et commenter le dossier avec lui. Pour ma part, je souhaite vivement que cela soit ainsi.

Enfin, au chapitre des droits individuels, je voudrais encore citer la disposition qui encadre de manière plus stricte qu'auparavant les modalités de l'hospitalisation sans consentement pour troubles mentaux. Nous avons modifié la liste des critères qui permettent aux préfets de prononcer des hospitalisations d'office : désormais le critère de « la nécessité de soins » sera indispensable et prioritaire. Les critères ressortissant à la sécurité publique, s'ils ne sont pas écartés, seront restreints aux atteintes à l'ordre public présentant un caractère de gravité. Et la refonte de notre système de soins psychiatriques est pour bientôt.

Après avoir consacré les droits individuels des personnes malades, le texte leur crée des droits collectifs, ainsi qu'aux usagers du système. Il institue notamment un statut nouveau pour les associations de malades ou d'usagers qui remplissent certaines conditions d'activité et de représentativité. Il leur reconnaît une place et un rôle dans toutes les instances qui participent à l'élaboration et à la gestion des politiques de santé, ainsi qu'un droit renforcé d'agir en justice.

Enfin, le texte tente de répondre à une question souvent soulevée dans cette enceinte lors des débats sur les lois de financement de la sécurité sociale : celle de la participation de tous à l'élaboration de la politique de santé. Comment évaluer les besoins au plus près du terrain, comment développer une concertation active et constructive entre professionnels et usagers, établissements, organismes d'assurance maladie et pouvoirs publics afin de définir et de mener les programmes de

santé ? Comment fonder et faire vivre une démocratie sanitaire, complément de la démocratie sociale, enrichissement de la démocratie politique ?

Ainsi le projet donne-t-il une place éminente aux régions dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de la santé, comme l'avait souhaité le rapport de votre commission. Pour cela, il institue un conseil régional de la santé, qui se substituera aux instances consultatives actuelles – conférence régionale de santé, CROSS, etc. – et permettra au monde de la santé : professionnels, usagers, organismes d'assurance maladie, de se prononcer collectivement et systématiquement sur la situation sanitaire régionale et les politiques régionales de santé.

Le texte prévoit ensuite, comme préalable à la loi de financement de la sécurité sociale, et à partir de l'analyse des besoins des régions, que le Gouvernement élaborera un projet de politique de santé pluriannuelle. Ce projet sera révisé chaque année et donnera lieu à un débat annuel au Parlement. Elaboration transparente de la politique de santé à partir des besoins des régions, objectifs pluriannuels, révision annuelle ; engagement du Gouvernement sur un projet politique pour la santé et délibération du Parlement : voilà les axes nouveaux de la politique de santé que nous vous proposons. Il s'agit – comme je l'avais indiqué en présentant devant la Conférence nationale de santé en mars 2001 la politique de santé du Gouvernement pour 2001-2002 – d'inverser les priorités, de déduire la politique d'assurance maladie de la politique de santé, et non de faire de celle-ci un codicille de la première, comme y conduisaient les ordonnances de 1996.

Mme Odette Grzegorzulka. Très bien !

M. le ministre délégué à la santé. Le deuxième titre du projet comporte de nombreuses mesures qui visent à améliorer la qualité du système de santé. Là encore ces mesures ont été élaborées longuement par Dominique Gillot en concertation avec les responsables.

Mesures indispensables : le droit à la protection de la santé passe par la compétence des professionnels, leur formation, leur travail en réseau, le développement de la prévention. Notre relecture, centrée sur le malade, ses demandes et ses besoins, mène à une nouvelle organisation du système, en tout cas à une réforme de son organisation. Ainsi se complètent et s'articulent logiquement les titres I<sup>er</sup> et II du projet de loi.

Les dispositions contenues dans le titre II tendent tout d'abord à garantir les compétences des professionnels. Le texte vise par exemple à permettre aux préfets de suspendre un praticien dangereux ou d'encadrer celles des activités de chirurgie esthétique qui se déroulent hors de tout contrôle sanitaire. Il crée pour cela un système d'autorisation pour les structures de chirurgie esthétique.

Dans le même esprit, l'ANAES se voit confier explicitement, en plus de sa mission d'évaluation des stratégies et des actes de prévention et de soins, une mission nouvelle d'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire, et notamment d'évaluation des pratiques professionnelles en médecine de ville.

Le texte affirme, par ailleurs, l'obligation de formation médicale continue. Il réforme le dispositif actuel, qui était inapplicable, et étend ses dispositions à l'ensemble des médecins, qu'ils soient libéraux, hospitaliers ou salariés d'autres organismes que l'hôpital.

Le projet modernise profondément les ordres des professions médicales, en créant des chambres disciplinaires indépendantes des structures administratives et présidées

par un magistrat. Il permet ainsi au patient d'être partie dans les procédures administratives. Il garantit les droits des plaignants en assurant un fonctionnement transparent des juridictions disciplinaires.

Il crée un office des professions paramédicales, structure interprofessionnelle. Pour les cinq professions essentielles que sont les infirmiers, les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures podologues, l'office remplit des fonctions disciplinaires, administratives et professionnelles. Il est destiné aux seuls professionnels qui exercent dans un cadre libéral, les salariés étant par ailleurs soumis à des procédures propres à leur secteur d'activité.

Le texte pose, pour la première fois, les bases d'une politique de prévention globale et cohérente. Ces dispositions essentielles sont attendues depuis des dizaines d'années, depuis la création d'une assurance maladie organisée autour des soins. Le projet de loi prévoit ainsi l'organisation et le financement de la prévention. Tous les actes qui y concourent, de l'éducation pour la santé aux différents types de dépistage, seront désormais développés de façon coordonnée : un comité technique national de la prévention réunira tous les acteurs nationaux de la prévention, de l'assurance maladie à la direction générale de la santé, de la médecine du travail à la médecine scolaire, de la protection maternelle et infantile aux grandes associations.

Enfin et surtout, les programmes prioritaires de prévention seront financés sur le risque maladie, comme les soins. Je considère en effet que la prévention est partie intégrante de la santé et qu'à ce titre l'assurance maladie doit la financer. Combien de fois avons-nous dit ici, au Parlement, combien de fois avez-vous dit : « 13 000 francs pour les soins, 20 francs pour la prévention ! ». Cela doit changer.

M. Jean Le Garrec, *président de la commission*. Très bien !

M. le ministre délégué à la santé. Nous souhaitons transformer le Comité français d'éducation pour la santé en un Institut national de prévention et de promotion de la santé.

M. Jean Le Garrec, *président de la commission*. Voilà !

Mme Odette Grzegorzulka. Excellent !

M. le ministre délégué à la santé. Cet institut sera un lieu d'expertise en matière de prévention. Il sera aussi opérateur des programmes prioritaires de prévention définis par le ministère de la santé, comme des autres programmes de santé publique. Ainsi servirons-nous le développement de l'éducation pour la santé, souhaité par tous, et qui fait l'objet d'un plan national que nous avons mis en place en début d'année.

Enfin, si vous me permettez ce clin d'œil après un déjà long discours, le temps n'est plus aux seules « pratiques solitaires ». (*Rires*) Le texte donne une base légale aux réseaux de santé et favorise leur développement, car il nous faut absolument renforcer leur rôle dans le système. La prise en charge se doit d'être plus continue et mieux coordonnée entre la ville et l'hôpital, le système de soins et le système médico-social. Il y a beaucoup à faire. Seuls les réseaux sont capables de donner corps à la demande légitime et forte de la population. En alliant la prévention, l'éducation à la santé et l'accès aux soins, en articulant la contribution des différents acteurs et des professionnels, nous avons déjà mené des expériences très intéressantes hors de tout cadre juridique. Je souhaite que

l'on prenne les dispositions législatives nécessaires pour donner un cadre juridique clair à de telles expériences et garantir leur financement dans la durée.

Le titre III du projet de loi inclut deux dispositions capitales : l'une vise à consolider le dispositif conventionnel que nous venons de mettre en place pour faciliter l'accès à l'assurance de toute personne présentant un risque de santé aggravé ; l'autre met en place un système, unique au monde, d'assistance aux victimes d'accident médical.

Nous voulons, Elisabeth Guigou et moi, que les personnes frappées par la maladie, même durement, ne soient plus comme aujourd'hui privées d'assurances pour les emprunts indispensables à l'acquisition de biens nécessaires à la vie de tous les jours : appartement, voiture, ordinateur, etc. Nous savons que pour se soigner, ou pour continuer à combattre la maladie, il est indispensable de continuer à mener une existence aussi normale que possible. Rien ne justifie le refus définitif d'un prêt ordinaire à la consommation pour seule raison de santé. Après plus de deux ans de discussion, les associations de malades et de consommateurs, les banques, les assureurs et l'Etat viennent de signer une convention en ce sens. Notre projet de loi encadre ce dispositif conventionnel et assure sa pérennité.

Quant au système que nous proposons en matière d'assistance aux victimes d'accident médical, il ne comporte, à notre connaissance, aucun équivalent dans les législations comparables. Les dispositifs suédois et danois, qui sont sans doute à ce jour les plus complets et les plus proches, ne couvrent pas complètement l'aléa thérapeutique ni, dans la plupart des cas, les accidents dus à des produits de santé. Je crois que nous débattons aujourd'hui de la première disposition législative au monde qui s'appliquera quel que soit le risque, qu'il soit dû à un produit de santé, à un médicament, à un acte chirurgical ou à un acte d'investigation et de prévention. Ce sera la même procédure, que l'incident ou l'accident se produise dans un hôpital, une clinique ou un cabinet libéral. Telle que nous l'avons conçue, la loi permet l'indemnisation de tous les accidents graves, avec ou sans faute, évitables ou inévitables, sur la base de la solidarité quand la responsabilité n'est pas en cause.

Nous répondons ainsi à une demande populaire extrêmement profonde. Prenons le risque médical tel qu'il est vécu aujourd'hui. Vu par le médecin, c'est un risque statistique et peu fréquent ; vu par la personne, c'est un risque individuel parmi les plus graves, puisqu'il atteint le corps, voire la vie. Si l'accident médical me frappe, ce n'est plus un chiffre : 1, 2 ou 3 % de malchance ou d'erreur ; pour moi, c'est du 100 % ! Comment pouvons-nous réexaminer le risque à travers ce prisme : le considérer du point de vue de celui chez qui il survient, et non plus du point de vue de l'observateur, même si celui-ci est un accompagnant ou un soignant ?

Notre vision du risque se transforme : elle est liée à l'évolution des sociétés. Celles-ci ont pris peu à peu en charge les risques les plus évidents. Cela a commencé par celui de l'accident du travail - c'est la loi du 9 avril 1898, puis sont venues l'assurance maladie, l'assurance vieillesse... On s'assure de plus en plus, sur ses biens, sur sa vie, on assure même les études de ses enfants.

Il est donc normal que l'on ne tolère plus l'accident médical, la catastrophe individuelle qui ruine une vie. L'indemnisation du drame médical, que celui-ci relève ou non d'une faute, devient une attente essentielle de la

population, relayée par l'évolution récente mais spectaculaire de la jurisprudence, qu'elle soit de l'ordre administratif ou de l'ordre judiciaire.

Laissez-moi évoquer devant vous les principales étapes de cette évolution.

9 décembre 1988 : dans son arrêt Cohen, le Conseil d'Etat affirme la présomption d'imputabilité pour les infections nosocomiales. Cela veut dire qu'en cas d'infection contractée par le malade à l'hôpital, il incombe désormais à l'hôpital de démontrer qu'il n'est pas fautif, et non au malade de démontrer la faute de l'hôpital. L'indemnisation de la victime devient bien plus facile.

10 avril 1992 : le Conseil d'Etat ouvre l'accès à l'indemnisation pour la faute médicale simple. Jusque-là, il fallait une faute médicale lourde pour être indemnisé.

Toujours au Conseil d'Etat, le 9 avril un arrêt fondamental, historique, l'arrêt Bianchi. Pour la première fois, on décide d'indemniser l'accident sans faute. M. Bianchi était entré à l'hôpital pour une artériographie, diagnostic de routine. Il en ressortit tétraplégique. L'accident est gravissime. M. Bianchi restera invalide à vie.

Pourtant, il n'y a eu aucune faute médicale. Mais le juge décide que l'extrême gravité du préjudice subi est indubitablement liée à l'acte médical. Il estime que l'établissement doit, au titre de l'égalité devant les charges publiques - c'est-à-dire en fait au titre de la nécessaire solidarité devant les dommages non fautifs résultant du fonctionnement du service public -, indemniser les conséquences catastrophiques de cet accident pour la victime. Le risque de survenue du drame était minime. Il représente la contrepartie des bienfaits de la technique pour la très grande majorité des patients, et donc pour la société en général.

J'en viens à la Cour de cassation. La tendance de la jurisprudence a été la même :

29 juin 1999, la cour conclut à une obligation de sécurité en matière d'infection nosocomiale. Elle ne fonde pas sa décision, comme le conseil, sur la présomption d'imputabilité mais sur l'obligation de sécurité. Peu importe, le résultat est le même pour la victime. On peut désormais être indemnisé en cas d'infection nosocomiale, même si le médecin, l'hôpital ou la clinique n'ont pas commis de faute, c'est-à-dire si l'infection était d'une certaine manière inévitable.

Quelques mois plus tard, le 9 novembre 1999, la Cour de cassation reconnaît pour la première fois une obligation de sécurité en ce qui concerne le matériel utilisé pour l'exécution d'un acte médical. On peut désormais indemniser sur ces bases la victime d'un accident iatrogène.

Parallèlement, la Cour de cassation par son arrêt du 7 octobre 1998, puis le Conseil d'Etat, le 5 janvier 2000, jugent que tout défaut d'information à l'égard du patient, même en ce qui concerne des risques exceptionnels, est indemnisable dès lors qu'il y a préjudice. En outre, la Cour comme le Conseil d'Etat décident d'inverser la charge de la preuve : c'est désormais au médecin de prouver qu'il a informé le patient, et non au patient de prouver qu'il n'a pas été informé.

Mais face à l'aléa, la Cour de cassation rappelle, le 8 novembre 2000, qu'en l'absence de base législative on ne peut indemniser une victime d'aléa thérapeutique s'il n'y a ni manquement ni faute.

L'évolution de cette jurisprudence présente donc une double caractéristique. D'abord, elle tend à protéger davantage les personnes, elle garantit de plus en plus leur

indemnisation. Ensuite, elle devient tellement protectrice, tellement évolutive, tellement mouvante que – même si elle demeure cohérente – elle finit par déstabiliser le système de santé. Les médecins s'inquiètent, les usagers s'interrogent sur leurs droits devant le tourbillon des jurisprudences.

Au total, la crainte de cette dérive à l'américaine, où tout se termine en procès, s'installe dans le cœur des gens bien que, comme je l'ai déjà dit, nous en restions fort loin.

Face à des règles aussi mouvantes et à une demande sociale aussi forte, il devient indispensable que le législateur intervienne. Tel est le sens de ce projet de loi : définir une règle générale, marquer les principes fondamentaux.

Je voudrais également insister sur le fait que, tout en étant favorable aux malades, ce dispositif protège aussi les médecins. Il rend en quelque sorte malades et médecins solidaires face au risque d'aléa. Il n'oublie pas l'enseignement des contemporains d'Hippocrate énoncé dans *L'Ancienne médecine* : « Si l'art de la médecine n'existait absolument pas ? [...] c'est le hasard qui régirait en totalité le sort des malades. » Le projet de loi fixe d'abord le droit ; il pose une règle légale, claire, précise et protectrice. Il propose ensuite un nouvel équilibre entre les droits des malades d'un côté et les responsabilités des médecins de l'autre. Enfin, il établit un système d'indemnisation pour tous les cas où l'intervention médicale ne se passe pas comme prévu, y compris du fait d'un aléa.

La procédure mise en place est une procédure amiable de règlement des litiges en cas d'accident. Toute personne s'estimant victime d'un accident médical pourra y accéder, via une commission régionale, quelle que soit l'origine du dommage – acte médical ou produit de santé – et quel que soit le lieu où il s'est produit – hôpital, clinique, cabinet médical.

Je tiens à souligner le rôle de la commission régionale dans cette procédure. Son avis permettra à la victime, comme aux professionnels de santé, de connaître les causes de l'accident et l'importance du dommage. Pour cela, le projet réaffirme les principes de la responsabilité médicale, notamment l'obligation de moyens, et rénove l'expertise médicale.

La commission aura donc un rôle pédagogique d'explication du risque et de ses conséquences, de garant de la transparence de fonctionnement du système. Il est important que la décision d'indemnisation se fasse dans la clarté et que chacun puisse la comprendre. Tel est l'un des rôles les plus importants de la commission – c'est peut-être même le plus important. Il ne suffit pas de soulager les attentes financières : ce dispositif a aussi pour objet de favoriser un retour essentiel à la confiance entre le médecin et le malade.

La procédure, dès lors que le préjudice présente une certaine gravité, conduira à une offre d'indemnisation. Celle-ci, si la victime l'accepte, mettra fin au litige dans la plupart des cas en moins d'un an – je vous rappelle qu'actuellement les procédures durent de quinze à vingt ans. Il s'agit de mieux indemniser en ayant moins recours au juge.

Le texte ouvre un droit général à indemnisation en cas d'aléa thérapeutique à la seule condition que le préjudice présente un caractère de gravité suffisant. Bien sûr, les victimes pourront invoquer directement ce droit devant les juridictions. La loi crée un Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales. C'est lui qui versera les

indemnités en cas d'aléa thérapeutique, qu'elles résultent d'une transaction consécutive à un avis de la commission ou d'une décision d'une juridiction de l'ordre administratif ou judiciaire.

L'assurance maladie financera le dispositif. Le coût global peut en être évalué à une somme comprise entre 1 milliard et 1,5 milliard de francs en régime de croisière, incluant les frais d'expertise et de fonctionnement.

« Croyons-nous que l'on puisse briser la longue chaîne des souffrances humaines ? » demandait, avant sa mort tragique, Jonathan Mann, professeur à Harvard, artisan de la lutte contre le sida, partout et surtout chez les plus pauvres. Il poursuivait : « Pionniers de la santé publique à la lisière de l'histoire humaine, nous affirmons que le passé ne détermine pas inexorablement l'avenir. »

En d'autres termes, cela signifie que les droits de l'homme déterminent pour une large part le bien-être physique, mental et social. Ils ont aussi des conséquences, directes ou indirectes, sur la santé. La protection et la promotion des droits de la personne ne sont pas dissociables de la protection et de la promotion de la santé publique.

C'est en ce sens que nous ne progresserons plus sans l'engagement de tous, soignants, patients et usagers, dans le traitement des maladies qui les concernent comme dans l'effort de prévention auquel nous nous sommes attachés depuis plusieurs années.

Voilà pourquoi le texte que je vous présente aujourd'hui au nom du Gouvernement peut se résumer en trois grands principes solidaires : transparence, responsabilité et, surtout, confiance.

Commençons par la transparence – je lui préférerais d'ailleurs le mot clarté tant celui de transparence a été galvaudé depuis quelques années, jusqu'à couvrir quelques turpitudes. Imposons cette clarté dans le fonctionnement même du système de santé : il n'y aura pas de démocratie sanitaire dans la confusion, l'obscurité, le secret, encore moins dans le silence. L'efficacité de notre médecine doit nous inciter à en affronter les limites. Les choix de la politique de santé, les décisions d'investissement des structures hospitalières, les conditions d'admission au remboursement des médicaments comme des actes de la nomenclature doivent être explicités, débattus, assumés. Il ne peut y avoir de gestion en catimini dans un système de santé moderne, adulte et coûteux.

Établissons cette clarté pour les soins, singulièrement par l'accès au dossier médical et par l'obligation d'informer. C'est aussi en parlant clair que nous établirons une pédagogie du risque, et du risque assumé par le patient en toute connaissance de cause. Le personnel de santé, de son côté, verra clairement les règles nouvelles et anciennes qui encadrent et soutiennent son action.

Établissons aussi cette clarté dans les procédés d'indemnisation. Savoir ce qui s'est passé, telle est la première et si légitime demande des victimes. Ce projet a l'ambition de les écouter et de leur répondre. Ainsi pourrions-nous prévenir les contentieux, apaiser les relations du malade et du médecin en cas d'accident, clarifier et distinguer ce qui relève de la faute et ce qui résulte de l'aléa.

J'en viens à la responsabilité. A travers les révolutions que connaissent la science comme notre système de santé, il ne saurait y avoir de médecine responsable qui ne s'interroge régulièrement sur ses pratiques, sur le sens, la pertinence, l'humanité des prises en charge et, parfois doucement, de leur poursuite.

« L'acte médical est par nature un acte de responsabilité », disait Didier Sicard. Il l'est pour le professionnel, comme l'affirme le serment d'Hippocrate. Il doit pouvoir l'être aussi pour le malade, qui prendra sa décision en toute connaissance de cause.

Responsabilité, enfin, de la personne bien portante, qui choisit son mode de vie, les risques qu'elle court, qu'elle accepte ou qu'elle refuse, et les efforts de prévention qu'elle fait ou ne fait pas. Pédagogie toujours nécessaire du risque moderne, dont nous sommes en charge.

Je terminerai par la confiance. Comment ne pas voir que cette confiance a été bien malmenée au cours des dernières années ? Nous avons pour tâche urgente, de la rétablir. C'est bien sûr grâce à la clarté du fonctionnement, à la fois individuel et collectif, que les malades et les usagers abandonneront leurs suspicions et leurs craintes.

La confiance du personnel médical est tout aussi indispensable. Nous la gagnerons non seulement, là aussi, par l'information la plus large, la netteté des règles établies et le dialogue tant avec les patients qu'avec les pouvoirs publics mais également par des efforts financiers de la collectivité nationale. Nous le savons tous.

C'est dans cet état d'esprit que le projet de loi veut ouvrir la voie d'une démocratie sanitaire. C'est dans cet état d'esprit que je vous propose d'engager ce débat longtemps espéré.

Il y a un siècle, en 1902, malgré le vote de la première grande loi sanitaire dans notre pays, et malgré un fort courant hygiéniste, la politique de santé se heurta à l'indifférence des élus et de l'opinion. Je sais qu'il n'en sera pas de même aujourd'hui.

Je me souviens avec émotion de mon maître Paul Milliez qui me disait : « Rien de plus puissant que le progrès thérapeutique, rien de plus engagé que cette neutralité médicale. Au fond, rien de plus politique que la médecine ». (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste, du groupe communiste et du groupe Radical, Citoyen et Vert.*)

**Mme la présidente.** La parole est à M. le rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales pour l'ensemble du projet et les titres III et IV.

**M. Claude Evin, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales pour l'ensemble du projet et les titres III et IV.** Monsieur le ministre, les droits des personnes malades se sont en effet progressivement affirmés au cours de ces dernières années. Vous venez de rappeler les textes qui ont permis cette évolution. Je souhaite y ajouter deux éléments : d'une part, le rapport du Conseil économique et social, cette troisième assemblée constitutionnelle qui, en 1996, avait éprouvé le besoin de formuler un avis recommandant que l'ensemble de ces droits puissent être rassemblés dans un même texte et à laquelle vous donnez aujourd'hui satisfaction ; d'autre part, le rapport demandé par Mme Gillot à M. Etienne Cagnard dans le prolongement des états généraux de la santé qui aura lui aussi marqué l'histoire de la prise en compte des droits des usagers du système de santé et de la reconnaissance des associations.

Comme vous l'avez dit, monsieur le ministre, une nouvelle citoyenneté s'affirme depuis quelques années. Je voudrais ici rendre hommage aux associations d'usagers du système de santé qui ont progressivement pris leurs responsabilités au sein des conseils d'administration des hôpitaux publics, jusqu'à être devenus aujourd'hui de véritables interlocuteurs des pouvoirs publics. Ce sont les porte-parole des malades.

Avec mes collègues Bernard Charles et Jean-Jacques Denis, nous aurons l'occasion de présenter plus précisément les trois principaux titres de ce rapport. En introduction, je voudrais simplement insister sur le fait que les droits des personnes malades sont tous fortement imbriqués.

Le premier droit d'une personne malade est de pouvoir accéder aux soins. A cet égard, nous sommes nombreux sur ces bancs – je l'espère en tout cas – à souhaiter maintenir un système de sécurité sociale fondé sur la solidarité afin de permettre à chacun de nos concitoyens de se faire soigner en toute équité.

Le deuxième droit du malade – ne voyez pas toutefois une sorte de hiérarchie dans cette présentation, c'est simplement pour la commodité du propos – est d'avoir accès à des soins de qualité. Cette qualité du système de soins qui est contenue dans le projet que vous nous présentez aujourd'hui s'inscrit dans le prolongement d'un certain nombre de textes que le Gouvernement nous a déjà soumis depuis le début de cette législature – accréditation pour les établissements de santé, évaluation des pratiques médicales pour les médecins libéraux, mise en place des agences de sécurité sanitaire.

Les mesures que vous nous présentez aujourd'hui s'inscrivent complètement dans le prolongement de cette volonté déjà affirmée de garantir un système de santé de qualité. Nous allons consacrer les droits de la personne dans le système de santé. Il s'agit de rééquilibrer les relations entre les malades et les professionnels, plus particulièrement entre les malades et les médecins.

Il est bien loin – et heureusement ! – le temps où le professeur Louis Portes, ancien président du conseil national de l'ordre des médecins, à l'Académie nationale de médecine, dans les années cinquante, parlait du malade comme d'un enfant, comme d'un jouet, dont effectivement il n'était pas nécessaire de tenir compte, car il était dénué de tout discernement.

L'évolution des relations entre les médecins et les malades ont fortement tendu à faire disparaître ce type de comportement, même s'il reste encore du chemin à parcourir pour parvenir à ce rééquilibrage total des relations entre celui qui est censé savoir, le médecin, et celui qui ne saurait pas, le malade. Le projet que vous nous présentez tend précisément à rééquilibrer le droit à l'information, le droit au consentement et le droit d'être traité dans la dignité.

Il n'aurait donc pas été imaginable d'aborder la question des droits des personnes malades sans traiter celle de l'indemnisation des accidents médicaux. C'est en 1964, je crois, que la question a été posée pour la première fois lors d'un congrès international, dans le cadre d'une communication. Depuis plus de trente ans, pas moins de cinq rapports officiels ont été demandés par des gouvernements de couleur politique différente, ce qui montre bien que la préoccupation est largement partagée sur les bancs de cette assemblée. Plus de quinze propositions de loi ont été déposées par tous les groupes politiques de l'Assemblée nationale comme du Sénat afin de répondre au souci exprimé à la fois par les victimes et les professionnels de santé.

Qu'entend-on par accidents médicaux ?

Il arrive, alors que rien ne le laissait prévoir, que lors d'une intervention, d'un traitement, la situation d'un patient s'aggrave pour des raisons qui n'ont strictement rien à voir avec l'évolution naturelle de la maladie.

L'accident médical, c'est souvent le revers d'une médecine toujours plus efficace. Vous avez évoqué, monsieur le ministre, le drame du sang contaminé, mais la prise de conscience avait même précédé ce drame. Il est devenu insupportable qu'une personne qui s'adresse au système de santé pour être soignée voie sa situation aggravée après un traitement, pour des raisons qui n'ont strictement rien à voir avec l'évolution naturelle de la maladie.

Or l'état actuel du droit ne permet pas aux victimes déjà fortement atteintes dans leur corps de répondre à leur demande d'indemnisation, à leur demande de prise en compte du drame supplémentaire qu'elles vivent.

L'évolution du droit de la responsabilité a été différente en jurisprudence administrative et en jurisprudence civile. De ce fait, la prise en compte d'un même type de préjudice, d'accident sera différente selon que la victime a été traitée à l'hôpital public ou dans une clinique privée. Une iniquité s'est donc progressivement affirmée.

Vous faisiez allusion tout à l'heure, monsieur le ministre, à juste titre, à l'évolution de la jurisprudence, mais on sait très bien que l'évolution de la jurisprudence administrative, avec l'arrêt Bianchi, est bien loin de répondre, s'agissant des accidents intervenus à l'hôpital public, à l'ensemble des problèmes auxquels sont confrontés les usagers du service public de santé.

Quant aux victimes d'accidents survenus dans les cliniques privées, après déjà certaines évolutions, la Cour de cassation a, en novembre dernier, définitivement arbitré, si je puis dire, sur le fait qu'il n'était pas possible, dans le cadre du droit contractuel, d'indemniser l'aléa thérapeutique.

Il est donc nécessaire que le législateur intervienne. Vous nous proposez un mécanisme car la situation est totalement insatisfaisante tant pour les victimes – je viens de le montrer et vous l'avez indiqué avant moi – que pour les professionnels de santé qui ont eu de plus en plus le sentiment d'avoir une épée de Damoclès au-dessus de leur tête, la Cour de cassation essayant de trouver la faute pour pouvoir justifier de l'indemnisation. Même si la forte inquiétude ressentie par les professionnels de santé est sans doute hypertrophiée au regard de la réalité des préjudices, tant le nombre d'accidents rapporté au nombre d'actes médicaux reste limité, il n'en demeure pas moins qu'il faut la prendre en considération.

Vous nous proposez aujourd'hui, monsieur le ministre, un projet novateur visant à définir clairement la responsabilité pour faute et la responsabilité sans faute, sans exonerer les professionnels de leur responsabilité et en permettant aux victimes d'accéder aux procédures de droit commun si elles le souhaitent. Vous leur facilitez l'accès à la réparation grâce à la création d'un guichet unique à travers les commissions régionales. Vous permettez surtout, et c'était le problème essentiel, que soit prise en compte la réparation de l'aléa médical, c'est-à-dire de l'accident non fautif.

Le dispositif que nous mettrons en place s'appuiera sur la solidarité. Nous répondrons là à un désir des victimes, à une juste aspiration de voir reconnu ce droit à réparation qui l'est déjà pour d'autres préjudices. Nous répondrons aussi à l'inquiétude des professionnels de santé.

Nous aurons à l'issue d'une législature qui a déjà vu, comme je l'ai rappelé, l'adoption d'un certain nombre de textes, un dispositif qui était attendu depuis de très nombreuses années et que l'actuel gouvernement aura permis de mettre en application. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste et du groupe communiste.*)

**Mme la présidente.** La parole est à M. le rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour le titre I<sup>er</sup>.

**M. Jean-Jacques Denis, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour le titre I<sup>er</sup>.** Ce projet de loi tant attendu arrive à la satisfaction générale – comme en témoignent les nombreuses auditions que chacun de nous a pu mener ainsi que les travaux de la commission – après de nombreux colloques, de nombreux rapports, dont celui de Claude Evin, membre du Conseil économique et social, ainsi qu'à la suite des travaux menés par les états généraux de la santé que vous avez initiés, monsieur le ministre, avec le succès et les résultats que l'on connaît.

Je tiens à saluer ici Mme Gillot qui a su continuer le travail engagé et qui nous permet aujourd'hui de débattre de ce texte.

Il arrive bien tard, diront certains, mais les nombreuses avancées qu'il comporte le justifient à elles seules. Si retard il y a, ce n'est pas dans la limite de la législature qu'il se mesure mais plutôt à l'échelle des attentes des personnes concernées, et je ne ferai pas allusion à la fresque historique qui a été retracée ici.

Les avancées de ce texte sont considérables : droits des malades bien sûr, volonté d'écarter toutes les discriminations dans l'accès aux soins, notamment génétiques, introduction des usagers à divers niveaux de décision dans l'élaboration de la politique de santé – la santé publique et la prévention s'en trouveront donc renforcées – indemnisation des accidents médicaux, autre partie majeure, défendue par Claude Evin, de ce texte qui s'en trouve ainsi très équilibré.

Il rassemble et renforce des droits dispersés jusqu'à présent dans différents règlements, lois, chartes, déclarations et jurisprudences.

Les droits fondamentaux de la personne malade, déclinés ici, peuvent s'énumérer ainsi : droit à l'information et au secret des informations – le secret médical, renforcé dans cette loi, reste le fondement intangible de la relation entre le malade et son médecin – droit au consentement, droit au respect de la dignité, droit à l'accès à des soins adaptés et de qualité. Tels sont les éléments majeurs du titre I<sup>er</sup>.

Ce titre conforte et précise ces droits en les inscrivant en un ensemble cohérent dans le code de la santé publique. Il convient ici de préciser que les droits des malades, c'est aussi le droit à l'accès aux soins et c'est le résultat d'une protection sociale universelle et de qualité. En ce sens, la CMU constitue une avancée considérable.

Mais, prendre la véritable mesure de ces droits suppose aussi de les confronter à la réalité des pratiques quotidiennes. A l'hôpital, comme dans les cabinets médicaux, l'exercice par les malades de leurs droits se heurte parfois à des incompréhensions ou des méfiances. La question de l'accès à l'information, et plus particulièrement celle de l'accès direct du patient à son dossier médical, est en effet un sujet délicat sur lequel se sont cristallisés les débats.

En réalité, la garantie effective des droits des malades passe d'abord par l'appropriation de la réflexion sur ce sujet par les professionnels de santé. A ce titre, j'ai déposé un amendement, accepté en commission, qui vise à contribuer à la diffusion d'une culture démocratique chez les soignants, que renforce aujourd'hui ce projet de loi. Si certaines instances tels l'ARH, l'ANAES ou le Conseil consultatif national d'éthique ont pour mission de

conseiller, d'encadrer, d'évaluer les pratiques, il semble toutefois judicieux de soutenir une pédagogie visant à renforcer la responsabilité des professionnels.

Les situations rencontrées étant toujours spécifiques, les réalités du soin demandent bien souvent une qualité de discernement et d'argumentation qui relève directement de la valeur de la concertation menée au sein des équipes, en relation avec la personne et ses proches.

L'hôpital se doit donc d'afficher et d'affirmer une exigence significative dans les domaines de l'éthique. Il y va non seulement de ses missions, mais aussi du fondement de sa légitimité dans un contexte où de nouvelles formes de médiation s'imposent.

Cet amendement encourage le développement, au sein des établissements, d'instances de réflexion sur les questions éthiques que posent l'accueil et la prise en charge des malades.

Préalablement à cette loi, il me semble également opportun de rappeler ici que si les patients ont des droits, ils ont aussi des devoirs...

M. Jean Le Garrec, *président de la commission*. Très bien !

M. Jean-Jacques Denis ... notamment, ceux d'informer complètement le médecin sur leurs antécédents médicaux quand ceux-ci sont utiles au diagnostic et au traitement, de ne pas pratiquer d'errance médicale, mais aussi et surtout de ne pas adopter un comportement inconscient lorsqu'ils se savent porteurs de maladies transmissibles parfois mortelles. Ce texte ne vise pas à exonérer les malades de toute responsabilité et ne supprime pas, vous l'avez évoqué, les droits des médecins.

Enfin, concernant les droits nouveaux, il m'a semblé utile de proposer un amendement visant à assurer la scolarisation des enfants hospitalisés.

Si le dossier médical est probablement la mesure la plus attendue, la plus emblématique, avez-vous dit, monsieur le ministre, de ce titre I<sup>er</sup>, celui-ci concerne aussi le devoir d'informer et d'obtenir le consentement libre et éclairé du patient.

Comme l'ont souligné lors de leur audition les représentants du Conseil national de l'ordre des médecins, dont le nom changera probablement au cours de l'examen de ce texte – nous avons évoqué le terme de collègue –, la majeure partie des litiges entre les professionnels de santé et les usagers résulte d'une incompréhension entre le malade et le praticien. C'est donc la judiciarisation de la médecine que l'on veut éviter ici ou, du moins, contenir. Le titre III, qui traite de la réparation des accidents médicaux, répond également à cette préoccupation.

La question de l'information du malade, qui le concerne dans ce qu'il y a de plus personnel, à savoir son corps et sa santé, est très vivement ressentie par les usagers du système de santé. La plupart des personnes auditionnées dans le cadre de la préparation de ce texte attribuent à un manque important d'information sur la maladie, le traitement ou ses conséquences les causes du dysfonctionnement dont elles ont été victimes. Il était nécessaire d'y remédier.

Le projet de loi vise donc à réduire, sinon à supprimer, les limites pratiques de l'accessibilité aux données médicales. Le récent rapport de l'IGAS a en effet mis en évidence les difficultés que pouvaient rencontrer les patients pour accéder aux données médicales les concernant. Ces difficultés tiennent, d'une part, à la multiplication des pratiques, source de complication, et, d'autre part, au contenu du dossier dont la conception est variable selon

les établissements, voire selon les services. L'IGAS relève d'ailleurs que les cas où les dossiers sont relativement bien organisés ne sont pas majoritaires. L'ANAES souligne de son côté la corrélation entre la tenue des dossiers et l'organisation des services.

La qualité variable des dossiers médicaux est une préoccupation exprimée par un grand nombre de personnes auditionnées. Toutefois, tous s'accordent à dire que le droit d'accès direct au dossier, reconnu par le projet de loi, constituera une forte incitation à en améliorer la qualité.

Il est utile de signaler qu'un grand nombre d'établissements mettent en place des groupes de travail pour réfléchir à la constitution d'un dossier médical unique, afin de pouvoir conserver toutes les pièces utiles à la santé d'un malade.

Des amendements concernant l'accès au dossier ont été déposés. Ils visent à réduire le délai de consultation à huit jours et à la rendre gratuite. La demande des usagers est forte et s'exprime à une écrasante majorité. Un sondage IPSOS fait apparaître que 70 % des personnes interrogées considèrent l'accès direct à l'ensemble des informations concernant leur santé comme « primordial » et que 27 % le jugent « souhaitable ».

Le principe de l'accès direct ne va pas sans susciter des réticences chez les professionnels de santé, qui mettent en avant le risque encouru par le malade lui-même confronté brutalement à la gravité de certaines affections et à la technicité des termes employés. Cette remarque, dont les médecins ont eux-mêmes la réponse, montre à quel point il est nécessaire de placer – vous l'avez dit, monsieur le ministre – le malade au centre du système de santé.

La responsabilité des patients évoquée précédemment devra également être exercée à l'égard d'eux-mêmes. Devenus détenteurs d'informations sur leur santé par l'accès direct à leur dossier médical, les malades pourraient être soumis à des pressions de la part de tiers qui seraient intéressés par l'obtention d'informations qu'ils n'auraient pas à connaître.

Les articles du projet de loi relatifs au droit à l'information visent donc – après avoir reconnu le droit à l'accès direct – à en organiser l'accès : recommandation d'un accompagnement médical en cas de risques pour le patient ; modalités particulières dans le cas d'hospitalisation sous contrainte ; non-communication des informations relatives aux tiers ; encadrement de l'accès des ayants droit en cas de décès du patient.

La place de l'usager dans le système de santé est renforcée. À la suite des souhaits exprimés lors des états généraux de la santé, le renforcement de la place des usagers dans le système de santé est apparu comme la condition même de la garantie effective des droits des malades et plus encore de la qualité du système de soins.

Comme le met en avant le rapport élaboré sous la responsabilité d'Etienne Caniard : « L'entrée de l'usager dans le système de santé doit être un des leviers essentiels pour promouvoir l'amélioration de la qualité. » Les médecins « peuvent trouver, dans une relation nouvelle avec les usagers, l'allié qui parfois leur manquait pour franchir les étapes décisives. »

Le présent projet de loi poursuit donc un double objectif : asseoir la place des usagers en confortant leur représentativité et en prévoyant leur participation à des qualités et créer au sein des établissements de santé de véritables lieux de dialogue.

Les associations représentatives sont reconnues. Il est heureux, alors que la santé est la principale préoccupation des Français, de fêter le centenaire de la création de la loi de 1901 par la reconnaissance des associations de patients.

Depuis plusieurs années, avec le sida notamment mais aussi avec le développement des connaissances médicales, les associations de malades et de défense des droits des usagers ont conquis le statut d'acteur à part entière du système de santé. Elles sont devenues incontournables dans la reconnaissance du droit des malades et dans la représentation collective des usagers.

Les associations dans le domaine de la santé sont multiformes. Même si les associations de malades ou d'anciens malades y sont prédominantes, elles n'ont pas vocation à représenter naturellement l'ensemble des usagers. C'est donc par la mise en place d'un agrément des associations sur des critères de représentativité que pourra être assise cette représentation, l'agrément étant délivré au niveau régional et au niveau national.

Les nombreuses associations auditionnées se sont félicitées du statut qui leur est désormais reconnu ainsi que des moyens d'exercer les missions qui leur sont confiées par le droit à la formation et la création de représentation, d'une part, et par la possibilité d'ester en justice aux côtés de la victime, d'autre part.

L'effectivité des droits reconnus aux malades et aux usagers rassemblés en associations, si elle passe par un nouvel équilibre de leur relation avec les professions de santé, passe aussi par la définition d'un véritable statut de l'utilisateur. Le projet de loi s'y emploie en asseyant la légitimité des associations d'usagers.

Les nouvelles commissions des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge auront pour mission de constituer un lieu de dialogue au sein même de l'établissement, mais aussi un outil de l'amélioration de la qualité des soins qui y sont dispensés.

C'est aussi dans la définition des orientations des politiques de santé, à travers notamment les conseils régionaux de santé, que les usagers se voient garantir une prise de parole qui permettra une meilleure adaptation au système de santé aux besoins. C'est donc, à terme, plus de qualité.

Les nouvelles dispositions permettront d'instaurer une procédure plus cohérente d'élaboration de la politique de santé qui sera fondée sur les besoins, appréciés au niveau régional comme au niveau national. C'est une condition majeure pour l'établissement d'une véritable démocratie sanitaire.

Transparence et confiance, participation et modernisation sont bien les termes qui caractérisent ce projet de loi dont nous nous félicitons. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste et du groupe communiste.*)

**Mme la présidente.** La parole est à M. le rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour le titre II.

**M. Bernard Charles, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales pour le titre II.** Madame la présidente, madame la ministre, monsieur le ministre, mes chers collègues.

Ce projet de loi est l'aboutissement d'un long cheminement suivi par le Gouvernement. Les travaux conduits par Mme Aubry, Mme Gillot, Mme Guigou, M. Kouchner, et les rapports de collègues parlementaires ont permis d'avancer sur ce dossier.

Les orientations majeures du titre II intitulé « Qualité du système de santé » sont claires : garantir les compétences des professionnels de santé, réformer l'organisation des professions, favoriser une approche globale de la santé, affirmer la prévention comme priorité de santé publique et développer des réseaux de santé.

Le souci de la qualité est l'impératif d'une politique de santé ayant l'ambition de la cohérence. Promouvoir la qualité du système sanitaire, c'est protéger le patient en le faisant profiter en toute sécurité des dernières techniques diagnostiques, thérapeutiques et médicamenteuses, exécutées par des professionnels de santé formés. C'est aussi parfois l'occasion de diminuer les gaspillages, donc de contribuer à la maîtrise des dépenses. C'est enfin la promotion de l'excellence de la réputation de la médecine française à l'échelle internationale. Ce souci de la promotion de la qualité se traduit par la conjugaison de plusieurs mesures qui, à des degrés divers, rejoignent toutes cette exigence de qualité.

Il faut d'abord assurer la qualité des compétences des professionnels de santé. En effet, il n'est pas de médecine de qualité sans garantie des compétences.

Le chapitre I<sup>er</sup> du titre II comprend également des mesures visant à dynamiser l'action de l'ANAES, à mieux réglementer l'activité de chirurgie esthétique et à autoriser le préfet, à suspendre immédiatement un médecin dont la poursuite de l'activité exposerait ses patients à un danger grave. Le projet institue une obligation de formation médicale continue, définie largement, qui s'applique à tous les praticiens, qu'ils soient libéraux ou hospitaliers.

L'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes est modernisé. Des instances disciplinaires distinctes des instances administratives sont créées. Elles seront présidées par un magistrat. Un office des professions paramédicales est créé regroupant cinq professions : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues. Pour la première fois les bases d'une politique sanitaire de prévention globale et cohérente sont posées, coordonnées et financées comme les soins. Le comité français d'éducation pour la santé – association de la loi 1901 – est remplacé par un établissement public : l'institut national de prévention et de promotion de la santé.

Le présent projet de loi porte donc une rénovation significative du secteur de la prévention. En effet, les analyses du haut comité de santé publique, les recommandations successives des conférences nationales de la santé et les états généraux de la santé ont montré la nécessité du développement de la prévention et de l'éducation.

La politique de prévention et de promotion de la santé est, de fait, un instrument qui doit concourir à atténuer les disparités sociales et géographiques. A cette fin, il est proposé de doter l'Etat d'outils lui permettant de définir une politique également efficiente sur l'ensemble du territoire national et de s'assurer de son application. La mission de l'institut est de promouvoir les comportements et les habitudes favorables à la santé et de mettre en œuvre des actions de prévention en fonction des orientations définies dans la concertation par l'Etat.

Il y a lieu d'insister sur la gratuité pour les usagers de tous les actes de dépistage et de prévention qui résultent de l'application de programmes diligentés par l'institut national de prévention et de promotion de la santé ou de démarches individuelles. De même le présent projet prévoit la gratuité de la vaccination.



La réforme des réseaux de santé publique constitue, de façon naturelle, le deuxième volet de la rénovation en santé publique. L'objectif est de renforcer leur rôle dans le système de santé. Leur mission est de mettre en place de nouvelles formes de coordination entre professionnels de santé. En effet, le dispositif actuel ne répond que partiellement à cette mission. Il est constitué d'une organisation juridique impliquant le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale.

Au titre du premier, il n'agit que dans le cadre de la planification hospitalière au détriment des secteurs ambulatoire, sanitaire et social. Par ailleurs, les dispositions du code de la sécurité sociale ne concernent que certaines formes de prise en charge.

Le texte proposé fixe un cadre juridique suffisamment souple à l'ensemble des initiatives pour promouvoir de nouveaux modèles d'accès à la santé axés sur une prise en charge coordonnée, continue et interdisciplinaire des patients. Ce nouveau cadre permet encore la prise en compte de certaines activités de soin jusque-là confinées dans le domaine expérimental et, par là même, en dehors de toute reconnaissance officielle. A titre d'exemple, il est possible de citer les actions nécessitant le recours à des psychologues.

Il s'agit, par cette nouvelle souplesse, d'assurer l'adaptation des réseaux aux problématiques de santé ainsi qu'aux réalités locales auxquelles ils sont confrontés. Les réseaux qui répondent à des critères de qualité bénéficieront de subventions de l'Etat ou de l'assurance maladie ainsi que d'un financement au titre des actions expérimentales prévues par la dispositif communément appelé « commission Soubie ».

Enfin, de nombreuses réflexions menées dans le cadre parlementaire ou extraparlémentaire depuis plusieurs mois sur l'extension au secteur sanitaire des principes du droit coopératif de la loi du 10 septembre 1945 pourraient trouver leur réalisation à l'occasion de la discussion du présent projet.

M. Jean Le Garrec, *président de la commission*. Très bien !

M. Bernard Charles, *rapporteur*. Le travail en commission a débouché sur l'extension de la formation aux pharmaciens non hospitaliers – car leur formation continue est nécessaire –, sur la reconnaissance des ostéopathes et sur l'introduction des préoccupations de formation dans l'office des professions paramédicales.

Il a également permis de densifier cette partie du titre II en assurant une pérennisation du financement, la représentation des usagers, la création de réseaux de soins coopératifs, la création des coopératives hospitalières de médecins, sujet sur lequel Claudé Evin a particulièrement travaillé, la prise en charge par les réseaux de la maltraitance des enfants, la simplification des conditions de création des groupements de coopération sanitaire qui permettra de régler des problèmes actuellement bloqués dans les réflexions des ARH, en collaboration avec les établissements privés et les établissements publics. Nous avons enfin tenu à faire en sorte que soit sauvegardée la spécialité médicale de la gynécologie.

Par ailleurs je suis heureux, en tant que président de la mission de réflexion sur la révision des lois bioéthiques, que nous puissions proposer un amendement sur la non-discrimination génétique dans les domaines de l'assurance et de l'emploi.

Démocratie sanitaire, qualité du système de santé, réparation du risque sanitaire : ce projet de loi marque, comme cela a déjà été souligné, une nouvelle citoyenneté. Il faut s'en féliciter. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste et du groupe Radical, Citoyen et Vert*).

Mme la présidente. 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*. Madame la présidente, mesdames, messieurs les députés, après les interventions de Bernard Kouchner, Claude Evin, Jean-Jacques Denis et Bernard Charles, chacun aura compris que nous avons affaire à un texte exceptionnel.

Il l'est d'abord par la durée de sa gestation puisque – vous êtes sans doute nombreux à vous en souvenir – Bernard Kouchner en avait eu l'idée dès le début des années 90. Il avait même présenté un premier projet sur le sujet au conseil des ministres, juste avant les élections de 1993. Ensuite, il s'est passé quelques années pendant lesquelles, malheureusement, rien n'a progressé, mais c'est ainsi. Il aura fallu attendre huit ans.

Ce texte est exceptionnel aussi par la qualité de la concertation. Vous l'avez rappelé les uns et les autres. Ainsi les états généraux de la santé initiés par Martine Aubry et Bernard Kouchner, clôturés par le Premier ministre Lionel Jospin, ont fait émerger des attentes nouvelles et instauré une forme de dialogue qu'on avait très peu pratiquée auparavant. Ce dialogue a ensuite été poursuivi après le départ, momentanément heureusement, du Gouvernement de Bernard Kouchner, par Dominique Gillot dont je veux aussi saluer le travail.

M. Jean Le Garrec, *président de la commission*. Très bien !

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Il s'agit encore d'un texte exceptionnel par l'ampleur du champ qu'il embrasse. En effet c'est la première fois qu'un texte aborde aussi globalement les questions de santé.

Je ne serai pas longue parce que beaucoup a été dit et de façon excellente. Je me bornerai donc à formuler quelques remarques à la fois sur certains aspects du contenu du texte et sur notre méthode de travail.

En ce qui concerne les droits des malades – cela a déjà été rappelé avec beaucoup d'éloquence – un progrès immense a été accompli dans la considération et le respect qui leur sont dus. Il n'y a en effet aucune raison que ces personnes, qui sont, momentanément ou durablement, dans des situations de fragilité, n'aient pas droit à la parole, à la consultation et à la participation aux décisions qui les concernent.

Ce texte marque aussi une étape dans notre approche des services publics. En effet nous savons tous que ces derniers sont d'abord faits pour les usagers. Nous savons aussi que, s'ils fonctionnent bien – et notre système de santé fonctionne excellentement (*Murmures*) –...

M. Yves Bur. Tout va bien !

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. C'est l'organisation mondiale de la santé qui le dit et je crois que nous devons nous en féliciter.

Si le service public de la santé fonctionne bien, c'est grâce au professionnalisme et au dévouement de l'ensemble de ses personnels, médecins et non médecins, qui font notre grand service public et dont on a pu encore mesurer les qualités exceptionnelles lors du drame qui vient de se produire à Toulouse.

Au moment où l'on parle beaucoup de la réforme de l'Etat, nous apportons un progrès concret, un exemple, une illustration de ce que celle-ci peut être, s'agissant d'un service public qui emploie près d'un million de personnes.

Pour améliorer encore la qualité de notre système de santé – car il n'y a jamais de raison d'être totalement satisfait – les dispositions de ce texte sur la sécurité sanitaire et sur la qualité des soins – notamment les dispositifs d'information des risques survenus – les dispositifs de vigilance, avec la déclaration des accidents médicaux, la formation continue rendue obligatoire et réformée, le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles, sont très importants. Il est bon que le projet de loi tire les conséquences de la mission d'évaluation des pratiques des professionnels libéraux confiée par la loi de financement de la sécurité sociale de 2000 à l'ANAES sous l'égide des missions régionales des médecins libéraux.

A cet égard votre commission a retenu un amendement qui vise à étendre ce qui a été fait pour les médecins aux professions paramédicales, à travers les missions confiées à l'office des professions d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure, de podologue, d'orthophoniste et d'orthoptiste, en liaison avec l'ANAES. Cette proposition est bonne et s'inscrit dans notre politique de renforcement des responsabilités des professionnels de santé.

Ma dernière remarque sur le contenu concerne le processus d'indemnisation des accidents médicaux, qui constitue une avancée capitale. Nous savons, Bernard Kouchner l'a rappelé, que, malgré les importantes avancées de la jurisprudence, le système actuel n'est satisfaisant ni pour les victimes ni pour les professionnels. Il était donc impératif de légiférer et nous le faisons en créant un fonds d'indemnisation qui réparera l'aléa thérapeutique et dont la compétence s'étendra à tous les accidents, qu'il y ait eu faute ou pas.

Enfin, au-delà même de son contenu, ce projet de loi marque un très grand progrès parce qu'il va changer nos méthodes de travail et notre façon d'aborder les débats démocratiques sur la politique de santé. Il propose en effet que les parlementaires débattent en amont du projet de loi de financement de la sécurité sociale et, de façon approfondie, des grands choix en matière de santé, grâce au rapport que le Gouvernement présentera annuellement au vu des bilans et des propositions transmis par les conseils régionaux institués par le projet. Il sera soumis au Parlement après avis de la conférence nationale de santé.

Il y aura donc un débat parlementaire préalable au vote de la loi de financement de la sécurité sociale, comme vous le demandiez. Il s'agira d'une excellente mesure car elle permettra à la représentation nationale de déterminer, chaque année, la politique de santé au terme d'un débat fondé sur des besoins appréciés au niveau régional comme au niveau national.

Il faut encore ajouter que les missions de la conférence nationale de santé seront élargies puisqu'elle donnera son avis non seulement sur le rapport précité, mais aussi sur toute autre question que le Gouvernement lui soumettra. Il me paraît bon, en effet, que la fixation des objectifs financiers dont nous discutons dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale soit précédée d'un débat démocratique préalable et que ce dernier soit lui-même précédé d'un dialogue plus intense avec les professionnels de santé.

Nous l'avons souhaité et c'est ce débat que nous menons actuellement avec Bernard Kouchner, dans le cadre de ce que l'on a appelé, peut-être un peu improprement, le Grenelle de la santé. Cela nous permettra de soumettre, avec les parlementaires qui sont représentés dans cette instance, nos options aux professionnels qui auront à les faire vivre et à éclairer davantage le Parlement.

Ce que nous aurons retenu des propositions issues de notre dernière réunion du 12 juillet, qui résulte d'un rapport que j'avais commandé le 25 janvier dernier à une mission de sages, sera bientôt rendu public. A ce propos j'ai déjà évoqué, devant votre commission des affaires sociales, ce qui semblait pouvoir être réalisé rapidement. Tel est le cas, par exemple, de la création d'un haut conseil de la santé chargé de constituer une ressource d'expertise et de proposition pour le Gouvernement sur la définition des priorités. Elle est proposée dans un amendement adopté par la commission. Comme la conférence nationale de la santé, cette instance contribuera à conseiller le Gouvernement pour préparer les débats devant le Parlement dans de bonnes conditions.

Un grand texte vous est donc proposé aujourd'hui, un de ces textes qui consacrent des évolutions fondamentales de notre société, un de ces textes qui élaborent de nouveaux droits individuels pour les personnes et qui élargissent le champ de la démocratie. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste, du groupe communiste et du groupe Radical, Citoyen et Vert.*)

### Question préalable

**Mme la présidente.** J'ai reçu de M. Jean-Louis Debré et des membres du groupe du Rassemblement pour la République, une question préalable, déposée en application de l'article 91, alinéa 4, du règlement.

La parole est à M. Jean Bardet.

**M. Jean Bardet.** Madame la présidente, madame, monsieur les ministres, mes chers collègues, attendu depuis plus de deux ans par les associations de malades, le projet relatif au droit des malades et à la qualité du système de santé vient enfin devant la représentation nationale. Cependant, si son annonce a apporté de nombreux espoirs, on ne peut que regretter son manque d'envergure, ses lacunes et, parfois même, son illégalité. Je rappelle en effet que le Gouvernement a été condamné par le Conseil d'Etat pour les mesures relatives à la création d'un ordre des masseurs-kinésithérapeutes et d'un ordre des podologues.

Préférant payer des dommages et intérêts d'un montant de 290 000 francs – les contribuables apprécieront sans doute ! – il a refusé d'obtempérer, laissant à nos concitoyens une image regrettable de l'application de la justice et, surtout, de la façon dont l'Etat s'engage et respecte sa parole. J'y reviendrai.

Pour ce qui est du point de savoir s'il y a matière à délibérer sur ce texte, il convient de rechercher d'abord si ce dernier pose les bonnes questions sur les bons problèmes et, dans le cas d'une réponse affirmative, s'il définit les bons moyens pour mettre en œuvre, financer et encadrer les bonnes solutions. C'est à cet exercice que je vais me livrer, mais je souhaite, auparavant, en guise de préambule, insister sur deux points.

D'abord certains grands principes évoqués dans ce projet de loi ne sont mis en cause ou discutés par personne. De la même manière, il convient de reconnaître que

quelques avancées y figurent. Tel est le cas du principal droit défini par ce texte : celui de l'accès à des soins de qualité pour tous les individus sans aucune discrimination. Ce droit a pour corollaire celui de chaque personne quant à sa liberté de décision et au respect de sa dignité.

Qui s'opposerait à de tels principes qu'il s'agisse pour le malade du droit à une information claire et exacte sur son état de santé afin de lui permettre de comprendre pleinement le choix de son traitement, du droit au refus de l'acharnement thérapeutique, du droit à demander un deuxième avis et de choisir librement une personne de confiance pour l'aider et le soutenir, du droit à la confidentialité et au respect de son intimité, du droit à la justice qu'il y ait faute ou aléa thérapeutique et à l'indemnisation, du droit à être assuré, même en cas de maladie, afin que celle-ci ne soit plus pour lui une sorte de carcan le contraignant et le mettant dans l'impossibilité de bénéficier d'une certaine qualité de vie, du droit à une meilleure prise en charge voire à une égale prise en charge en toute transparence ? En la matière, le texte ne va malheureusement pas jusqu'au bout.

Personne ici ne songe à contester ces droits et ces principes : sur tous ces points, vous avez mon adhésion. Mais la plupart de ces dispositions, dont beaucoup sont déjà inscrites dans la loi, auraient parfaitement trouvé leur place dans un simple DMOS ; pour certaines, un simple décret, sans publicité, aurait suffi. Malheureusement, ce n'est pas votre style... Les effets d'annonce, les gadgets en tout genre ont toujours eu votre préférence par rapport à des dispositions simples et efficaces. Il n'en demeure pas moins que des mesures telles que l'assurabilité des risques aggravés ou l'indemnisation de l'aléa thérapeutique, voire, dans une certaine mesure, le recentrage de la politique de santé au niveau des régions, me paraissent positives.

Le deuxième point que je voudrais évoquer avant d'en arriver au texte lui-même concerne l'exposé des motifs qui prévaut à cette présentation, lequel appelle à l'évidence certaines précisions. On peut lire en effet : « Ce présent projet de loi... complète et conforte les réformes intervenues récemment dans ce domaine : renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme..., lutte contre les exclusions..., couverture maladie universelle..., droit des personnes malades d'accéder à des soins palliatifs. » Faut-il rappeler le déficit de communication et les attermoissements qui ont caractérisé la gestion des crises survenues récemment, ou encore les difficultés rencontrées par la mission d'enquête parlementaire sur les farines animales pour obtenir des renseignements essentiels sur l'importation de farines britanniques en 1988 et 1989 ? Où est la transparence ?

Faut-il citer, malheureusement, les chiffres relatifs à la pauvreté en France : 7,5 % de la population, soit 3,3 millions de personnes, se situent en dessous du seuil de pauvreté ? Et encore retient-on la définition française, de 3 500 francs et non la définition européenne de 4 200 francs ! Le nombre de RMistes stagne autour de un million. La proportion des gens ne vivant que de transferts sociaux s'accroît : 40 % en 1994, 44 % en 1999.

Dois-je évoquer le rapport de Mme Grzegorzulka relatif à la CMU, qui demande l'intégration de nouveaux bénéficiaires comme les personnes touchant l'allocation aux adultes handicapés ou le minimum vieillesse – actuellement exclus au motif qu'ils dépassent de 52 francs le seuil que vous aviez fixé – et qui conclut que, sinon, « il en ressortirait dans les faits une véritable CMU à deux vitesses » ? Cette demande paraît d'ailleurs d'autant

plus justifiée que seuls 5,7 milliards de francs ont été dépensés en 2000 sur les 8,3 milliards prévus au fonds de financement de la CMU et que le risque est réel de voir resurgir des inégalités géographiques alors même que le dispositif se devait, par définition, d'être le « chantre » de l'égalité !

Fait-il préciser qu'à l'origine de la loi relative aux soins palliatifs il y a eu une proposition de loi sénatoriale RPR ? A cette différence près que votre loi comporte de nombreuses insuffisances que le présent projet, pourtant appelé à la compléter, ne pallie pas : ainsi en est-il de la non-rémunération du congé d'accompagnement et de sa limitation à trois mois, de la question de la création d'une délégation parlementaire aux droits des malades ou encore de ce mécanisme d'échange conduisant, pour un lit d'hospitalisation à domicile, à fermer un lit d'hospitalisation à temps complet !

Mais j'en ai fini avec mes déclarations ; abordons maintenant la teneur même du texte dont nous avons à discuter aujourd'hui.

Je ne me lancerai pas dans une liste exhaustive de son contenu, estimant, je l'ai déjà dit, qu'il aurait pu s'agir d'un simple DMOS.

**M. Jean-Michel Dubernard.** Un DDOSS serait mieux !

**M. Jean Bardet.** Mais j'insisterai sur les mesures « fortes » – en tout cas supposées telles – qu'il contient.

**M. Alfred Recours.** Un DMOS... Ben voyons !

**Mme Yvette Benayoun-Nakache.** On ne vous a jamais vu en commission !

**M. Jean Bardet.** Mon temps n'étant pas compté, je vous laisse faire vos commentaires ; je reprendrai la parole quand vous ferez silence.

**Mme la présidente.** Reprenez votre exposé, monsieur Bardet.

**M. Jean Bardet.** Je vous remercie, madame la présidente.

**M. Jean Bardet.** Dans son titre I<sup>er</sup> relatif à la démocratie sanitaire, le texte entend recentrer la médecine autour de l'individu. Il reconnaît pour cela les droits des malades et des usagers du système de santé, grâce notamment à l'accès direct du malade à son dossier médical, à l'obligation pour les médecins de l'informer de l'ensemble des risques des traitements proposés, et à la participation des associations de malades aux procédures d'élaboration de la politique de santé.

Ces moyens sont-ils les bons face à la crise de confiance qui sévirait aujourd'hui, nous dit-on, entre les médecins et les malades ? Sont-ils vraiment à même d'aller vers plus de transparence, de répondre aux attentes, aux angoisses des malades et de leur famille, d'éclairer et de mieux faire participer le citoyen à la démocratie sanitaire ?

Avant d'en arriver aux moyens, encore faudrait-il savoir si l'on a posé la bonne question. En ce qui concerne l'accès direct du malade à son dossier médical, je ne le pense pas. D'abord si j'en crois mon expérience personnelle, ensuite parce que cet accès a déjà été prévu par un texte de loi, réformé en 1992, lequel permet au malade d'accéder à son dossier médical ou d'hospitalisation avec le médecin de son choix.

Cet accompagnement paraît indispensable. Le médecin connaît le malade, il a déjà établi avec lui une relation de confiance, il est capable de lire et de décrypter les informations – les résultats des examens médicaux notamment.

Certes, je le reconnais, une insuffisance subsistait au niveau du délai d'accès et des éventuelles sanctions en cas de non-présentation. Mais une disposition réglementaire prise par vos services suffirait à pallier ce manque et à répondre aux cas douloureux dont les associations de malades se font l'écho.

L'accès direct prévu dans votre projet n'ira pas dans le sens d'une plus grande transparence, d'une confiance accrue, d'une médecine plus humaine, bien au contraire. En effet, et je reprends ici un texte issu de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation des soins, « l'information orale est primordiale car elle peut être adaptée au cas de chaque personne. Il est nécessaire d'y consacrer du temps et de la disponibilité et si nécessaire de la moduler en fonction de la situation du patient. »

Autrement dit, rien n'est préférable au dialogue entre le médecin et le malade, à cet échange profondément personnel établi sur la confiance et qui permet, par ce face à face, de préserver le malade d'une mauvaise interprétation. Or c'est précisément à cela que l'accès direct ouvre la porte, d'autant plus que le contenu du dossier est encore mal défini. Les notes personnelles des médecins y figureront-elles ? Et celles des internes et des étudiants ? Qu'en sera-t-il des données stockées sur documents informatiques, cassettes vidéo, CD-ROM qui exigeront non seulement des lecteurs spéciaux pour les consulter, mais aussi une certaine connaissance pour les interpréter ?

De deux choses l'une : ou bien le dossier médical est consulté par l'intermédiaire d'un médecin, dont le rôle est aussi de lever les obstacles techniques, ou bien le médecin n'est pas là. Auquel cas, qui le fera ?

On devine facilement les dangers d'une telle mesure : un mot de trop, une mauvaise interprétation, une hypothèse prise pour un diagnostic, plongera aussitôt le malade dans une angoisse injustifiée. Nous voilà loin du bénéfice escompté qui permettrait au patient « de disposer de toutes les données nécessaires à la compréhension de sa situation » ... Comment pourra-t-on extraire du dossier les renseignements obtenus auprès d'une tierce personne, à plus forte raison si ceux-ci auront été déterminants dans la conduite diagnostique et thérapeutique ?

Un exemple sera parlant ; on me pardonnera son côté volontairement schématique.

Imaginons un patient transféré aux urgences à la suite d'une chute sur la voie publique ayant entraîné un traumatisme crânien. A l'interrogatoire, l'intéressé nie toute intoxication alcoolique – le cas est fréquent dans ce genre d'affaires. Une tierce personne qui l'accompagnait dit aux médecins : « J'étais avec lui ce soir, il a bu plus qu'il n'aurait dû. » La démarche diagnostique et thérapeutique est simple dans le cas de l'intoxication alcoolique, beaucoup plus complexe qu'il n'y a pas d'intoxication. Et puisque la base de ce texte de loi est l'information, devra-t-on dire au malade que l'on va lui faire un dosage d'alcoolémie, alors qu'il affirme ne pas avoir bu ? S'il refuse, faudra-t-il le soumettre à une série d'examen long et coûteux dont je vous épargne la liste ? Et si, finalement, le malade demande son dossier, comment comprendra-t-il que le diagnostic retenu est celui d'alcoolisme aigu, alors qu'il le nie, et que le renseignement provient d'une tierce personne et aura été extrait du dossier ?

**M. le ministre délégué à la santé.** C'est ridicule !

**M. Jean Bardet.** Ce n'est pas ridicule, monsieur le ministre ! On voit que vous n'avez plus, depuis longtemps, l'habitude des malades !

**M. le ministre délégué à la santé.** J'ai en tout cas l'habitude de trouver ridicule ce qui est ridicule !

**Mme la présidente.** Monsieur Bardet, ne vous interrompez pas !

**M. Jean Bardet.** Madame la présidente, ce n'est pas moi qui m'interromps, je suis interrompu par la salle !

**M. le ministre délégué à la santé.** Eh oui, de temps en temps, elle réagit !

**M. Jean Bardet.** C'est bien pourquoi je m'interromps pour vous écouter.

**M. Alfred Recours.** Ça, c'est bien ! (*Sourires.*)

**Mme la présidente.** Je crois que vous pouvez persévérer, monsieur Bardet...

**M. Jean-Paul Bacquet.** Nous ferons un texte sur l'alcoolémie ! (*Sourires.*)

**M. Jean Bardet.** Je continue.

Chaque personne, chaque individu est différent et réagit différemment face à la maladie. Vouloir généraliser et, à plus forte raison, encadrer le type et la forme des informations, d'une manière applicable à tous et à chacun, ne peut conduire qu'à l'effet inverse de celui espéré : la méfiance et le doute.

Le fait de décréter que le médecin doit obligatoirement informer son patient de tous les dangers encourus répondra-t-il aux inquiétudes et aux angoisses des malades ? Toute vérité est-elle bonne à dire, et sous quelle forme ? Le rôle du médecin n'est-il pas de rassurer avant d'inquiéter ? L'énumération d'une liste de complications, même exceptionnelles, comme le disent les textes, est-elle la meilleure préparation psychologique pour amener un patient à une intervention ?

Face à ces interrogations, et pour éviter de voir interpréter ma position de manière simpliste en accusant le professeur de médecine que je suis effectivement de défendre un soi-disant pouvoir médical...

**M. Alfred Recours.** Cela y ressemble quand même !

**M. Jean Bardet.** ... je reprendrai quelques déclarations de malades recueillies par la Ligue nationale contre le cancer dans son livre blanc des premiers états généraux des malades du cancer.

Pour l'un d'eux, « savoir que l'on est victime d'une rechute, c'est très éprouvant, mais le découvrir par écrit sur une simple feuille de papier est totalement déconnectant. » Pour un autre, « aucun malade n'est satisfait de la façon dont on lui a appris son diagnostic. Il faudrait voir si quelque chose est à améliorer, tout en sachant que cette information ne sera jamais bien perçue. Nous avons l'impression que tout n'est pas dit, tout en sachant que nous n'avons peut-être pas envie que l'on dise tout. Est-ce que le malade veut savoir ? Souvent, il ne veut pas savoir ; paradoxalement, il peut désirer les deux. »

**M. Alfred Recours.** Il n'est pas question d'obliger le malade à savoir !

**M. Jean Bardet.** Ou, à l'inverse : « Ne pas dire la vérité, c'est nous enlever notre dignité, ne pas nous donner les moyens de nous battre. »

Je pourrais multiplier ainsi les témoignages contradictoires sur l'information ; on voit à quel point les limites et les demandes sont floues. En revanche, j'y reviendrai, il existe une large unanimité sur plusieurs autres sujets que votre texte de loi, précisément, se garde bien d'évoquer.

Les réponses ne sont donc pas universelles ; c'est donc bien au médecin, à travers le colloque singulier avec son malade, de déterminer au mieux les informations délivrées et leur forme.

Si l'on a toujours expliqué au patient pourquoi l'on pratiquait tel examen, et ce que l'on en attendait, si la prise en charge lui convient, il ne ressent pas le besoin de consulter son dossier. Le problème soulevé est celui du consentement libre et éclairé, non celui de l'accès au dossier.

En tant que médecin maintenant, je puis vous assurer, comme la plupart de mes confrères et comme certaines études l'ont montré dans des centres anticancéreux, que nous ne sommes pas égaux en face de la maladie et de l'annonce de cette dernière : les uns voudront savoir à tout prix, les autres ne le voudront pas.

**M. Alfred Recours.** C'est normal ! Chacun est libre !

**M. Jean Bardet.** Dans les deux cas, il appartient au médecin de respecter le choix du patient ; cela relève de la déontologie médicale.

Et puis, souvent, les malades veulent savoir la vérité, mais, inconsciemment, ils ne veulent savoir que la vérité qu'ils espèrent.

Permettez-moi, monsieur le ministre, de vous décrire un dialogue médecin-malade : il est, une fois encore, simplifié, mais il est vrai.

**M. Alfred Recours.** C'est *Knock* !

**M. Jean Bardet.** Le malade : « Docteur, jurez-moi de me dire toute la vérité. »

Le médecin : « Bien sûr, monsieur. Si vous me le demandez, je vous la dirai. »

Le malade : « Alors docteur, dites-moi : est-ce que j'ai un cancer, et si oui, j'en ai pour combien de temps ? »

Le médecin : « Oui, monsieur, vous avez un cancer, un des plus graves, pour lequel il n'y a pas de traitement. Vous n'avez plus que trois mois à vivre. »

A ce moment-là, évidemment, c'est l'effondrement. Pourquoi ? Parce que le malade, en demandant au médecin de lui jurer de dire la vérité, espérait un diagnostic banal et un pronostic favorable. Et comme le médecin a juré, il est prêt à y croire. Mais si le diagnostic est grave et le pronostic fatal, il s'effondre. Parce que ce n'est pas ce qu'il attendait.

Méfiez-vous aussi, monsieur le ministre, des enquêtes et des sondages réalisés auprès des gens bien portants. Lorsqu'on a vingt ans, trente ans, quarante ans, cinquante ans ou même plus, mais que l'on est en bonne santé, on est prêt à toutes sortes de déclarations, au demeurant parfaitement sincères sur l'instant : « Moi je préférerais mourir que vieillir », « Moi, si j'avais une maladie incurable, je préférerais en finir très vite ». Mais en situation, ce n'est pas ainsi que ça se passe.

**M. Jean Launay.** C'est décidément le Café du Commerce !

**M. Jean Bardet.** Pardonnez-moi de vous faire part de mon expérience professionnelle. N'y voyez aucune prétention de ma part ; mais la médecine, je connais, et les malades aussi.

Rares – vous voyez que je ne généralise pas – sont les vieillards qui veulent mourir. Rares sont les grands malades qui veulent mourir. Ce qu'ils veulent, c'est ne pas souffrir ; ils veulent guérir, pas mourir.

**Mme Catherine Génisson.** Personne ne veut mourir !

**M. Jean Bardet.** Et quand bien même ils veulent mourir et qu'ils passent à l'acte, ils sont davantage conduits par une détresse morale que par une détresse physique. Or, à cette détresse, votre projet de loi n'apporte aucune solution.

Plus que de l'accès direct au dossier médical, le problème est celui du consentement, libre et éclairé, et celui de la prise en charge globale du malade. C'est par ces deux éléments que nous rendrons confiance en la médecine, et que nous répondrons efficacement aux demandes des usagers.

A qui fera-t-on croire qu'un chirurgien hautement spécialisé, pratiquant des opérations qui peuvent durer plusieurs heures, a le temps et les moyens d'informer paisiblement son patient et d'assurer le suivi psychologique d'un malade ?

**Mme Catherine Génisson.** Mais que fait Dubernard ?

**M. Jean Bardet.** Croyez-vous vraiment que la course à la DMS, à la durée moyenne de séjour – plus elle est courte, plus les services sont cotés par l'administration – accroîtra le temps que les médecins passeront à parler avec les malades ?

A qui fera-t-on croire qu'un médecin généraliste, dont la consultation dure en moyenne quinze à vingt minutes, peut assurer et mettre en œuvre une prise en charge globale ?

A qui fera-t-on croire que l'on améliorera les relations entre les soignants et les soignés quand la pénurie de médecins, d'infirmiers et de professionnels paramédicaux est éclatante ? Ce n'est pas le projet de statut des praticiens hospitaliers, présenté le 13 septembre 2001 aux intersyndicales, sur l'aménagement et la réduction du temps de travail qui va favoriser le recrutement de médecins dans les hôpitaux – si toutefois des postes sont débloqués !

Il faut que vous le sachiez, mes chers collègues : pour un praticien hospitalier, le temps de travail sera limité à quarante-huit heures, temps de garde compris. Quarante-huit heures alors qu'ils travaillent actuellement soixante à soixante-dix heures ! Conjointement, cette garde ne sera plus payée, ainsi que la prime de service public exclusif, ce qui, sur le bulletin de salaire d'un PH au sixième échelon représentera une perte sèche de l'ordre 10 000 francs par mois !

Cette activité de quarante-huit heures par semaine sera compensée par l'octroi de dix jours de vacances supplémentaires... Je suis heureux de vous faire rire, monsieur le ministre !

**M. le ministre délégué à la santé.** Pardonnez-moi, monsieur Bardet, mais vous vous trompez. Vous êtes en train de propager des erreurs.

**Mme la présidente.** Monsieur le ministre, vous répondrez tout à l'heure sur l'ensemble du propos.

**M. Jean Bardet.** Signalons au passage, sans vouloir dresser certaines catégories de personnels contre d'autres, que, pour les directeurs d'hôpitaux et les cadres, la compensation est de vingt jours. Si l'on voulait dissuader les jeunes médecins de suivre la carrière hospitalière, on ne s'y prendrait pas autrement.

**M. le ministre délégué à la santé.** Madame la présidente, je demande la parole.

**Mme la présidente.** Vous répondrez tout à l'heure, sur l'ensemble, monsieur le ministre.

**M. le ministre délégué à la santé.** Je voudrais répondre sur ce point maintenant, et sur l'ensemble tout à l'heure, si l'orateur le veut bien.

**Mme la présidente.** Monsieur Bardet, autorisez-vous le ministre à vous interrompre ?

**M. Jean Bardet.** Madame la présidente, ce sera pour moi un plaisir d'entendre M. le ministre délégué à la santé.

**Mme la présidente.** La parole est à M. le ministre, avec l'autorisation de l'orateur.

**M. le ministre délégué à la santé.** Je vous remercie.

Bien entendu, M. Bardet a parfaitement le droit de s'étendre hors du propos de cette loi, sur les infirmières, les hôpitaux, la grève en cours, etc.

**M. Marc Laffineur.** C'est le même problème !

**M. le ministre délégué à la santé.** Pardonnez-moi, mais ce n'est pas vrai. Ce qui pose problème en revanche, c'est ce que j'ai entendu. Vous venez de dire, monsieur Bardet, que les gardes ne seront pas prises en compte, qu'au-delà de quarante-huit heures, on ne pourra plus travailler, que la prime qui a été offerte pour le plein temps consacré au service public sera supprimée. Je vous le dis, monsieur Bardet : la situation sociale à l'hôpital n'est pas simple, mais tout ce que vous dites là est faux. Je vous remercie de m'avoir laissé vous répondre. *(Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste, du groupe Radical, Citoyen et Vert et sur plusieurs bancs du groupe communiste.)*

**M. Jean-Michel Dubernard.** C'est pourtant ce que tout le monde dit !

**Mme la présidente.** Poursuivez, monsieur Bardet.

**M. Jean Bardet.** Je ne vais pas polémiquer avec M. le ministre, lequel sait bien que les personnels hospitaliers sont en grève, précisément à cause du présent texte et pour les raisons que je viens d'énumérer.

**M. le ministre délégué à la santé.** C'est faux !

**M. Jean Bardet.** Je reprends donc, afin que vous ne perdiez pas le fil de mon propos.

**M. le ministre délégué à la santé.** Je m'en garderai bien !

**M. Jean Bardet.** A qui fera-t-on croire que l'on améliorera la prise en charge globale du patient tant que l'on ne permettra pas aux différents acteurs de santé d'avoir le temps de dialoguer, tant que l'on ne fera pas face au manque, notamment, de quarante mille infirmières à l'hôpital, tant que l'absence d'un suivi psychologique dès l'annonce du diagnostic sera due à l'impossibilité de financer des psychologues, tant que le nombre des actes des infirmiers et des kinésithérapeutes sera plafonné, tant que le malade passera d'un service de chirurgie à celui d'oncologie, pour revenir ensuite dans sa famille et terminer en service de soins palliatifs, quand il y en a, sans la mise en place d'un suivi et d'une concertation entre toutes ces étapes du début à la fin ?

Malgré les effets d'annonce, les services de soins palliatifs sont toujours aussi peu nombreux, et trouver un lit incombe bien souvent aux familles de malade, les assistantes sociales, malgré leur compétence et leur dévouement, ayant dû, depuis bien longtemps, baisser les bras.

Quant aux psychologues, voilà des années que j'en réclame dans mon service, sans succès.

**Mme Françoise Imbert.** Vous n'êtes pas assez persuasif !

**M. Jean Bardet.** Pour tout l'hôpital où je travaille qui a pourtant pour pôle d'excellence la cancérologie, il y a trois psychologues et j'en ai une qui vient bénévolement espérant toujours pouvoir un jour être rémunérée. Quelle solution apporte sur ce sujet votre projet de loi ?

A qui fera-t-on croire qu'il suffit d'écrire que « l'information est délivrée au cours d'un entretien individuel pour préserver l'intimité des personnes », alors qu'il existe encore dans les hôpitaux des chambres à deux lits, y compris en réanimation, rendant toute confidentialité aléatoire ?

A qui fera-t-on croire cela, tant que la législation restera incantatoire et ne s'appliquera pas dans les faits par des réalisations concrètes, grâce à l'octroi de moyens appropriés ?

Je comprends la détresse de parents d'enfants hospitalisés ne parvenant à voir le docteur plus de dix minutes entre deux portes, ou celle d'un malade à qui on explique qu'on ne le changera pas d'alaise parce que cette dernière est prévue pour « durer » huit heures, et qu'on n'a pas de crédits pour en acheter d'autres. Je comprends la solitude des familles et leur désespoir en cas de pronostic vital, leur demande d'une prise en charge adaptée et continue alors qu'aucune place n'existe aujourd'hui pour le médecin généraliste, à l'hôpital.

Savez-vous, mes chers collègues, qu'un texte réglementaire autorise un accompagnant à rester la nuit auprès d'un malade hospitalisé ? Il est même prévu un prix pour cette nuit, un prix pour le petit déjeuner, et pour les repas du midi et du soir. Oui, mais la plupart des hôpitaux n'ont pas de lits à mettre à la disposition des accompagnants.

**M. Jean-Michel Dubernard.** Ni de chaise longue !

**M. Jean Bardet.** Il s'agit d'une vraie demande des malades et de leur famille. Qu'apporte ce projet de loi à cet égard ?

**M. Pierre Hellier.** Rien !

**M. Jean Bardet.** Ces exemples sont concrets et il est bien évident que les mesures qui doivent être prises pour faire participer les usagers de la santé ne sont pas celles contenues dans le projet de loi présenté ici.

La confiance ne se décrète pas. La médecine n'est pas une science exacte. C'est un art dans lequel les rapports entre médecins et malades sont complexes et parfois irrationnels, échappant à la rigueur mathématique du raisonnement logique.

Qui doit annoncer au malade qui va être opéré les risques qu'il court ? N'importe quel interne ? Ou le spécialiste qui ne pourra le faire qu'en dix minutes la veille de l'opération mais en qui le malade a placé sa confiance ? *(Exclamations sur les bancs du groupe socialiste.)*

Et puis, croyez-vous vraiment que le malade attend d'être mis au courant de toutes les complications, mêmes exceptionnelles, relatives au geste qui lui est proposé ?

Ne croyez-vous pas que le rôle du médecin est plutôt de rassurer son malade, de lui expliquer que, dans la vie, tout présente des risques mais que ce qui lui est proposé est, de toute façon, moins risqué que de laisser évoluer sa maladie ?

Cette confiance résulte d'un long travail, comme la prise en charge globale et la participation des familles, travail qui ne pourra être réalisé que le jour où les soignants auront la capacité réelle de le mener, c'est-à-dire le jour où ils seront assez nombreux, mieux rémunérés et que leur action sera revalorisée.

Il est donc clair que ce dont ont besoin soignés et soignants, ce n'est ni l'accès direct pour les uns, ni l'obligation tatillonne d'information pour les autres, mais bien une réforme de structure permettant d'accroître la qualité

des soins dispensés, ainsi que des moyens financiers pour remédier à la pénurie de médecins, d'infirmiers, de paramédicaux, que ce soit en ville ou à l'hôpital.

**M. Bernard Charles, rapporteur.** Vous avez tout diminué pendant six ans !

**M. Jean Bardet.** Pour ce dernier, l'application des 35 heures relève de la douce utopie, de même que le blocage de la consultation à 115 francs pour les généralistes à qui on demande néanmoins de jouer un rôle accru.

L'un des articles du titre I<sup>er</sup> évoque le respect de la dignité du malade et son droit aux soins palliatifs, mais il est muet sur la fin de vie. La référence à de telles questions éthiques a par contre été faite plusieurs fois en commission, ce qui montre bien les lacunes de votre texte en la matière.

Auriez-vous voulu faire un pas de souris sans poser le problème ni ouvrir le débat clairement que vous n'auriez sans doute pu mieux faire !

Quoi qu'il en soit, le développement des soins palliatifs est une nécessité absolue au regard notamment du retard français. Encore faut-il que les services où ils sont dispensés ne soient pas considérés comme des mouvoirs. C'est pourquoi, dès l'annonce de la maladie, quand le pronostic vital est en jeu, et quelle qu'en soit l'issue, il faut que tous les malades bénéficient d'une prise en charge adaptée et continue. Ce n'est pas le cas aujourd'hui. Et cela nécessiterait, comme les malades eux-mêmes le soulignent, l'inscription dans la thérapie initiale d'un projet de suivi psychologique, la possibilité pour le médecin généraliste de suivre effectivement son patient – ce qui suppose sa rémunération – et une plus grande prise en compte des familles et des proches. Tout cela exige des moyens qui, malheureusement, font cruellement défaut.

Concernant le titre I<sup>er</sup>, je terminerai par les mesures de régionalisation de notre système de santé.

La nécessité d'évaluer, d'adapter et de décider des besoins sanitaires au plus près des citoyens semble aujourd'hui faire l'unanimité sur les bancs de notre assemblée.

**M. Jean-Michel Dubernard.** Merci, monsieur Juppé !

**M. Jean Bardet.** Dès 1995, des forums régionaux avaient été organisés, et je tiens à rappeler que c'est par les ordonnances de 1996 qu'ont été créées les agences régionales d'hospitalisation. Elles ont permis une meilleure rationalisation des soins dans les diverses régions et un meilleur équilibre entre celles-ci.

**Mme Muguette Jacquaint.** Tu parles !

**M. Jean Bardet.** Mais les ARH ne peuvent distribuer que ce qu'elles ont, et bien souvent elles n'ont fait que déshabiller Paul pour habiller Pierre. Si des moyens supplémentaires ne leur sont pas octroyés, ce n'est pas l'institution des conseils régionaux de santé qui changera quelque chose.

Quant au titre II, il entend améliorer la qualité du système de santé. Une nouvelle tâche est ainsi confiée à l'ANAES. Disons plutôt qu'elle confirme le rôle de cette dernière, rôle essentiel pour la transparence de notre structure hospitalière. Un article du *Quotidien du médecin* du 27 septembre 2001, relatif aux démarches d'accréditation, précisait en effet : « Quand des dysfonctionnements sont montrés du doigt par l'ANAES, ils concernent surtout les droits et l'information du patient ainsi que l'organisation de la prise en charge. » Autrement dit, mes chers collègues, l'élargissement dont il est question dans ce projet de loi est déjà réalisé. Ce même article évoque

les « visites ciblées » effectuées au bout de quelques mois par l'ANAES pour vérifier que ses recommandations et ses réserves ont permis d'améliorer les pratiques. Or, dans les cinq établissements – je vous rappelle qu'il y en a 3 700 – où elles ont eu lieu, les réserves initialement formulées ont été levées par l'agence.

Parfait, dira-t-on, mais le système de l'accréditation impose que les pouvoirs publics donnent aux services hospitaliers les moyens financiers de se mettre à niveau. Il est normal de retirer l'accréditation à un service de chirurgie dont les salles d'opération ne répondent pas aux normes de sécurité actuelles – telles que le double circuit pour les malades et les médecins, des salles de préanesthésie, de postanesthésie –, mais, dans ce cas, l'administration doit, sans tarder, faire le nécessaire pour engager les travaux utiles.

Ce ne sont pas des paroles en l'air. Permettez-moi, en effet, de citer une lettre qu'un surveillant de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris a écrite au directeur de l'investissement et du service technique de son hôpital. « Après prise de contact avec le cadre supérieur infirmière hygiéniste pour faire un état des lieux de cette salle, il est apparu de nombreux dysfonctionnements d'hygiène et de sécurité : le système d'arrivée d'eau stérile n'est plus aux normes, les robinetteries ne sont plus d'actualité, l'évier est également hors normes, les faux plafonds sont également percés à différents endroits pour permettre le passage de câbles d'alimentation, la peinture s'effrite également sur certains pans de murs. Pour toutes ces raisons, je vous demande d'appuyer ma demande auprès du service technique, afin qu'un bilan et qu'un état des lieux soient faits très rapidement. Je souhaite faire une révision complète de cette salle. » La lettre est restée sans réponse. Si, dans ce service, des cas de légionellose se déclarent, qui sera responsable ? Le chef de service ? Le directeur de l'hôpital ? Les médecins doivent-ils, dans un souci d'information, dire au malade que la salle où il est opéré n'est pas aux normes ?

De même, que l'on refuse à un service l'autorisation de pratiquer tel ou tel acte sous prétexte que son « débit » est insuffisant, tout en limitant les crédits à un nombre d'actes inférieur à celui qui est exigé, si le recrutement du service est insuffisant, est un abus de pouvoir. La crainte des chefs de service, actuellement, est que, pour motif d'accréditation, un certain nombre d'activités soient interdites, sous prétexte que, pour des raisons diverses et variées – locaux, personnel, etc. – elles ne répondent pas aux normes, alors que cette mise aux normes ne dépend pas d'eux.

Excusez-moi de prendre un exemple, monsieur le ministre, qui me touche personnellement. Mais l'intérêt de s'adresser, je ne dirai pas à des spécialistes, mais au moins à des professionnels, n'est-il pas qu'ils peuvent prendre des exemples vivants ?

Récemment, le service de cardiologie de l'hôpital Saint-Antoine a été restructuré. La consultation qui était dans des locaux indépendants a été intégrée au service, ce qui est très bien. Pour cela, il a été supprimé une salle de cours, une réserve et une chambre de patients de deux lits réservés à l'hôpital de jour, étant entendu tacitement avec l'administration que celui-ci serait transformé en consultation. Mais un texte réglementaire dit que, pour avoir l'accréditation en hôpital de jour, il faut avoir des locaux dédiés et du personnel dédié, ce qui n'est plus le cas. Voilà comment, par un tour de passe-passe, on supprime dans un service une activité utile aux malades et, c'est là le paradoxe, en lui refusant l'accréditation. Que dit votre texte de loi sur ce sujet ? Rien du tout.

M. le ministre délégué à la santé. Ce n'est pas vraiment son objet !

M. Jean Bardet. Son objet n'est-il pas d'améliorer les soins aux malades ? Alors, je vous cite maints exemples où ils ne le sont pas et où il y aurait des choses à faire, moins démagogiques que ce que vous proposez, mais beaucoup plus utiles !

Connaissez-vous, monsieur le ministre, beaucoup d'hôpitaux – encore un exemple – où des ascenseurs différents sont dédiés aux malades...

M. le ministre délégué à la santé. Ah, sur les ascenseurs, je suis muet ! (*Sourires.*)

Mme la présidente. Monsieur Bardet, allez donc au terme...

M. Jean Bardet. Bien sûr, et cela ne durera pas neuf mois ! (*Sourires.*)

Connaissez-vous, monsieur le ministre, disais-je, beaucoup d'hôpitaux où des ascenseurs sont dédiés aux malades, aux visites, au linge sale comme les textes le prédisent ?

Mme Catherine Génisson. Oui, beaucoup !

M. le ministre délégué à la santé. Absolument !

M. Jean Bardet. A qui en incombe l'obligation ? Est-ce au médecin d'en informer des malades ?

J'ai bien fait, monsieur le ministre, de vous poser cette bonne question car je vois que vous êtes au courant.

M. le ministre délégué à la santé. Je connais, en effet, des hôpitaux qui fonctionnent !

M. Jean Bardet. J'en viens maintenant à la création d'un office des professions paramédicales.

La loi du 4 février 1995 prévoyait la mise en place d'un ordre pour deux professions paramédicales : les podologues et les masseurs-kinésithérapeutes.

M. Jean Le Garrec, *président de la commission*. Ça y est !

M. Jean-Luc Prével. C'est une vraie question !

M. Jean Bardet. Depuis plus de cinq ans les professionnels concernés se battent pour obtenir l'application de cette loi, et ne font que se heurter au refus du Gouvernement, prétextant qu'il avait dans ses cartons la mesure qu'il présente aujourd'hui.

C'est, en tout état de cause, les réponses que j'ai obtenues de vos services aux deux questions écrites que j'avais posées à ce sujet.

Oui, mais voilà, cet office, les professionnels n'en veulent pas et...

M. Bernard Charles, *rapporteur*. Mais si !

M. Jean Bardet. Attendez, monsieur le rapporteur !

Cet office, les professionnels n'en veulent pas car ils craignent pour l'indépendance et la spécificité de leur fonction.

En effet, selon la fédération nationale des podologues, qui, je pense, est au courant du problème, « cette perte d'indépendance des professions précédemment garantie par l'institution de leur ordre dans l'appréciation des qualités professionnelles de leurs membres et dans l'élaboration de leurs obligations déontologiques, crée un préjudice essentiel tant à la meilleure qualité des soins qu'à la meilleure protection de la santé publique ». Alors que,

pour le syndicat national des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs, la création de cet office « serait considérée par la profession toute entière comme une ultime manœuvre discriminatoire ».

Le Conseil d'Etat, lui-même, leur a donné raison, le 23 novembre 1999, en ordonnant au ministre d'organiser les élections des deux conseils de l'ordre. Le Gouvernement s'en est tenu à sa vision des choses et a été condamné.

Vous offrez, monsieur le ministre, une étrange image du respect de la loi et de la parole de l'Etat et instituez un climat de défiance par rapport à vos propres déclarations qui ne me semble pas aller dans le sens du désir de transparence et de démocratie que vous affichez.

M. Bernard Charles, *rapporteur*, et M. le ministre délégué à la santé. Mais si !

M. Jean Bardet. L'une de vos priorités, dans ce titre II, est le développement d'une politique de prévention globale et cohérente.

Suffit-il de dire que désormais les actes de prévention et de dépistage sont considérés comme essentiels, et de créer des instances chargées de veiller à cette priorité, si les moyens qu'on lui consacre ne correspondent pas aux besoins ?

Nous sommes en période de vaccination contre la grippe. On ne peut actuellement avoir accès à un média, sans entendre ou lire une publicité incitant à se faire vacciner. Cette vaccination qui éviterait de nombreuses gripes, nombre de complications bronchiques et pulmonaires, bactériennes, et donc nombre de dépenses en antibiotiques et d'arrêts de travail n'est remboursée par la sécurité sociale que dans des cas très limités : sujets âgés ou affection de longue durée.

Le retard de la France, dans ce domaine, est dénoncé chaque année, notamment par l'Union européenne dans un domaine que votre texte n'évoque même pas : celui de la médecine du travail. Bruxelles reproche à la France de ne pas avoir un dispositif de veille sanitaire épidémiologique vraiment opérationnel et surtout d'être incapable d'évaluer sa politique de santé et de sécurité au travail.

Ce ne sont pas les quelques dispositions figurant dans le projet de loi de modernisation sociale qui permettront à la France d'améliorer significativement son dispositif.

Alors que plusieurs pays de l'Union européenne mettent en place des services de protection et de prévention primaire, animés par des équipes pluridisciplinaires réunissant des hygiénistes, des techniciens et des ingénieurs de sécurité, des ergonomes, des médecins et des infirmières, votre gouvernement se contente principalement d'adopter un plan de résorption du déficit constaté en médecine du travail, en régularisant des praticiens n'ayant pas de diplôme dans cette spécialité.

La prévention doit, en effet, être l'une des priorités de santé publique dans notre pays, surtout quand on sait que les causes de surmortalité prématurée survenue avant soixante-cinq ans sont liées davantage à des facteurs de comportement qu'à des pathologies traduisant un déficit en offres de soins.

Les actions de prévention sont financées par une dotation d'assurance maladie, alors même que cette dernière est en déficit et que vous avez vous-même, monsieur le ministre, déclaré en commission qu'il faudrait veiller à assurer son caractère pérenne, ce qui sous-entend que, pour l'instant, rien n'assure le financement de votre priorité.



Venons-en maintenant aux réseaux de santé, inscrits eux aussi dans les ordonnances de 1996, et qui devraient aller dans le sens du décloisonnement entre l'hospitalisation publique, l'hospitalisation privée et la médecine de ville. Leur développement se heurte pour l'instant au fait que le concept de réseau est encore flou. Beaucoup de praticiens et de directeurs d'hôpitaux voient dans les réseaux une structure supplémentaire venant s'intercaler dans les structures complexes existant déjà. De plus, leur financement est imprécis. Et ce n'est certes pas la présentation de votre projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 qui le rendra plus clair.

L'un de mes collègues a demandé en commission si on ne pouvait pas prévoir dans cette loi un sous-chapitre dédié aux réseaux de santé. Votre réponse lapidaire, « les services du ministère y travaillent », ne répond en rien au souci de transparence évoqué.

**M. Jean Le Garrec, président de la commission.** J'en ai parlé moi aussi !

**M. Jean Bardet.** Le titre III concerne les risques sanitaires et s'il contient quelques mesures positives...

**M. le ministre délégué à la santé.** Je suis d'accord !

**M. Jean Bardet.** ... il comporte aussi de nombreuses lacunes !

Le titre III concerne la réparation des risques sanitaires et, je le répète, contient quelques mesures positives mais aussi - ne vous réjouissez pas trop vite - de nombreuses lacunes !

L'un des points positifs est sans aucun doute l'assurabilité des risques aggravés.

Faisant suite à la signature de la convention Belorgey en avril dernier, qui avait pour but de faciliter l'accès à l'assurance décès dans le cadre d'un emprunt pour un client représentant un risque aggravé, cette disposition permettra aussi à toute personne âgée de moins de quarante-cinq ans de contracter, sans remplir de questionnaires médicaux, des crédits à la consommation.

Bien souvent, des patients atteints de maladie de longue durée ne pouvaient y avoir accès, ce qui restreignait considérablement leurs possibilités d'améliorer leur cadre et leur qualité de vie. Cette mesure va donc dans le bon sens mais, là aussi, le texte n'aborde pas tous les sujets. Car si elle contribue à rendre moins pénible la situation de handicap et de maladie, elle oublie, alors même que les auteurs de ce projet de loi voulaient avoir une approche globale, de pallier d'autres vides juridiques tout aussi importants pour la santé psychologique des personnes concernées. Je prendrai l'exemple du travail et de l'éventuel reclassement professionnel nécessité par l'état de santé de la personne.

Prenons le cas d'une personne atteinte de graves problèmes de dos et qui exerçait, avant le début de sa maladie, un travail dit physique. Après avis de son médecin traitant, on lui conseille de prendre contact avec le médecin du travail afin, d'une part, qu'il corrobore l'avis médical, et, d'autre part, qu'il fasse des propositions de reclassement. Ce médecin du travail dépend lui-même de l'employeur et demande à ce dernier s'il existe des possibilités de reclassement. Dans l'affirmative, aucune difficulté. Dans la négative, par contre, le malade employé a deux possibilités : soit enclencher, par une deuxième visite au médecin du travail, son licenciement pur et simple, accompagné toutefois de propositions de formation, soit arrêter tout le processus en continuant à multiplier les arrêts de travail afin de rester employé et de toucher ses

indemnités. Nous sommes là dans une situation de blocage, totalement validée par l'absence de textes juridiques, et qui enferme encore un peu plus la personne déjà touchée physiquement et moralement par sa maladie.

**Mme Muguette Jacquaint et M. Bernard Outin.** Merci patron !

**M. Jean Bardet.** Faciliter les démarches financières est certes une bonne chose, mais travailler à rendre sa place et sa dignité à la personne malade désireuse de reprendre une activité me paraît tout aussi important.

Le deuxième point positif de ce titre III, qui comporte lui aussi des absences, a trait à l'aléa thérapeutique et à son indemnisation.

La distinction entre faute et aléa, bien que je préfère le terme de risque, me semble avoir été bien précisée, ainsi que la différence de financement.

**M. le ministre délégué à la santé.** Merci !

**M. Jean Bardet.** En cas de faute, les assureurs prennent en charge la réparation. Dans le cas contraire, c'est le fonds d'indemnisation qui intervient au titre de la solidarité nationale.

La proposition de loi que j'avais présentée dès 1998 avec mes collègues Dubernard, Accoyer et Martin-Lalande, tendant à créer un fonds d'indemnisation des victimes du risque médical, avait la même finalité. Comme nous le disions dans l'exposé des motifs, « il nous faut considérer le risque médical comme un risque social qui doit être indemnisé ».

**M. le ministre délégué à la santé.** Absolument !

**M. Jean Bardet.** Si votre texte répond à ce postulat, on ne peut que difficilement comprendre ces deux importantes lacunes : tout d'abord, il ne fixe pas le niveau de gravité à partir duquel l'accident sera indemnisé,...

**M. le ministre délégué à la santé.** Cela relève du décret !

**M. Jean Bardet.** ... il ne tient donc pas compte des petits risques ; ensuite, et surtout, il ne règle pas le problème de l'hépatite C quand son virus a été contracté lors d'une transfusion sanguine et résulte donc de l'application d'une thérapeutique. Rappelons que la loi du 31 décembre 1992 prévoit, elle, l'indemnisation des victimes de contamination par le virus du sida. Il s'agit donc d'une injustice inacceptable et qui ne s'explique, malheureusement, que par le coût qu'une telle indemnisation engendrerait. Après la CMU à deux vitesses, nous avons l'indemnisation à deux vitesses !

Pour conclure sur ces trois titres, je dirai que les avancées qui s'y trouvent sont largement annihilées par les imprécisions et les absences qu'on y constate ; qu'elles ne seront effectives que si les moyens financiers qui en découlent sont totalement assurés ; et qu'elles ne permettent pas réellement d'établir le climat de confiance et la transparence dans les relations entre soignés et soignants dont vous vous faites l'apôtre. Elles posent en effet la question de la participation des usagers de la santé et de leurs associations à l'élaboration de l'organisation des soins. Encore faut-il se demander si le but avoué de rapprochement et d'information ne constituerait pas un tour de passe-passe visant à éviter d'affronter une autre problématique beaucoup plus cruciale, que je voudrais maintenant analyser et que je poserai dans les termes suivants.

Vouloir que les usagers prennent leur place dans le système de santé et vouloir les faire participer - disons plutôt les faire prétendument participer - aux décisions grâce

au débat, n'est-ce pas en fait vouloir les amener prochainement à faire eux-mêmes des choix douloureux qu'aucun responsable politique ne se résout à faire ?

Le rappel incessant, lors des travaux en commission, de la place de l'élu à tous les niveaux de concertation mis en place montre bien une préoccupation semblable à l'interrogation que je viens d'énoncer, ainsi que le malaise qui s'est emparé de nombreux élus.

Le projet de loi prévoit l'organisation de débats régionaux et d'un débat spécifique sur les perspectives du Gouvernement en matière de politique de santé, appelé à préparer le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale. Mais, si c'est pour aboutir au même exercice annuel consistant à voter un objectif de dépenses de santé toujours dépassé et dont personne ne connaît l'affectation précise, je ne vois pas en quoi nous irions vers plus de transparence, plus de qualité, ou plus de participation.

**M. Jean-Pierre Foucher.** Ça c'est vrai.

**M. Jean Bardet.** Rappelons que l'objectif 2000 a été dépassé de 17,3 milliards de francs et que celui fixé pour 2001 devrait l'être de 15,8 milliards.

**M. Jean-Luc Prél.** Et où est la qualité ?

**M. Jean Bardet.** Depuis quatre ans nous votons donc une enveloppe de dépenses en décalage complet avec la réalité.

**M. Jean-Michel Dubernard et M. Jean-Pierre Foucher.** Absolument !

**M. Jean Bardet.** Le projet de loi de financement de la sécurité sociale s'appuie sur les conclusions de la Conférence nationale de santé dont le président lui-même déclarait : « Il n'y a finalement aucune relation entre les besoins de santé et l'allocation des ressources. »

Quand cette même conférence, après des débats qui ont duré six mois, ne fait que lister les priorités qui doivent être fixées sans préciser ni leur coût, ni les moyens à mettre en œuvre pour les appliquer, on ne peut que conclure qu'elle ne joue pas son rôle. Dire, par exemple, que la mortalité néonatale est trop forte en France et qu'il faut la baisser, c'est dire une évidence. Mais il faut dire comment, combien cela coûte et combien d'argent on peut y consacrer.

Malgré cela, le Gouvernement décrète chaque année *a priori* l'enveloppe des dépenses en faisant croire que les objectifs définis par la Conférence nationale entreront dans cette enveloppe et que l'équilibre des comptes sera obtenu.

Malgré ces déclarations, la courbe des dépenses de santé n'a cessé de croître depuis quatre ans. Cette croissance est inexorable et tient à plusieurs facteurs : l'augmentation de l'espérance de vie ; les progrès de la médecine – et nier que la médecine coûte cher et coûtera de plus en plus cher est une contre-vérité qu'aucune personne de bonne foi ne peut soutenir ;...

**M. le ministre délégué à la santé.** C'est ce que j'ai dit !

**M. Jean Bardet.** Je dis : « Aucune personne de bonne foi ». Je n'ai jamais dit que vous étiez de mauvaise foi, monsieur le ministre.

Parmi les facteurs de la croissance des dépenses de santé, il faut mentionner, enfin, les abus de toutes sortes, ou considérés comme tels : abus de prescription, erreurs de gestion, dividendes de l'industrie pharmaceutique, etc.

Ne pouvant intervenir sur les deux premiers facteurs, on pose comme axiome de base que les coûts inutiles dus aux abus sont par définition égaux au déficit, quels que

soient la situation économique et les besoins sanitaires. Le moins que l'on puisse dire est que ce raisonnement apparaît simpliste. Si la réduction des coûts inutiles est bien évidemment une nécessité primordiale, elle ne résoudra en rien le problème de fond, comme le montrent les résultats obtenus ces dernières années.

Tant que nous n'aurons pas évalué précisément les besoins sanitaires des Français, notre débat sera vain.

**M. le ministre délégué à la santé.** Exact !

**M. Jean Bardet.** Une fois ces besoins sanitaires connus et définis, il faut les chiffrer. Il relève ensuite de la responsabilité du Parlement de dire, par exemple : les besoins sanitaires représentent 800 milliards, mais l'on ne souhaite consacrer que 700 milliards à la santé, ce qui implique des choix.

Il faut que cela soit fait en garantissant deux éléments fondamentaux que votre gouvernement ne respecte pas :

Le premier est l'égalité d'accès aux soins. Vous le reconnaissez d'ailleurs vous-même, monsieur le ministre, puisque vous avez pris, dans le cadre de la présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, l'engagement de mener « une démarche pour repérer les zones dans lesquelles un accès aisé aux soins n'est plus assuré ».

Le deuxième élément indispensable, c'est la transparence, qui s'oppose à la décision unilatérale de mettre en place une médecine à deux vitesses dont vous avez malheureusement posé les bases.

**M. Alfred Recours.** Avec vous, c'est la marche arrière !

**M. Jean Bardet.** Dans un article des *Echos* datant du 21 septembre dernier, intitulé « Les limites de la politique de santé soulignées par le rationnement d'un "médicament miracle" contre la polyarthrite », on apprend que, faute d'un budget suffisant, on ne pourra traiter que 1 500 malades alors qu'il faudrait en soigner au moins 4 500.

De multiples autres exemples pourraient être choisis : la toxine botulique, utilisée dans le traitement de certaines séquelles spastiques de maladies neurologiques, mais aussi toutes les chimiothérapies anticancéreuses dont les crédits accordés aux hôpitaux ne permettent pas de traiter tous les patients le nécessitant. Rappelons qu'en l'absence de tout débat avec les Français, le Gouvernement a décidé, il y a deux ans, de ne pas rembourser un nouveau médicament contre la grippe. Le Xenical, médicament contre l'obésité, lui non plus n'est pas remboursé. Citons aussi le chlorhydrate de midodrine, utilisé dans le traitement des hypotensions orthostatiques sévères, dont le laboratoire n'a même pas demandé le remboursement parce qu'il savait que le Gouvernement ne l'accepterait qu'à un prix dérisoire, renforçant encore l'idée de médecine à deux vitesses. Votre gouvernement est le premier à avoir autorisé la mise sur le marché de médicaments efficaces, ne pouvant être délivrés que sur prescription médicale, mais sans qu'ils soient pour autant remboursés par la sécurité sociale, sous prétexte qu'ils étaient trop chers. Où sont la transparence, la confiance, la responsabilité ? Ne croyez-vous pas, monsieur le ministre, que le premier droit du malade est celui de se faire soigner ?

Vouloir faire participer les usagers de la santé à des débats dont les bases et les enjeux sont truqués d'avance, c'est nier tout respect à nos concitoyens.

C'est pourquoi je vous demande, mes chers collègues, de voter cette question préalable. (*Applaudissements sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants.*)

Mme la présidente. La parole est à M. le ministre.

M. le ministre délégué à la santé. Je voudrais, avant de tenter de répondre très sommairement à M. Bardet, adresser mes remerciements à Claude Evin – qui a disparu, mais vous les lui transmettez. Il a rappelé, très éloquemment, que tous ces projets avaient été travaillés non seulement avec les associations, toutes les associations – et je reviendrai sur ce que vous avez dit de celles-ci, monsieur Bardet –, mais aussi sur la base d'un nombre exceptionnel de rapports et de concertations : rapport du Conseil économique et social en 1996, états généraux de la santé, rapport Nauche, rapport Cagnard, etc.

Je crois honnêtement, mais vous pouvez dire que c'est incompatible...

M. Jean Bardet. Je ne vous interromprai pas, monsieur le ministre.

M. le ministre délégué à la santé. ... que jamais un projet de loi n'a été travaillé aussi longtemps. Et je vous remercie de l'avoir rappelé. Il y a eu votre proposition de 1998, certes, mais il y avait aussi eu ma propre proposition en 1992. Nous avons donc mis dix ans pour écrire, au fond, à peu près la même chose à quelques nuances près, mais avec quelques améliorations, et surtout en écoutant les associations, les professionnels, les médecins, les malades.

M. Pierre Hellier. Tout va bien !

M. le ministre délégué à la santé. En tout cas, tout va beaucoup mieux qu'ailleurs, monsieur !

M. Georges Colombier. Ce n'est pas si sûr !

M. Pierre Hellier. On a regardé France 2 hier soir !

M. le ministre délégué à la santé. Je sais bien que ce que je vais dire vous donnera l'occasion de crier, mais pour que l'ensemble des malades d'Europe veuillent accéder à notre système de soins, il faut que les choses aillent bien mieux que vous le pensez. Malgré les manques, malgré les inégalités, malgré les défauts que sans doute nous améliorerons ensemble à la faveur de ce projet de loi, eh bien oui, cela va bien mieux qu'ailleurs ! Nous devons en être fiers. Arrêtons de le dénigrer. Oui, ça va mieux parce que les professionnels sont meilleurs. Oui, ça va mieux parce qu'il y a un meilleur accès aux soins. Oui, ça va mieux parce qu'il y a la couverture maladie universelle. Oui, ça va mieux parce que c'est bien mieux qu'ailleurs ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste et du groupe communiste.*)

Et quand je dis que cela va mieux qu'ailleurs, je ne dis pas que les choses vont suffisamment bien. (*Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants.*)

A M. Jean-Jacques Denis, je dirai qu'un certain nombre de ses réflexions et des amendements qu'il a proposés seront les bienvenus car nous n'avons peut-être pas travaillé avec une précision millimétrique à propos de la question du dossier médical, à propos de cette mission de réflexion éthique qu'il propose avec juste raison, ou encore à propos de la formation. Nous l'avons vu dans

certain services hospitaliers, par exemple aux Etats-Unis, ces services éthiques hospitaliers nous manquent beaucoup. Je vous remercie, monsieur le rapporteur, d'avoir proposé ces amendements dont nous reparlerons, car je ne fais ici que les mentionner.

M. Jean Le Garrec, *président de la commission*. Nous aurons le temps d'y revenir.

M. le ministre délégué à la santé. Justement, je ne fais que les mentionner, monsieur le président. A vrai dire, je vous croyais absent de l'hémicycle. C'est pourquoi je n'avais pas peur de rester allusif. (*Sourires.*)

Je ne dirai qu'un mot de l'intervention de Bernard Charles. Evidemment, il a été un peu inaudible mais, sur le fond, sa pensée a été exceptionnelle (*Sourires.*) Je le remercie d'avoir cité un certain nombre d'améliorations, dont je n'avais pas parlé, en particulier à propos des ostéopathes. Vous savez que les instances européennes nous demandaient depuis de très nombreuses années de consacrer cette profession...

M. Alfred Recours. C'est absolument indispensable !

M. le ministre délégué à la santé. ... et nous l'avons fait. Merci. Quant aux réseaux de santé et à la manière dont vous avez travaillé pour leur donner une base juridique, nous y reviendrons également.

J'en viens à mes réponses, très sommaires, à M. Bardet. Je ne dis pas que tout ce que vous avez dit est faux, monsieur le député.

M. Georges Colombier. Heureusement !

M. le ministre délégué à la santé. Mais tout ce que vous avez dit – ou presque tout – est à côté de ce projet de loi.

Mme Yvette Benayoun-Nakache. Exactement !

M. Marc Laffineur. Ses critiques sont justes, donc elles sont à côté du sujet !

M. le ministre délégué à la santé. Attendez, je parle à M. Bardet. Je sais que vous avez interprété sa pensée mais moi, je l'ai bien écouté.

Je vous remercie, monsieur Bardet, d'avoir signalé tous les manques que l'on peut déplorer en ce qui concerne le fonctionnement des hôpitaux. Je suis au courant. Simple-ment, ce n'est pas l'objet du projet de loi. Vous avez parlé d'un certain nombre de dysfonctionnements à l'intérieur des services : je ne dis pas que ce que vous dites n'est pas vrai. Vous avez rappelé la façon dont on modifie, en voulant l'améliorer, un service de cardiologie à Saint-Antoine, ou encore d'un ascenseur qui ne marche pas. Tout cela est sans doute vrai. Mais ce n'est quand même pas la façon dont nous avons voulu aborder le problème,...

M. Jean Bardet. C'est bien ce que je vous reproche !

M. le ministre délégué à la santé. ... puisque nous parlons des droits des malades.

En revanche, ce que vous nous avez reproché sur le fond en nous disant que nous faisons de la poudre aux yeux sans poser les vrais problèmes appelle quelques réponses de ma part.

Vous avez parlé de la sécurité sociale. Ce n'est pas le sujet, mais il est évident qu'elle est mère de toute chose et va nous fournir de quoi financer l'ensemble des dispositions, y compris, ce que vous demandiez tous les uns et les autres, en matière de prévention. Vous demandez,

peut-être pas vous, monsieur Bardet, mais j'en vois d'autres ici, que je ne désignerai pas, qui demandent une réduction du déficit.

**M. Michel Hunault.** Des noms ! (*Sourires.*)

**M. le ministre délégué à la santé.** Non, je ne dénoncerai personne ! Certains l'ont demandé et avaient raison de le demander. Nous l'avons fait. Vous me pardonneriez donc d'avoir cédé à la pression de certains élus qui siègent sur vos bancs, même si c'est quelque chose que nous voulions faire depuis longtemps. Voyons les chiffres. En 1995, le régime général de la sécurité sociale a connu un déficit de 70 milliards de francs. Vous étiez au pouvoir, c'est donc à vous qu'ils appartiennent ! En 1996, le déficit était de 50 milliards. Là aussi, ce sont les vôtres ! En 1997, le déficit était de 30 milliards de francs. Ils sont partiellement à vous. Que se passe-t-il ensuite ? Le déficit de 1998 est de 15 milliards. Celui de 1999 est de... zéro. Ne dites donc pas que les choses sont allées de mal en pis, elles se sont améliorées. Les chiffres que je vous cite sont ceux de la sécurité sociale. Ils sont publiés chaque année dans d'épais livres, que vous avez sans doute consultés. Ne disons pas n'importe quoi ! En fait, cela va mieux, même si cela ne va pas parfaitement bien. Mais 70 milliards en 1995 et 6,7 milliards cette année, ce n'est quand même pas exactement la même chose !

**M. Georges Colombier.** Ce n'est pas ce que nous entendons sur le terrain !

**M. Jean-Luc Prél.** Mais 6,7 milliards, c'est le déficit global ! Ce n'est pas celui de la branche maladie !

**M. le ministre délégué à la santé.** Et si vous voulez les chiffres des autres années, je vous les donne : 6 milliards de déficit en 2000 et 5 milliards en 2001. Mais vous les connaissez aussi bien que moi, alors ce n'est pas la peine. En plus, maintenant, chaque fois que j'aborde un sujet, le président de la commission des affaires sociales va me dire d'aller plus vite. Alors, je vais plus vite. (*Sourires.*)

Monsieur Bardet, vous avez parlé de l'office groupant certaines professions paramédicales. Vous savez que cinq professions y seront regroupées. Vous dites que la majorité n'était pas d'accord. Pardonnez-moi, vous vous trompez ! Seuls les pédicures se prononcent contre cet office. Ou du moins ils ne sont pas majoritairement pour.

**M. Jean-Luc Prél.** Les podologues !

**M. le ministre délégué à la santé.** Les pédicures-podologues se prononcent...

**M. Jean-Luc Prél.** Non, pas ceux que je rencontre ! (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste.*)

**M. Alfred Recours.** Vous ne rencontrez pas les bons, monsieur Prél !

**M. le ministre délégué à la santé.** Nous n'avons pas les mêmes habitudes pédestres, monsieur Prél ! Enfin, vous avez raison de tenir compte des minoritaires, bravo.

Mais, s'il vous plaît, arrêtez vos histoires : la majorité des kinésithérapeutes, qui manifestaient leur désaccord, sont maintenant d'accord. Les infirmiers, les orthophonistes, les orthoptistes sont tous d'accord. Nous les avons tellement consultés ! Nous avons passé des semaines avec eux ! Comment pouvez-vous dire ça ? Ils sont d'accord.

**M. Alfred Recours.** Sauf ceux que voit Prél, évidemment !

**M. le ministre délégué à la santé.** Vous, vous en fréquentez quelques-uns. Nous, nous avons fréquenté l'ensemble.

S'agissant des réseaux de santé, il faut que le financement, en effet, soit assuré. Il le sera pour une part et la base juridique nécessaire sera définie dans la loi. Nous allons déposer un amendement qui nous donnera la possibilité, si vous l'adoptez, de faire financer les réseaux par les collectivités territoriales et l'assurance maladie. C'est-à-dire que nous aurons un financement pérenne.

**M. Jean Le Garrec, président de la commission.** Mais oui !

**M. le ministre délégué à la santé.** Nous allons le faire. Sinon nous ne parlerions pas de réseaux. Cela fait tellement longtemps qu'on en parle, mais sans savoir comment les financer !

Vous avez parlé des malades de votre service – et je vous ai bien entendu –, et de la nécessité de leur prise en charge par des psychologues. Mais c'est exactement ce que nous proposons dans les réseaux, et ce pour la première fois. Ne soyez pas aussi injuste !

Nous avons hésité, c'est vrai, sur la psychothérapie, et vous comprendrez pourquoi. Mais nous n'avons pas hésité sur la prise en charge en psychothérapie par des psychologues à l'intérieur des réseaux. Et pour ne pas avoir à attendre une nouvelle nomenclature pour poser la question à la sécurité sociale, nous avons prévu que cette prise en charge sera assurée dans le réseau, au forfait, immédiatement !

**M. Alfred Recours.** Absolument !

**M. le ministre délégué à la santé.** Cela me fait plaisir que vous me posiez de telles questions, puisque je peux y répondre, mais nous n'avons pas lu le même projet de loi !

En ce qui concerne les soins palliatifs, vous exagérez singulièrement ! En 1998, monsieur Bardet, il y avait quatre-vingt-quatre unités mobiles et soixante-quatorze structures fixes de soins palliatifs, alors que, en 1997, il n'y en avait pas la moitié !

**M. Jean Le Garrec, président de la commission.** C'est vrai !

**M. le ministre délégué à la santé.** Au 31 décembre 2000, il y avait 265 unités mobiles et quatre-vingt-douze unités fixes. Ce n'est pas assez, mais c'est tout de même plus qu'auparavant !

**M. Jean Bardet.** Et combien de patients meurent chaque année ?

**M. le ministre délégué à la santé.** Le premier plan a été doté de 150 millions de francs en 1999, de 75 millions en 2000 et de 155 millions en 2001, soit au total 380 millions. Je viens de lancer le deuxième plan, qui est doté pour 2002 de 150 millions. Ne me dites pas qu'on ne s'est pas occupé des soins palliatifs !

**M. Georges Colombier.** C'est normal, c'est vous qui gouvernez.

**M. le ministre délégué à la santé.** Vous n'êtes jamais contents ! C'est systématique. Dès qu'on vous donne des chiffres, vous les contestez.

**M. Georges Colombier.** Mais non !

**M. le ministre délégué à la santé.** Il fallait faire ce que nous avons fait ; or vous ne l'avez pas fait ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste. – Protestations sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance.*)

M. Georges Colombier. Vous nous répondez cela à longueur de journée !

M. Jean-Michel Dubernard. Tout va bien !

M. le ministre délégué à la santé. Je n'ai jamais dit cela ! Cela allait mal parce que vous n'aviez rien fait, et c'est pour cela que j'ai créé les services de soins palliatifs.

M. Georges Colombier et M. Jean Bardet. Il y a quatre ans que vous êtes au Gouvernement !

M. le ministre délégué à la santé. Si vous aviez agi durant les trois années pendant lesquelles vous étiez au pouvoir, je n'aurais pas eu à créer les services de soins palliatifs !

M. Jean-Michel Dubernard. Tout va bien !

M. le ministre délégué à la santé. Mais non, tout ne va pas bien ! Et c'est pour cela que je présente ce projet de loi. Du reste, au fond de vous-mêmes, mesdames, messieurs de l'opposition, vous savez que nous avons raison. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste, du groupe communiste et du groupe Radical, Citoyen et Vert.*)

Mme la présidente. Dans les explications de vote, la parole est à M. Jean-Luc Prével, pour le groupe UDF.

M. Jean-Luc Prével. Monsieur le ministre, vous venez, avec passion, d'expliquer combien Jean Bardet avait eu tort de présenter sa question préalable. Pour ma part, je trouve qu'il l'a présentée avec toutes les nuances et l'objectivité requises. (*Rires et exclamations sur les bancs du groupe socialiste, du groupe communiste et du groupe Radical, Citoyen et Vert.*)

Je ne pourrai pas revenir dans le détail sur tout ce qu'a dit Jean Bardet, car, dans une explication de vote, il n'est pas possible d'aller au fond des choses, ...

Mme la présidente. Et de dépasser cinq minutes ! (*Sourires.*)

M. Jean-Luc Prével. ... mais j'aurai l'occasion de le faire tout au long de la discussion des articles.

M. Alfred Recours. Donc, selon vous, cette question préalable ne sera pas adoptée !

M. Jean-Luc Prével. Le groupe UDF apprécie plusieurs chapitres de ce texte, même s'il considère qu'il est souhaitable de les amender. Mais nous, nous attendions depuis plus de deux ans une grande loi dite de modernisation de la santé. En effet, chaque fois qu'un problème se posait, il nous était répondu qu'il serait traité dans la loi de modernisation de la santé.

Certes, monsieur le ministre – et sur ce point, je suis d'accord avec vous –, notre système de soin est reconnu comme l'un des meilleurs au monde, mais, actuellement, il connaît une crise extrêmement grave. Certains estiment même qu'il est au bord de l'explosion. Apportez-vous des réponses à cette crise dans ce texte que vous qualifiez de fondateur ? Je n'en ai pas l'impression.

M. Marcel Rogemont. Ce texte n'est pas fait pour cela !

M. Jean-Luc Prével. Si la qualité des soins ne dépend pas de la qualité des hôpitaux, des cliniques, des médecins, des infirmières, de qui dépend-elle ?

M. Alain Calmat. On est d'accord là-dessus !

M. Jean-Luc Prével. Qui, actuellement, dirige le système en France ? Le paritarisme est clairement remis en cause par le départ du MEDEF, par la CSG qui assure la glo-

balité du financement, par le fait que l'étatisation est quasiment achevée puisque c'est le ministre qui est responsable des hôpitaux, des cliniques, des médicaments et de la majeure partie de l'ambulatoire.

Avez-vous profité de ce projet de loi pour clarifier les rôles respectifs de l'Etat, des caisses, du monde professionnel ? Hélas, non !

Certes, le texte prévoit qu'un rapport sera présenté au Parlement au mois de mai – Mme Guigou l'a rappelé tout à l'heure. Mais nous, nous demandions depuis longtemps la tenue d'un débat. Celui-ci aura-t-il lieu ?

M. Jean Le Garrec, *président de la commission*. Oui !

M. Jean-Luc Prével. Et sera-t-il suivi d'un vote ? C'est une question essentielle, et j'ai assorti d'une possibilité d'amendement pas l'impression que vous y répondez par la négative.

M. Alfred Recours. Il est « préellement » étonnant ! (*Rires.*)

M. Jean-Luc Prével. Merci, monsieur Recours.

Les médecins libéraux, les infirmiers, les kinés sont désabusés, lassés d'être des boucs émissaires, lassés de ne voir aucune revalorisation du C, de la consultation, de la visite, de l'acte de soin infirmier. Que leur proposez-vous ? Hélas, rien !

La rentabilité des cliniques est actuellement nulle et beaucoup d'entre elles déposent leur bilan. Elles ne peuvent trouver le personnel indispensable et demandent une prise en compte de leur rôle essentiel dans les domaines de la chirurgie et de l'obstétrique. A cet égard, je me fais le porte-parole de mon ami Hellier au sujet des cliniques du Mans, qui sont dans une situation dont vous avez certainement entendu parler, monsieur le ministre. Bref, que leur proposez-vous ?

De nombreux hôpitaux, en tout cas ceux dont l'activité augmente, sont en situation budgétaire très difficile et accusent des reports de charge et des retards dans l'investissement. Or l'application des 35 heures va aggraver la situation.

M. Marcel Rogemont et M. Alfred Recours. Vous parlez de la loi de financement de la sécurité sociale !

M. Jean-Luc Prével. Il s'agit de la qualité des soins, mes chers collègues ! (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste.*)

D'autres problèmes majeurs ne sont pas réglés. Quand le seront-ils et par quels textes ? Je veux parler de la démographie médicale et paramédicale, de l'organisation des urgences et de la permanence des soins, de la réforme des études médicales dont j'ai lu, monsieur le ministre, il y a quelques jours, que vous regrettez qu'elle ne soit pas prévue. (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste.*) Or, la situation est grave, explosive ; des grèves dures sont prévues très prochainement.

M. Alain Calmat. Cela vous fait plaisir !

M. Jean-Luc Prével. Mais non, monsieur Calmat !

M. Jean-Michel Dubernard. Non, nous le regrettons tous !

Mme la présidente. Monsieur Prével, pouvez-vous conclure, vous arrivez au terme des cinq minutes qui vous sont imparties.

M. Jean-Luc Prével. En fait, la loi de modernisation de la santé a, hélas ! disparu au profit de la loi relative aux droits des malades et à la qualité des soins...

Mme Yvette Benayoun-Nakache. Aux droits des malades !

M. Jean-Luc Prével. Et à la qualité des soins, c'est écrit.

M. Marcel Rogemont. Il ne s'agit pas de la qualité des soins mais de la qualité du système de santé !

M. Jean-Luc Prével. En tout cas, les problèmes concernant la qualité des soins mériteraient d'être résolus.

Cela dit, je ferai plaisir à M. le ministre en reconnaissant que c'est grâce à sa pugnacité que ce projet de loi est débattu à l'Assemblée et en proposant de lui rendre son enfant en qualifiant ce texte de « loi Kouchner ».

M. le ministre délégué à la santé. Cela ne peut pas me faire de tort ! (*Sourires.*)

M. Jean-Luc Prével. Certes, nous allons discuter des droits du malade, de l'accès au dossier médical, de l'aléa thérapeutique, de la création de l'office des professions paramédicales. Ces dossiers sont points importants, je vous le concède. Mais ce projet de loi n'est pas à la hauteur des enjeux, et c'est pourquoi le groupe UDF votera la question préalable si bien présentée par Jean Bardet. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance, du groupe du Rassemblement pour la République et du groupe Démocratie libérale et Indépendants.*)

M. Alain Calmat. Donc, vous ne voulez pas améliorer le système de santé !

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Nauche, pour le groupe socialiste.

M. Philippe Nauche. Bien qu'il ait défendu la question préalable avec modération (*Sourires sur les bancs du groupe socialiste*), M. Bardet nous a montré que l'on pouvait parfois, dans cet hémicycle, faire preuve d'un peu de mauvaise foi.

M. Jean Bardet. C'est une attaque personnelle, madame la présidente. (*Sourires.*)

M. Philippe Nauche. Cela dit, la longueur de son propos nous montre bien que le débat est nécessaire, et qu'il n'y a donc pas lieu d'adopter une question préalable qui y ferait obstacle.

M. Bardet a bien voulu énumérer un certain nombre d'avancées dues à la politique de ce gouvernement soutenu par la gauche plurielle, telles la CMU, la mise en place des soins palliatifs, la sécurité sanitaire, ainsi que les droits nouveaux au bénéfice des malades contenus dans le texte.

Mais après, ça s'est un peu gâté. Votre conception du droit des malades me semble aujourd'hui dépassée, mon cher collègue. Le monde a changé. Or vous en êtes resté à une vision parternaliste de l'exercice médical, à l'endroit d'un malade qui ne serait pas une personne majeure.

M. Jean Bardet. Mais non !

M. Georges Colombier. Scandaleux !

M. Philippe Nauche. Votre exposé du protocole que vous appliqueriez dans un service d'urgence à un traumatisé crânien alcoolique me fait espérer que vous n'êtes pas spécialiste en médecine d'urgence, ou que vous n'êtes pas présent tous les jours dans ce type de service ! (*Rires sur les bancs du groupe socialiste.*)

Très honnêtement, votre conception de l'information des malades et des dangers nés de l'impossibilité des gens à voir la réalité en face, l'utilisation que vous avez faite de

certaines propos extraits du Livre blanc de la Ligue nationale contre le cancer, alors que ce texte a été préparé avec elle et que celle-ci est en parfait accord avec les propositions du Gouvernement, tout cela m'a semblé un peu tiré par les cheveux.

Quant à la vision simpliste de la psychologie des malades que vous avez exprimée tout à l'heure à la tribune, elle me fait espérer que vous n'êtes pas non plus spécialiste en psychologie.

M. Jean Bardet. Des malades, j'en vois tous les jours !

M. Jean-Michel Dubernard. Prenez garde, monsieur Nauche, de ne pas dresser les médecins contre cette loi !

M. Philippe Nauche. A ces considérations d'ordre général, vous avez ajouté des contrevérités sur les évolutions du statut de praticiens hospitaliers, quelques lieux communs concernant votre service, en particulier et en général. Sans parler de votre façon incantatoire de critiquer les mesures de ce texte, de la prise en otage que vous faites de la détresse humaine des familles des malades...

M. Jean Bardet. Alons, allons ! Je n'ai jamais parlé de cela !

M. Philippe Nauche. ... ou encore de vos approximations concernant l'information des patients, en particulier lorsque vous prétendez que lorsqu'on opère quelqu'un on ne le met pas au courant des risques qu'il encourt.

M. Jean Bardet. Tout à fait !

M. Philippe Nauche. C'est pourtant obligatoire depuis longtemps. Vous devriez demander aux anesthésistes qui travaillent dans votre service comment ils procèdent.

Votre vision incantatoire, apocalyptique, vous enfonce dans vos propres contradictions, monsieur Bardet. Vous demandez moins de prélèvements – c'est votre doctrine –, mais, dans le même temps, vous réclamez plus de moyens, tous azimuts et sans discernement...

M. Alain Calmat. Ça s'appelle de la démagogie !

M. Philippe Nauche. ... en particulier au profit exclusif de votre unique centre d'intérêt, c'est-à-dire votre service de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris.

M. Jean Bardet. Ça concerne tous les services ! Mon service est à l'image des autres, et mon seul souhait est que les services hospitaliers fonctionnent correctement !

M. Philippe Nauche. C'est le mien aussi !

M. Jean Le Garrec, *président de la commission*. Voilà au moins un point d'accord !

M. Philippe Nauche. Concernant l'office des professions paramédicales, je tiens à votre disposition, et à celle des élus qui le souhaitent, une lettre du 17 février 2000 cosignée par la Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs, la Fédération nationale des infirmiers, la Fédération nationale des orthophonistes, le Syndicat national autonome des orthoptistes et dans laquelle il est écrit : « Nos organisations professionnelles vous ont présenté individuellement leurs propositions concernant un office des professions paramédicales. La mise en commun de ces propositions permet de dégager entre nos professions un consensus dont nous tenons à vous faire part. » Ces professions sont-elles donc, comme vous le prétendez, complètement opposées à la mise en place d'un office des professions paramédicales ? (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste et du groupe communiste.*)

En définitive, vous avez exprimé votre nostalgie d'un certain pouvoir médical, votre nostalgie d'un mandarinat d'un autre siècle...

**M. Jean Bardet.** N'importe quoi !

**M. Philippe Nauche.** ... refusant de voir les évolutions de notre société et celles des demandes des malades, qui sont aussi des citoyens. Je ne vois donc là aucune raison de voter la question préalable. Le débat est nécessaire avant le vote de ce texte qui, n'en doutons pas, sera historique. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste et du groupe communiste.*)

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Muguette Jacquaint, pour le groupe communiste.

**Mme Muguette Jacquaint.** Le groupe communiste votera contre la question préalable qu'a défendue M. Bardet, et je vais expliquer pourquoi.

Je ne suis ni professeur de médecine, ni médecin, ni infirmière, mais, en tant qu'usager et en tant qu'élue, je me soucie autant que vous, monsieur Bardet, des droits des malades, de la qualité des soins et de l'intérêt des professionnels de santé. Pour moi, cela forme un tout.

« A qui allez-vous faire croire ? » nous avez-vous demandé. Je ne compte rien « faire croire », mais je me rappelle, monsieur Bardet, que, durant des années, vous et vos amis avez déclaré : « Il y a trop d'infirmières, trop de médecins, trop de dépenses publiques ! » ? (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*) Sans oublier le plan Juppé.

**M. Georges Colombier.** Le plan Juppé, c'est vous !

**Mme Muguette Jacquaint.** Cela étant, vous avez raison de dire que cela bouge, que les hospitaliers, les personnels et les usagers se font entendre – et ils n'ont pas tort. Mais, souvenez-vous qu'en 1995, ils se sont également fait entendre ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe communiste et du groupe socialiste.*)

Vous dites que rien ne va. C'est exagéré. Pour ma part, je ne dis pas que tout va bien et je remercie M. le ministre de reconnaître que tout ne va pas bien et qu'il faut encore prendre des mesures importantes pour répondre aux besoins que la population et les professionnels expriment en matière de prévention et de soins.

Je veux bien qu'on soit à quelques mois des élections, mais refuser de voir les avancées, ce qui va dans le bon sens, alors que l'on n'a pas su faire soi-même, c'est se rendre peu crédible.

Et monsieur Bardet, puisque vous déplorez que les moyens soient insuffisants pour répondre aux besoins – je suis la première à le regretter ainsi que les membres du groupe auquel j'appartiens –, je vous donne rendez-vous lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale. J'espère que votre groupe approuvera les propositions que nous ferons pour dégager de nouvelles recettes et de nouveaux moyens permettant de répondre aux besoins de santé. (*Applaudissements sur les bancs du groupe communiste et du groupe socialiste.*)

**Mme la présidente.** La parole est à M. Marc Laffineur, pour le groupe D.L.

**M. Marc Laffineur.** Monsieur le ministre, l'intitulé du projet de loi portant également sur la « qualité du système de santé », il ne faudra pas vous étonner que, durant toute la discussion, nous parlions aussi de ce qui ne va pas et des mesures susceptibles d'améliorer ce système de santé. Ne soyez pas surpris que nous soyons

décus par ce texte : en effet, nous considérons qu'il ne va pas au fond des choses et qu'il ne porte pas sur ce qu'il faut à améliorer.

Il est vrai que nous avons un bon système de santé. Mais si c'est le cas, c'est parce que les professionnels de santé sont particulièrement dévoués et s'efforcent de bien soigner leurs patients.

Mais notre système de santé est aussi au bord de l'explosion – et au fond de vous-même, vous le savez aussi, monsieur le ministre – tant les difficultés sont nombreuses. Et ces difficultés, elles sont devant nous. Vous nous dites que vous allez créer 450 000 postes d'infirmières à l'hôpital, alors que vous savez très bien que c'est impossible puisqu'il n'y a pas d'infirmière. (*Protestations sur les bancs du groupe socialiste.*)

De plus, alors que l'on sait depuis quatre ans que la RTT va être mise en place, le nombre de places aux concours d'infirmières n'a pas été augmenté en proportion.

**Mme Yvette Benayoun-Nakache.** C'est vous qui avez fermé les écoles d'infirmières !

**M. Marc Laffineur.** Il est normal que nous soyons tous passionnés par ce débat, car nous connaissons tous bien les problèmes qui se posent dans notre système de santé. Nous interviendrons donc durant cette discussion avec tout notre cœur et en y mettant toute la passion qui nous habite : vous devez l'accepter, monsieur le ministre.

**M. Alfred Recours.** Pour qu'il y ait débat, il ne faut pas adopter la question préalable.

**M. Marc Laffineur.** Jean Bardet a eu raison de souligner toutes les insuffisances du système de santé français actuel. Et même s'il fonctionne encore bien, nous pouvons être très inquiets pour les années à venir. C'est la raison pour laquelle nous voterons la question préalable.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Jean-Michel Dubernard, pour le groupe du RPR.

**M. Jean-Michel Dubernard.** Le débat est bien engagé. Et s'il devient un peu plus serein, je crois que ce sera un très bon débat. En définitive, nous sommes là pour échanger des idées ; or, nous avons beaucoup de choses à nous dire sur le sujet.

Mais je refuse le procès d'intention que vous venez de faire, monsieur Nauche, à mon collègue, pour plusieurs raisons.

D'abord, M. Bardet a souligné un certain nombre d'aspects positifs de ce texte. Il n'a pas tout rejeté en bloc. Il accepte ainsi les propositions en faveur des droits de la personne, des droits des usagers même s'il suggère que, par le biais d'amendements, des nuances soient apportées.

Ensuite, j'observe qu'il n'a fait que décrire ce qui se passe réellement dans nos hôpitaux publics au jour le jour. Peut-être cela vous choque-t-il parce que vous ignorez cette réalité, parce que les trop nombreuses stratifications administratives empêchent que les informations remontent jusqu'à la direction générale de l'hôpital, à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et bien entendu au ministre.

**M. Philippe Nauche.** Je vais dans les hôpitaux autant que vous !

**M. Jean-Michel Dubernard.** En fait, en élargissant le débat, M. Bardet a mis le doigt sur la véritable lacune de ce texte, qui ne traite pas le droit principal, le premier droit du malade, celui d'un accès égal pour tous à des soins de qualité. Là est pourtant le vrai problème.

M. Kouchner avait intitulé son premier texte « Droits des malades et modernisation du système de santé ». La modernisation du système de santé va de pair, en effet, avec les droits des malades. Malheureusement, le terme de modernisation a été remplacé par celui, plus vague, de « qualité », mais nous y reviendrons ultérieurement.

En fait, les aspects positifs, presque scintillants, de ce texte peuvent être comparés, permettez-moi une image pâtisseries, à une cerise, mais à une cerise sans le gâteau. (*Murmures.*) C'est la raison pour laquelle le groupe RPR votera la question préalable. (*Applaudissements sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants. – Exclamations sur les bancs du groupe socialiste.*)

Mme la présidente. Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix la question préalable.

*(La question préalable n'est pas adoptée.)*

Mme la présidente. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

7

## ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

Mme la présidente. Ce soir, à vingt et une heures quinze, troisième séance publique.

Suite de la discussion, après déclaration d'urgence, du projet de loi, n° 3258, relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé :

MM. Claude Evin, Bernard Charles et Jean-Jacques Denis, rapporteurs au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales (titres I à IV du rapport n° 3263).

La séance est levée.

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

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