

ASSEMBLÉE NATIONALE

DÉBATS PARLEMENTAIRES

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

11^e Législature

SESSION ORDINAIRE DE 2001-2002

4^e séance

COMPTE RENDU INTÉGRAL

3^e séance du mardi 2 octobre 2001



SOMMAIRE

PRÉSIDENCE DE M. CLAUDE GAILLARD

1. Droits des malades. – Suite de la discussion, après déclaration d'urgence, d'un projet de loi (p. 5345).

DISCUSSION GÉNÉRALE (p. 5345)

Mme Yvette Benayoun-Nakache,
M. Jean-Michel Dubernard,
Mme Muguette Jacquaint,
MM. Jean-Luc Prével,
Georges Sarre,
Marc Laffineur,
Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé ;
Mme Françoise Imbert,
MM. Bernard Accoyer,
Jean Pontier,
Jean-Pierre Foucher,
Mme Catherine Génisson,

MM. Bernard Perrut,
André Aschieri,
Pascal Terrasse,
Yves Bur,
Jean Rouger,
Mme Jacqueline Mathieu-Obadia,
M. Philippe Nauche.

Clôture de la discussion générale.

M. le ministre.

Renvoi de la suite de la discussion du projet de loi à la prochaine séance.

2. Dépôts de propositions de loi (p. 5371).
3. Dépôts de propositions de résolution (p. 5371).
4. Dépôt d'un rapport en application d'une loi (p. 5372).
5. Ordre du jour des prochaines séances (p. 5372).

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE M. CLAUDE GAILLARD,
vice-président

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

1

DROITS DES MALADES

Suite de la discussion,
après déclaration d'urgence, d'un projet de loi

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion, après déclaration d'urgence, du projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé (n^{os} 3258, 3263).

Discussion générale

M. le président. Dans la discussion générale, la parole est à Mme Yvette Benayoun-Nakache.

Mme Yvette Benayoun-Nakache. Monsieur le président, monsieur le ministre délégué à la santé, mesdames, messieurs les députés, avant mon intervention sur cet important projet de loi sur les droits des malades et la qualité du système de santé, je souhaite m'incliner, avec la représentation nationale, devant les vingt-neuf morts de l'usine AZF de Toulouse et témoigner mon affection aux 441 blessés, dont trente-quatre, gravement atteints, sont toujours hospitalisés. Je souhaite également rendre hommage à la population, très durement touchée, remarquable de dignité et de stoïcisme face à cette grande catastrophe. Je salue les médecins, le personnel médical et paramédical de notre CHU, des hôpitaux de Purpan et de Rangueil, qui ont été extraordinaires de professionnalisme et d'humanisme dans des conditions d'« exceptionnelle urgence », et je n'oublie pas tous les professionnels de santé privés et publics. Vous savez le rôle qui a été le leur, monsieur le ministre, car vous êtes venu sur place dès le vendredi.

Ce projet de loi, qui a été présenté au conseil des ministres dès le 5 septembre dernier, veut rendre plus humain le monde de la médecine tout en le modernisant. C'est donc un texte politiquement fondamental. En effet, lorsque Lionel Jospin en avait lancé le principe lors des états généraux de la santé en 1999, il avait soulevé un grand espoir. Nous le concrétisons aujourd'hui, n'en déplaise à M. Jean Bardet.

Mme Catherine Génisson. Il est parti !

Mme Yvette Benayoun-Nakache. Au cours des nombreuses auditions nationales ou locales qui ont précédé la préparation de ce projet de loi, je dois le souligner,

l'ensemble des ordres, des fédérations, des syndicats, des associations de malades ou d'usagers et l'ensemble des professionnels que compte la santé en France ont salué unanimement ce projet de loi. En effet, des perspectives thérapeutiques se sont ouvertes – songeons aux thérapies cellulaires ou à la médecine génétique –, des espoirs formidables sont nés pour le traitement du cancer ou des maladies de la vieillesse. Dans le même temps, le malaise hospitalier, la crise d'identité des professionnels libéraux, la revendication d'un rôle nouveau pour les associations se sont exprimés avec force. Enfin, le drame du sang a mis en lumière les conséquences tragiques des dérives possibles de la médecine et la nécessité d'une politique déterminée de sécurité sanitaire.

Ce projet de loi vise à prendre en compte ces aspirations, ces doutes, ces remises en cause. Il propose une réforme d'ensemble du fonctionnement du système de santé afin de le démocratiser et de le moderniser. Le texte se présente sous la forme d'un triptyque essentiel à mes yeux : les droits des personnes, les obligations des professionnels pour garantir la qualité de la médecine et la réparation des risques sanitaires en cas d'accident médical.

S'agissant des droits du malade, le titre I^{er} pose d'abord les conditions d'une démocratie sanitaire et son article 1^{er} énonce d'emblée les droits fondamentaux de la personne malade :

Droit au respect de la dignité, par exemple, dans la situation de fin de vie ou de traitements particulièrement lourds ;

Non-discrimination en matière d'accès à la prévention et aux soins, mais aussi de caractéristiques génétiques ou d'orientations sexuelles ;

Droit au respect du secret médical ;

Droit d'accéder aux soins les plus appropriés à son état, à la sécurité sanitaire, à la continuité des soins. Est rappelée, entre autres, l'obligation de sécurité qui s'impose à tout fournisseur de produit.

Le respect de ces droits sera désormais pris en compte dans l'évaluation des soins et l'accréditation des établissements. Dans certains cas de dangers graves, les mineurs qui ne veulent pas révéler leur état de santé à leurs parents pourront accéder aux soins dont ils ont besoin en toute confidentialité. Conséquence logique de ces droits : le malade ne peut plus être regardé comme une personne passive, soumise aux décisions médicales. Il a droit à l'information la plus complète possible et prend les décisions qui concernent sa santé, sur proposition des professionnels. Il a le droit d'être informé, mais aussi de ne pas l'être s'il le souhaite, sauf si d'autres personnes sont exposées à un risque de transmission infectieuse ou génétique.

Autre point important : l'accès direct au dossier médical. Tout malade pourra accéder directement à son dossier médical. C'était l'une des demandes essentielles exprimées lors des états généraux. Lorsque le texte aura été voté, le malade pourra demander – lui-même ou par l'intermédiaire d'un médecin, comme auparavant – et obtenir comptes rendus, résultats d'examen, feuille de surveillance, correspondance entre professionnels, sauf pour les informations concernant quelqu'un d'autre.

S'agissant de la place des associations, il est créé un statut pour les associations de malades et d'usagers. Comme vous l'avez souligné, monsieur le ministre : « Il est le pivot de la reconnaissance de leur rôle dans le système de santé. » Celles qui seront agréées seront reconnues comme des acteurs à part entière et pourront exercer les droits de la partie civile. Des commissions de relation seront mises en place dans les établissements. Elles suivront l'exercice des droits des malades et faciliteront l'expression du droit des usagers, notamment en cas de désaccord.

J'en viens à la transparence. Certaines dispositions complètent les obligations déontologiques, afin notamment d'assurer l'indépendance des professionnels de la santé à l'égard des intérêts économiques. L'article 25, très attendu lui aussi, réforme la procédure d'élaboration de la politique de santé. Jusqu'à présent, celle-ci n'était discutée au Parlement que dans le cadre du financement de la sécurité sociale, dont elle était une simple composante. Désormais, le Gouvernement préparera chaque année un rapport qui sera transmis au Parlement et donnera lieu à un débat préalable au vote de la loi de financement de la sécurité sociale.

Autre point important : la qualité du système de santé, dont il a été beaucoup question tout à l'heure. Le titre II du projet de loi vise à améliorer la qualité du système de santé, et surtout à garantir la sécurité des patients. Ainsi le préfet pourra-t-il suspendre un praticien considéré comme dangereux. La chirurgie esthétique sera mieux contrôlée. Ses installations seront soumises au respect de normes sanitaires et devront faire l'objet d'une autorisation d'ouverture. Les patients devront préalablement être informés des coûts et des risques encourus. Ils disposeront d'un délai minimum pour donner leur consentement. La procédure de rappel des patients est renforcée en cas de risque découvert après les soins. D'autres dispositions développent la formation continue des professionnels de santé : elle devient obligatoire pour tous les médecins, quel que soit leur mode d'exercice. Il sera créé un office regroupant certaines professions paramédicales – les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes, les pédicures-podologues.

Le titre III du projet de loi vise, quant à lui, à mieux réparer les risques sanitaires. Par ailleurs, le projet de loi vise à faciliter l'accès à l'assurance des personnes présentant des risques aggravés du fait de leur état de santé ou d'un handicap et pose le principe d'une convention, dont il précise le champ d'application et la mise en œuvre. C'était l'une des plus importantes demandes des associations des malades, qui ne pouvaient que constater l'échec d'un premier dispositif dont l'existence était seulement conventionnelle et non légale. Après le vote de la loi, la convention qui sera conclue concernera non seulement les personnes séro-positives, mais également de nombreuses autres, comme les cancéreux en phase de rémission, les diabétiques, etc.

S'agissant de l'indemnisation des victimes, le projet clarifie les règles régissant la responsabilité médicale. Les professionnels et les établissements de santé ne sont responsables qu'en cas de faute. Ils devront souscrire une assurance responsabilité civile couvrant les dommages qui peuvent être causés par leurs activités. Des commissions régionales de conciliations et d'indemnisation, présidées par un magistrat, faciliteront le règlement amiable des conflits et l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux.

Concernant l'aléa thérapeutique enfin, le projet de loi crée un droit à l'indemnisation des accidents médicaux graves sans faute des médecins, des accidents liés aux

médicaments – iatrogènes – ou des infections acquises à l'hôpital – nosocomiales. Cette indemnisation est basée sur un taux d'incapacité grave, défini par décret. Elle pourra être obtenue grâce à une procédure amiable devant les commissions régionales de conciliation et être versée par un office national d'indemnisation.

Après cette présentation du projet de loi, que j'ai vue la plus succincte possible, monsieur le président, j'évoquerai quatre amendements particulièrement soutenus par le groupe socialiste et moi-même et que la commission des affaires culturelles, familiales et sociales a retenus.

Le premier, très symbolique, vise, à modifier la dénomination des ordres des professions médicales. On parlera non plus d'ordre, mais de collège professionnel. Cette modification nous a été demandée par les ordres eux-mêmes. Elle est le signe d'une volonté des médecins de repenser leur art de façon plus moderne et plus solidaire.

L'amendement sur les ostéopathes et les chiropracteurs est également symbolique des bouleversements qu'a connus la santé. En effet, que l'on s'en félicite ou non, qu'on le souhaite ou non, de plus en plus de nos concitoyens se tournent vers ces médecines dites « non conventionnelles ». C'est une réalité que le législateur devait prendre en compte afin de protéger l'ensemble de ceux qui y ont recours contre les charlatans. Malheureusement, certaines personnes mal intentionnées y trouvent une vitrine idéale pour développer leur thèse sectaire. Aussi cet amendement vise-t-il à reconnaître le titre d'ostéopathe ou de chiropracteur à des professionnels qui auront suivi un cursus validé à la fois par la profession et par l'Etat. Il vise à protéger nos concitoyens et à reconnaître des professionnels compétents, qui agissent souvent en complément de la médecine dite traditionnelle.

Un troisième amendement a retenu mon attention. Défendu par le rapporteur Bernard Charles et par l'ensemble des membres du groupe socialiste, il porte sur la reconnaissance de la gynécologie médicale en tant que spécialiste. En effet, les gynécologues médicaux accompagnent les femmes tout au long de leur vie et jouent, notamment, un rôle essentiel en matière de prévention. Cet amendement vise en outre à inscrire dans la loi qu'il n'y a aucune obligation pour les usagers de passer par leur médecin généraliste avant une visite chez un gynécologue médical.

Autre amendement, celui qui vise à demander au Gouvernement de produire un rapport sur la situation des techniciens de laboratoire et des conducteurs-ambulanciers au regard de leur passage en catégorie B active. En effet, ces deux catégories d'emploi n'entrent pas aujourd'hui dans les critères de « fatigues exceptionnelles », de « risques particuliers » et de « contacts directs avec les malades, leurs effets ou les objets en contact avec des malades » que requiert le classement en service actif, alors même que, dans la pratique, ces professions sont confrontées à ces difficultés, au même titre que les emplois de kinésithérapeute, d'infirmier ou de manipulateur radio. Il s'agit, par cet amendement, de poursuivre la réflexion déjà engagée entre l'Assemblée nationale et le Gouvernement lors des débats sur le projet de loi de modernisation sociale.

Comme vous l'avez dit et écrit, monsieur le ministre, ce projet de loi se caractérise par trois mots : transparence, responsabilité et confiance, afin que notre système de santé, le premier au monde, puisse apporter encore plus, mais encore mieux, à tous les malades actuels et à venir. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste et du groupe communiste.*)

M. le président. La parole est à M. Jean-Michel Dubernard.

M. Jean-Michel Dubernard. Monsieur le président, monsieur le ministre délégué à la santé, mes chers collègues, enfin un texte sur les droits des malades incluant le droit à l'indemnisation des victimes du risque médical, terme que je préfère d'ailleurs à celui d'« accident médical » ou d'« aléa thérapeutique » et qui cadre assez avec celui d'« assurance maladie » !

Enfin ce texte tant attendu par les plus actives des associations de victimes !

Enfin, un texte qui aurait pu rendre plus sereine la relation médecin-malade alors que le nombre de plaintes, justifiées ou non, va croissant !

Enfin un projet de loi concrétisant de nombreuses propositions de loi déposées depuis des années par des parlementaires siégeant souvent à droite de l'hémicycle !

M. Jean-Luc Préel. Dont M. Dubernard !

M. Jean-Michel Dubernard. Enfin, mais seulement à l'issue de la législature, à quelques mois d'échéances électorales qui ne peuvent qu'influencer ce débat. En fin de législature pour vous aussi, monsieur le ministre, qui avez réussi, malgré tout, à faire inscrire ce texte.

Au cours des explications de vote, j'ai dit, comme M. Bardet et comme tous mes collègues de l'opposition, que ce texte avait des aspects positifs, mais qu'il semblait être une cerise sur un gâteau virtuel, ou comme la cerise sans le gâteau...

M. Bernard Kouchner, *ministre délégué à la santé*. Enfin mais hélas ! (*Sourires*)

M. Jean-Michel Dubernard. La formule me satisfait !

Intitulé initialement « droits des malades et modernisation du système de santé », il a suscité beaucoup d'espoirs chez les patients, notamment parmi les associations de malades porteurs de maladies chroniques qui connaissent bien le système de santé et chez les professionnels de santé, de ville ou hospitaliers, à l'hôpital public comme à l'hôpital privé, qui vivent l'inexorable dégradation de ce système.

Je suis désolé, mais quand j'entends à longueur de journée, de séance que nous avons le premier système de santé du monde, je pense que nous commettons un péché d'autosatisfaction.

Mme Muguette Jacquaint. Ce sont les professionnels de santé eux-mêmes qui le disent !

M. Jean-Michel Dubernard. Demandez-leur et vous verrez !

Mme Yvette Benayoun-Nakache. En tout cas, à Toulouse, ce système a fait ses preuves !

M. Jean-Michel Dubernard. Madame la députée, ces professionnels de santé attendaient « la » réforme, de l'ampleur de celle de 1959, qui s'impose aujourd'hui. Moi aussi, je l'attendais ! Et puis le titre de la loi a changé. D'où leur déception, la mienne et peut-être aussi la vôtre, monsieur le ministre...

Le terme « modernisation » a disparu et se trouve remplacé par l'expression « qualité du système de santé » avec des articles certes nécessaires pour adapter les structures, comme les conseil des ordres - dont le nom change, bien ce que ne soit pas l'essentiel -, la formation médicale continue ou encore la prévention. Les mesures proposées ressemblent à s'y méprendre à un DMOS ou à un DDOS.

Oui, notre système de santé doit se moderniser ! Se gargariser des classements, d'ailleurs variables, de l'OCDE ne suffit pas à masquer les insuffisances de plus en plus criantes de l'hospitalisation publique et privée, malgré les efforts des médecins et des infirmières. L'autosatisfaction ne suffit pas à masquer les difficultés de la médecine de ville, qui vont en s'aggravant malgré les efforts des médecins et des autres professionnels de santé. Les bonnes paroles ne suffisent pas à cacher le décalage tragique entre la théorie et la pratique dans le domaine de la prévention et de la santé publique en général. Je pense, entre autres, à la PMI, à la médecine scolaire, dont les infirmières sont en grève aujourd'hui, et à la médecine du travail.

Ce n'est pas faire du misérabilisme que de rapporter les conditions d'accueil dans les services d'urgence dont 10 millions de Français franchissent chaque année le seuil ; la presse s'en est chargée tout l'été.

Ce n'est pas faire du misérabilisme que de dire ici haut et fort, comme l'a fait mon collègue Bardet à sa manière, les difficultés au quotidien, la pénurie criante de moyens et d'équipements, le délabrement des locaux, les déplorables conditions d'accueil d'un très grand nombre de services hospitaliers publics. Résultat : les chefs de service, toujours plus nombreux, démissionnent, partent à l'étranger, vers le privé ou l'industrie pharmaceutique, à moins qu'ils ne se démobilisent.

A Lyon, cette année, il y eut neuf nominations... et six départs, ce qui est tout de même beaucoup. Ces départs ne sont pas compensés et le différentiel n'est que de plus trois. Il faut le savoir.

M. le ministre délégué à la santé. Ce ne sont pas les mêmes !

M. Jean-Michel Dubernard. Les internes, les chefs de cliniques se détournent de la carrière hospitalière ou hospitalo-universitaire avec les conséquences que nous connaissons dans les hôpitaux généraux, dont les chirurgiens seront en grève vendredi.

Ce n'est pas faire du misérabilisme que de dénoncer les conditions d'exercice toujours plus astreignantes, plus encadrées dans les cliniques privées, notamment celles appartenant aux grands groupes à logique capitaliste.

Ce n'est pas faire du misérabilisme que de qualifier d'anormales et de négatives pour la santé du pays les conditions de travail des professionnels de santé de ville. On l'a dit tout à l'heure : 115 francs la consultation, 17,50 francs l'injection intramusculaire par une infirmière, 14 francs la toilette. Ce sont les chiffres ! Voilà ce que vivent ces professionnels ! Comment voulez-vous qu'ils prennent le temps d'être humains quand ils sont obligés de multiplier les actes pour avoir un revenu décent ?

En commission, monsieur le ministre, vous m'avez suggéré de ne pas établir de « martyrologe » des malades... Je ne le ferai pas, même s'il existe et vous le savez bien. Demandez à ces patients qui ont attendu des heures durant sur un chariot dans le couloir des urgences ! Demandez à ceux qui, après un transfert chaotique, se retrouvent dans un service de chirurgie pour traiter un paludisme aigu ou dans un service de médecine pour surveiller un anévrisme menaçant de rompre ! Et cela dans les meilleurs CHU.

M. Bernard Accoyer. Eh oui !

M. Jean-Michel Dubernard. A côté, il y a ceux pour lesquels tout se passe bien. Mais est-ce une raison pour négliger les premiers, pour les oublier, pour faire comme s'ils n'existaient pas ?

Sans être un adepte des « lamentos » – je vous cite, monsieur le ministre – ou de la martyrologie, la réalité m'autorise à affirmer que le droit premier des malades, celui qu'ils placent à juste titre avant tous les autres et en tête de toutes les enquêtes – « un accès égal à des soins de qualité égale pour tous » –, n'est pas respecté. Et c'est ça qui me fait parler de « cerise sur le gâteau ».

M. Bernard Accoyer. C'est ça, la démocratie sanitaire !

M. Jean-Michel Dubernard. Les inégalités sociales, vous le savez, s'aggravent, en attendant l'effet CMU... s'il se produit. Les inégalités géographiques persistent malgré les agences régionales d'hospitalisation. Mieux vaut être victime d'un infarctus du myocarde ou d'un traumatisme grave à proximité d'un service d'urgence d'un CHU ou d'un gros CHG plutôt qu'à proximité d'un petit hôpital où il arrive que les prestations de qualité parfois discutables soient fournies par des médecins de qualification incertaine. Il faut bien le reconnaître.

Autre forme d'inégalité, que nous connaissons tous : l'inégalité relationnelle, qui permet d'être bien ou mieux orienté vers le praticien qui, en ville ou à l'hôpital, est le plus qualifié.

Il reste bien du travail à l'ANAES, qui se hâte lentement, pour que soit reconnu le droit premier des malades : « un accès égal à des soins de qualité égale pour tous ».

Moderniser le système de santé était indispensable. Vous auriez pu le faire, mettant ainsi en valeur les droits que vous faites apparaître dans la loi aujourd'hui, qu'il s'agisse des droits de la personne : dignité, non-discrimination – mais pourquoi ne pas avoir intégré, à propos des caractéristiques génétiques, les travaux de la mission bioéthique ? –, respect de la vie privée, secret médical de plus en plus difficile à protéger, soins appropriés ou les plus appropriés – il y a une nuance – à l'état du patient, traitement de la douleur ; qu'il s'agisse enfin des droits des usagers : consentement, information.

On a longuement parlé en commission de l'information. Tout le monde est globalement d'accord, à condition que la notion soit précisée. Le texte de loi fait état de la notion de « documents formalisés ». Celle-ci a du sens, mais il nous faudra, au cours des prochaines séances, la préciser encore pour que les notes personnelles des médecins ou celles des étudiants en médecine à l'hôpital, notes qui posent indiscutablement problème, ne soient pas transmises, même si elles font partie du dossier médical. En effet, cette transmission peut comporter des risques, notamment celui d'un double dossier. En fait, si on reconnaît que ces éléments ne doivent pas être transmis, il suffit de préciser, par exemple, qu'on rédigera des résumés standardisés de séjour et des comptes rendus d'examen. Mais c'est la loi qui doit le dire, pas un décret.

M. Bernard Accoyer. Exact !

M. Jean-Michel Dubernard. Je saisis aussi l'occasion de souligner l'affligeant manque de moyens, dont on ne nous parle pas, des services d'information médicale dans les hôpitaux et de l'information médicale dans les services cliniques. A quand le nouveau métier – qui existe déjà dans de nombreux autres pays – de secrétaire-infirmière, qui suppose une formation spécifique ? Quatre personnes pour deux cents lits, c'est à peu près ainsi que cela fonctionne. Pourquoi n'a-t-on pas créé ce métier ? Cela simplifierait tout.

Rassurer le patient, oui. Mais tranquilliser aussi un corps médical qui craint la dérive vers la judiciarisation et qui s'indigne de voir le Premier ministre et vous-même,

monsieur le ministre, aujourd'hui encore dans un grand journal du matin, parler de « révolution culturelle ». N'est-ce pas un peu trop fort ? Comme si la relation médecin-malade, ce colloque singulier qui fait la beauté de ce métier, n'existait pas depuis longtemps, depuis toujours. Si un fossé s'est créé, il faudrait s'interroger sur ses causes, notamment sur les tarifs ridiculement bas des consultations que je citais tout à l'heure. Comment prendre le temps de bien informer dans ces conditions de travail ?

Mme Catherine Génisson. Il n'y a pas que cela !

M. Jean-Michel Dubernard. C'est un des vrais problèmes.

L'indemnisation des victimes d'accident médical est certainement la partie la plus attendue et la plus importante du texte. Elle vise à supprimer une grande injustice, celle que constituait la distinction entre victimes d'une faute médicale et victimes d'un accident médical, les premières étant indemnisées par l'assurance du médecin ou de l'établissement, les secondes n'étant pas indemnisées, même si les arrêts Gomes ou Bianchi ont fait évoluer la jurisprudence. La loi prend aussi en compte les situations fréquentes où faute et accident sont plus ou moins mêlés et difficiles à distinguer.

Vous avez choisi de faire financer l'Office national d'indemnisation par l'assurance maladie plutôt que par l'Etat ou les assurances privées. La notion de solidarité aurait été, selon moi, mieux exprimée par une dotation de l'Etat. Mais, après tout, dans assurance maladie, il y a le terme « assurance ».

L'injustice dans ce texte, vous le savez bien, c'est la non-indemnisation des victimes du virus de l'hépatite C, même si l'article 61 instaure une présomption d'imputabilité. Les victimes sont nombreuses, le coût aurait été élevé, mais ne fallait-il pas aller jusqu'au bout de cet esprit de solidarité ou pour le moins – même si cela eût aussi été injuste – indemniser les sujets en fin d'évolution de la maladie, atteints de cirrhose ou de cancer ? Nous en reparlerons sans doute au cours du débat.

A propos du titre II, deux points méritent d'être soulevés.

Dans le cadre de la « démocratie sanitaire », un bien grand mot qui sonne faux, la représentativité des usagers a été évoquée. Je suis assez d'accord avec ce que M. Bardet a dit. Peut-on la limiter aux seules associations de patients ? Pour moi, la réponse est non, même si je salue le rôle qu'elles ont joué pour promouvoir cette loi et l'aide qu'elles apportent aux malades atteints du sida, de myopathie, d'insuffisance rénale – je cite délibérément ces maladies –, de diabète, d'asthme – que je cite aussi délibérément – et de bien d'autres maladies, toutes chroniques. Ces associations ne représentent pas les centaines de milliers de personnes atteintes d'appendicite aiguë ou de fracture du col du fémur, qui sont des usagers du système de santé comme les autres.

Je vois M. Prél s'agiter quand je dis qu'au Canada et en Suisse, où la démocratie locale est solidement implantée, les représentants des usagers sont élus. En France, ce rôle devrait logiquement revenir aux élus, à condition qu'ils soient formés, à condition aussi qu'ils représentent dans cette fonction les citoyens qui les ont élus plutôt que les collectivités locales au sein desquelles ils siègent.

M. Bernard Accoyer. Ah ça !

M. Jean-Michel Dubernard. Le chapitre II aborde la formation médicale continue, adaptant les dispositions de l'ordonnance de 1996. C'est effectivement un facteur

important de la qualité des soins, mais l'autre grande absente de cette partie du texte est la formation initiale des médecins et l'indispensable réforme du premier cycle des études médicales.

« Qualité du système de santé » : c'est le titre de la loi. Or vous connaissez comme moi le gâchis humain de la première année de médecine et ces 85 % d'étudiants qui, après deux années de dur labeur – ce n'est pas n'importe quoi, c'est comme des « prépas » –, se retrouvent deux ans en arrière, comme s'ils venaient d'obtenir le baccalauréat, démobilisés et démoralisés. Les conséquences psychologiques de cet échec sont souvent graves.

M. Bernard Accoyer. Ah ça !

M. le ministre délégué à la santé. Nous nous en occupons !

M. Jean-Michel Dubernard. Vous connaissez les amphithéâtres bondés qui rendent inadapté tout effort pédagogique, la difficulté d'accès aux études de médecine pour les titulaires des bacs L ou ES. Nous sommes nombreux à prôner une formation commune, d'un an au moins, pour toutes les professions de santé afin de leur donner le même socle de valeurs. Qu'est devenue la réforme si bien engagée par le prédécesseur de l'actuel ministre de l'enseignement supérieur ? Les solutions proposées étaient pourtant les bonnes...

M. Bernard Accoyer et M. Jean-Luc Prével. Ah !

M. Jean-Michel Dubernard. Le groupe qu'il avait réuni travaillait, et j'en faisais partie – bien entendu, à titre personnel. Pourquoi cette réforme a-t-elle été enterrée ?

M. le ministre délégué à la santé. Parce que nous en faisons une autre !

M. Jean-Michel Dubernard. Non !

M. le ministre délégué à la santé. Si, nous sommes en train, monsieur Dubernard !

M. Jean-Michel Dubernard. Il y aurait beaucoup à dire sur bien d'autres sujets du texte. Mais vous comprendrez, monsieur le ministre, que ces deux lacunes majeures, à savoir l'absence d'une véritable modernisation du système de santé, dont l'impact est fort sur l'égalité de l'accès aux soins et sur le droit des malades, et l'absence d'une réforme de la formation médicale initiale, qui contribue fortement à la qualité du système, pèseront lourd sur notre vote à la fin du débat. (*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 Mme Muguette Jacquaint.

Mme Muguette Jacquaint. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, la session parlementaire s'ouvre aujourd'hui avec un projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Il n'est pas anodin que ce soit le premier texte inscrit à l'ordre du jour de l'Assemblée nationale. En effet, les questions de santé et de protection sociale sont des préoccupations essentielles pour l'ensemble de la population et de très nombreuses professions.

Ce projet de loi, lié au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2002, qui sera débattu dans quelques semaines, doit contribuer au règlement de situations de plus en plus exigeantes dans le domaine de la santé. On ne peut ignorer, monsieur le ministre, les manifestations des personnels hospitaliers sur l'application

des 35 heures pas plus que la mobilisation de plusieurs professions durant l'été dernier, lesquelles vont se poursuivre. Des efforts restent à faire dans le domaine de la santé, afin de répondre aux exigences de notre temps, exprimées par les patients et les professionnels.

Le texte que nous examinons aujourd'hui fait suite à une réflexion déjà ancienne, remise à jour au cours des états généraux de la santé qui se sont déroulés de l'automne 1998 à l'été 1999. Ces états généraux ont permis un échange d'idées à partir d'un état des lieux du système de soins français.

De ces rencontres sont apparues des exigences très fortes, mises à l'ordre du jour. Depuis ces débats, le groupe communiste a relayé à plusieurs reprises, à l'occasion des différents projets de loi, les attentes, les préoccupations et les propositions des participants. Ce sera naturellement le centre de notre travail sur ce texte. C'est donc avec un intérêt certain que nous engageons ce débat.

Démocratie sanitaire, amélioration de la qualité du système de santé et répartition des risques sanitaires constituent l'ossature de ce texte.

L'acte fondamental de ce projet est son article 1^{er} qui précise qu'aucune discrimination ne doit exister dans l'accès aux soins et à la prévention. Ce rappel, dans les premiers articles, d'un principe essentiel n'est pas superflu. Il est la fondation même de ce droit. Dans le projet initial, l'énumération était incomplète. C'est pourquoi le groupe communiste a déposé un amendement précisant l'interdiction de toute discrimination liée à la situation sociale et économique. En effet, on ne peut oublier, malgré la CMU – que nous avons adoptée – et le système d'assurance maladie, la persistance de discriminations objectives liées aux ressources financières des assurés sociaux. Des progrès restent à faire, par exemple en augmentant le taux de remboursement moyen des consultations, des médicaments et prothèses, mais aussi en supprimant le secteur 2.

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a préféré, quant à elle, supprimer cette énumération figurant à l'article 1^{er}. On ne peut que regretter cette optique qui vide le texte de certaines valeurs fondamentales.

Dans le domaine du droit, le droit des malades fut pendant des décennies un domaine à part, parfois ignoré et oublié. La société était confrontée à une conception de la pratique médicale fondée sur la notion d'un savoir non partageable qui a fait l'objet, au fil des années, d'interrogations et de critiques de plus en plus nombreuses. En effet, chaque citoyen connaît une personne qui a rencontré des difficultés à un moment où à un autre pour accéder aux informations nécessaires à la compréhension de son propre état.

Ces questions, ce cheminement de la pensée ne sont en aucun cas une remise en cause du savoir et des compétences du médecin car, en France, les liens sont étroits entre le patient et le médecin. La liberté de choix renforce l'existence de ces liens.

Intégrer le droit à l'information des patients dans le code de la santé publique est une avancée indéniable, non seulement pour l'assuré social mais aussi pour les médecins. La confiance, j'en suis persuadée, se trouvera renforcée par ce dispositif. Toutefois, cet aspect ne peut être séparé du respect de la vie privée et du secret des informations. L'alliance des deux est indispensable pour éviter les dérives possibles. A cet égard, il faut réaffirmer avec

force que les employeurs et les organismes d'assurances ne doivent pas exercer de pressions sur les assurés eux-mêmes pour obtenir ces informations médicales.

D'autres dispositions favorisant la démocratie sont prévues, notamment la constitution dans chaque établissement d'une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Sa création rencontre notre approbation, car toute instance de proximité valorise la démocratie participative. Cependant, sa composition est renvoyée à des décrets. Or, on sait qu'ils paraissent avec lenteur, voire jamais. C'est le cas du texte réglementaire arrêtant la liste des organisations représentatives, nécessaire à la mise en place des dispositions relatives aux centres de santé, prévues dans la loi de financement de la sécurité sociale votée en 1999.

En outre, cette commission ne doit pas remplacer l'instauration d'une véritable démocratie, qui passe par le rétablissement des élections nécessaires à la gestion de la sécurité sociale, de la CAF et de la CNAM.

Autre disposition intéressante, celle qui permet à des associations agréées au niveau national de représenter, sous réserve de l'accord de la victime, les droits reconnus à la partie civile. Cette mesure constituera un support et un soutien indéniables aux malades devant effectuer de très nombreuses démarches quasi insurmontables.

Enfin, les dispositions renforçant la transparence, notamment l'indépendance des membres des différentes commissions et instances nationales et les dispositifs mis en place pour limiter certaines pratiques, favorisent un meilleur fonctionnement du système de soins, en particulier la politique du médicament. Elles ne peuvent toutefois remplacer une refonte complète de la procédure de mise sur le marché et de fixation du prix du médicament.

Ce projet de loi établit une nouvelle procédure d'élaboration des orientations de la politique de santé de notre pays.

Comme nous l'avons dit en commission, nous souhaitons une procédure plus démocratique. En effet, le dispositif concentre l'ensemble des prérogatives au niveau du Gouvernement. Celui-ci détermine les priorités, élabore un rapport annuel et a pour soutien le Haut comité de la santé publique, lui-même présidé par le ministre de la santé.

M. Maxime Gremetz. C'est de l'étatisme absolu !

Mme Muguette Jacquaint. Selon nous, l'élaboration doit être beaucoup plus démocratique et le rôle du Parlement ne peut être minimisé. C'est pourquoi nous défendons l'instauration d'un débat annuel sur la politique de santé devant la représentation nationale – vous y avez fait allusion, monsieur le ministre, et j'en prends acte –, et ce avant l'examen de projet de loi de financement de la sécurité sociale. Les conclusions de la Conférence nationale de santé serviraient de socle à ce débat.

M. Maxime Gremetz. Très bien !

Mme Muguette Jacquaint. Autre thème traité par ce projet : l'organisation régionale de la santé. Ce système, qui comporte la création d'un conseil régional de santé, paraît intéressant dans sa phase d'élaboration mais suscite quelques réserves de notre part s'agissant de la composition du conseil. Nous considérons, en effet, que chaque département d'une même région doit être partie prenante du conseil, car une région n'est pas homogène, d'un point de vue économique, social et sanitaire. Les inégalités peuvent être grandes – je pense tout particulièrement à la Seine-Saint-Denis, département dont je suis l'élue – et doivent être prises en compte. Les centres de santé doivent également participer à ce conseil.

Les modalités de transmission du rapport appellent également des réserves selon nous : aucune instance élue n'en est destinataire, ni les conseils généraux, ni le conseil régional. Cela doit être corrigé.

Enfin, phénomène plus inquiétant, le représentant de l'Etat dans la région dispose de pouvoirs exorbitants, car il détermine seul, en fait, la priorité des programmes pluriannuels de santé publique. Il serait judicieux, plus juste et plus démocratique de confier la détermination des priorités au Conseil régional de santé, seule la mise en œuvre étant laissée au représentant de l'Etat.

De très nombreux articles relevant du titre « Qualité du système de santé » traitent de l'organisation des professions de santé. L'ajustement de l'Ordre des médecins et la création d'offices pour les professions paramédicales sont examinées avec attention par les professionnels eux-mêmes. Mais la question à laquelle le groupe communiste est fortement attaché est celle de la prévention. Elle répond à une forte demande de tous les assurés sociaux. Actuellement, la prévention apparaît comme secondaire par rapport au curatif. Le champ que la prévention doit investir est immense. Les retards sont nombreux, notamment dans le monde de l'entreprise. Le scandale de l'amiante a servi de révélateur, mais il faut encore améliorer les droits de celles et ceux qui ont été exposés à l'amiante. En outre, il convient aussi de s'intéresser à un certain nombre de produits, comme l'éther de glycol.

Le dispositif prévu de la définition de la prévention sanitaire à la prise en charge de ces actions doit donner un nouvel élan à la politique de prévention. Dans ce domaine, la médecine scolaire et la médecine du travail ne peuvent être tenues à l'écart de ce dispositif. Leurs moyens budgétaires doivent franchir une étape substantielle.

Autre question prioritaire, celle des centres de santé. Nous parlerons des réseaux, et je m'en réjouis. Depuis plusieurs débats sur l'organisation du système de soins, le groupe communiste défend la structure des centres de santé. A plusieurs reprises, et encore aujourd'hui, des propositions précises ont été faites pour permettre un bon fonctionnement, donc une bonne qualité d'actions de prévention et de soins offerts aux patients. La structuration en centres est d'une grande efficacité médicale. Nous soutenons leur création et leur fonctionnement, quelle que soit leur forme associative, mutualiste ou municipale. Aussi, nous appuierons la création de réseaux à laquelle il est nécessaire d'intégrer les centres de santé, car cela constituera un moyen de développement indéniabie, nécessaire à l'équilibre d'offres de soins. Les créations de ces structures sont aidées financièrement par une subvention de l'Etat. En contrepartie, elles doivent avoir un certain nombre d'obligations comme la pratique du tiers payant.

Ce projet aborde aussi la formation des professionnels de santé. Il met en place un système équilibré de formation continue de ceux-ci. Mais la formation continue n'est réellement efficace que si elle s'appuie sur une formation initiale répondant aux besoins de la population et non à des critères administratifs ou financiers. Or la pratique du *numerus clausus* entrave la sortie de nouveaux médecins en nombre suffisant pour satisfaire la demande sur la durée.

Les zones rurales, les quartiers difficiles sont ainsi largement sous-équipés en cabinets médicaux. Ces dernières années, leur nombre a été relevé mais il reste insuffisant. D'autant que certains médecins spécialistes ne peuvent délivrer des rendez-vous aux assurés sociaux dans des

délais raisonnables. Par exemple, obtenir un rendez-vous chez un ophtalmologue du nord de la Seine-Saint-Denis demande de longues semaines d'attente.

Par ailleurs, d'autres professionnels ont vu le diplôme qui sanctionnait la fin de leurs études disparaître, comme celui de la gynécologie médicale. Une longue et massive mobilisation des gynécologues et des femmes a néanmoins permis quelques avancées en la matière. En commission, nous avons déposé un amendement visant à rétablir un diplôme spécifique de gynécologie médicale et l'accès direct à cette spécialité sans passer par le médecin référent. Toutefois, la commission a adopté un autre dispositif permettant des avancées, notamment l'accès direct pour les femmes au gynécologue de leur choix. Naturellement et en dépit des garanties qui nous ont été données, le groupe communiste défendra son amendement.

L'une des dispositions les plus commentées par les médias est celle de la réparation des risques sanitaires. Elle crée notamment un nouveau droit à indemnisation en cas d'aléa thérapeutique. Cette disposition sera un élément indispensable pour donner droit à réparation aux assurés sociaux et à leurs ayants droit victimes d'accident sans faute. Mais elle risque aussi de favoriser une multiplication d'affaires judiciaires sans fin et globalement sans réponse satisfaisante à l'échelle d'une société.

Dans ce domaine, le renversement de la charge de la preuve est objectivement une amélioration des droits des victimes, mais il ne s'inscrit que dans un long parcours judiciaire. Il est dommageable de n'avoir pas créé un fonds d'indemnisation des victimes contaminées au cours de transfusions sanguines par le virus de l'hépatite C. S'appuyer sur un système comparable à celui mis en place par la loi du 31 décembre 1991 aurait permis de répondre aux aspirations des victimes et de leurs représentants.

En conclusion, monsieur le ministre, l'ensemble de ce texte qualifié par certains de projet portant diverses mesures d'ordre sanitaire était fort attendu par les associations. Par son économie et sa philosophie, il répond à des besoins certains des assurés sociaux et des professionnels de santé. Pour toutes ces raisons et en mesurant les efforts qu'il reste encore à accomplir, le groupe communiste approuve ce projet, qu'il votera. (*Applaudissements sur les bancs du groupe communiste et du groupe socialiste.*)

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

M. Jean-Luc Prével. Monsieur le ministre, ce projet de loi était très attendu, notamment pour ses volets droits des malades et aléas thérapeutiques. Et sans votre pugnacité, il ne serait pas venu en discussion. C'est pourquoi j'ai été très déçu - vous aussi, j'imagine - de ne pas retrouver votre nom sur le texte officiel. Aussi ai-je déposé un amendement pour vous rendre votre enfant. Sans doute y serez-vous favorable... (*Sourires.*) Mais ce texte ira-t-il au bout des navettes, avant le terme de la législature ? Vous en êtes certain. Nous avons, quant à nous, de sérieux doutes.

Monsieur le ministre, les Français sont, à juste titre, attachés à leur système de soins, qui fait l'objet d'un curieux paradoxe. En effet, alors qu'il est reconnu comme l'un des meilleurs au monde - et même le meilleur au monde d'après l'OMS -, il est confronté à une crise extrêmement grave, dont les causes sont clairement identifiées. Le diagnostic est établi, mais vous n'apportez pas le traitement nécessaire, monsieur le ministre. C'est regrettable.

Ce texte pêche d'abord par ce qu'il ne contient pas. Depuis deux ou trois ans, à chaque fois que l'on soulevait un problème concernant le fonctionnement de notre système de soins, il nous était répondu que la solution se trouverait dans le projet dit de modernisation de la santé. Il en était ainsi des problèmes portant sur les relations Etat-caisses-Parlement-professionnels, sur la concertation et la maîtrise des dépenses, sur la prise en compte des besoins, sur la régionalisation, avec le contrôle des ARH, sur la démographie médicale et paramédicale, sur l'organisation des urgences et la permanence des soins, ou encore sur la réforme des études médicales. Aujourd'hui, nous constatons qu'aucun de ces problèmes majeurs n'est réglé dans le présent texte. C'est là son principal défaut, le système de soins connaît une crise grave. La loi de modernisation de la santé a disparu.

Certes, quelques modifications sont proposées. Mais elles tendent plus vers un renforcement de l'étatisation que vers une régionalisation. Claude Evin, qui a dirigé, l'année dernière, un groupe de travail de la commission, doit être très déçu par ce texte. En bon soldat, il prétend toutefois le trouver parfait ; je ne partage pas son avis.

M. Claude Evin, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales pour l'ensemble du projet et les titres III et IV. Ce sont les propositions que nous avons formulées !

M. Jean-Luc Prével. Le débat au Parlement pour définir les priorités de santé est réclamé par tous. Aujourd'hui, monsieur le ministre, un rapport annexé à la loi de financement de la sécurité sociale est amendable, mais il est discuté à la fin du débat, après que les moyens financiers ont été décidés.

Nous demandons donc un débat d'orientation pour définir les priorités. Le projet de loi prévoit un rapport du Gouvernement préparé par le Haut Comité de santé publique, présidé par le ministre : le ministre se demande en quelque sorte un rapport à lui-même. Ce document sera adressé, pour avis seulement, à la conférence nationale de santé et transmis au Parlement. Y aura-t-il un débat ?

M. le ministre délégué à la santé. Oui, monsieur Prével !

M. Jean-Luc Prével. S'agira-t-il d'un débat bidon, comme nous en avons de temps en temps, où, après une déclaration du Gouvernement, seul un porte-parole par groupe a le droit de s'exprimer et où l'on ne peut rien amender ? Ou y aura-t-il un vrai débat avec un texte amendable et un vote final ? C'est peu probable, compte tenu de l'ordre du jour du Parlement. Dans ce cas, tout cela ne sera, je le crains, que poudre aux yeux.

M. le ministre délégué à la santé. Mais non ! Il y aura un vrai débat !

M. Jean-Luc Prével. L'UDF demande un projet préparé par le Conseil national de santé à partir des travaux des conseils régionaux de santé, puis un véritable débat au Parlement avec amendement et vote pour dégager les priorités qui seront ensuite financées par la loi de financement de la sécurité sociale à l'automne.

M. le ministre délégué à la santé. C'est ce que j'espère !

M. Jean-Michel Dubernard. C'est l'esprit de la loi Juppé !

M. Jean-Luc Prével. Les conférences régionales de santé changent de nom dans le texte, mais pas de rôle. Elles demeurent un organe uniquement consultatif. On main-

tient des sous-commissions spécialisées et la séparation du sanitaire et du social. On ne crée pas d'agence régionale de santé. On ne prévoit pas d'action en matière de prévention au niveau régional.

L'UDF demande donc que les conseils régionaux soient élus par collèges pour la légitimité. Elle souhaite un conseil national, émanant des conseils régionaux, dont les membres seraient élus par les conseils régionaux. Et les conseils régionaux auraient pour mission de définir les besoins, de veiller à l'adéquation de l'offre et des besoins et de contrôler l'exécutif régional. Contrôler l'exécutif est le fondement de la démocratie, monsieur le ministre. Il faudrait donc un vote avis conforme sur le SROS et la carte sanitaire pour ne pas laisser à l'exécutif les pleins pouvoirs comme c'est le cas aujourd'hui. Il faut créer des ARS regroupant les actions de prévention, les établissements et l'ambulatoire.

Par ailleurs, monsieur le ministre, je maintiens que la prévention et l'éducation sont les parents pauvres de notre système de soins pour deux raisons au moins : l'absence de coordination des différents intervenants et le manque de moyens financiers. De ce fait, il est impossible de définir des priorités pour tenter de lutter contre la mortalité prématurée évitable. Le projet propose essentiellement de transformer le comité français d'éducation pour la santé en un institut. Il ne prévoit pas de réelle coordination nationale, pas de vote d'une enveloppe dédiée, pas d'action régionale en faveur de la prévention. Le texte manque donc de souffle. Aujourd'hui, le comité français d'éducation pour la santé ne dispose que d'une enveloppe pour faire de la communication ; et rien pour l'action. L'UDF souhaite donc la création d'une agence nationale régionalisée pour la définition des besoins et des actions proches du terrain, ainsi que le vote, à côté de l'ONDAM, d'une enveloppe spécifique pour la prévention.

Par ailleurs, monsieur le ministre, nous pourrions approuver l'organisation de la formation médicale obligatoire à condition qu'elle devienne effective et qu'elle soit évaluée et financée. Trois conseils sont prévus pour l'instant : il me semble qu'ils devraient être unifiés. De même, nous pourrions être d'accord avec la réforme de l'ordre des médecins et des pharmaciens.

Nous désapprouvons, en revanche, la création d'un office des professions paramédicales, car le texte supprime l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et des podologues. Il s'adresse uniquement aux professionnels libéraux. Or, monsieur le ministre, les règles déontologiques et de bonne pratique doivent être les mêmes pour tous les professionnels, libéraux et salariés. L'UDF demande donc la création d'un ordre des infirmières aux missions élargies au contrôle des pratiques, à la formation, ainsi que la confirmation de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et des podologues que nous avons créé en 1995.

En ce qui concerne, enfin, le droit des malades, il y a bien entendu accord sur le principe. En revanche, se pose un problème pour la représentation des usagers.

M. Jean-Michel Dubernard. Ah !

M. Jean-Luc Prél. S'il est logique que les associations de malades et d'anciens malades soient entendues et associées car elles ont des choses à dire et connaissent l'institution, subsiste la question de la représentation des usagers puisque la santé, telle que vous la définissez, couvre un vaste domaine : prévention, éducation, soins. Chaque citoyen français est donc concerné. Or, en démocratie représentative – et nous sommes là pour cela – qui représente le mieux le citoyen sinon l'élu ?

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

M. Jean-Luc Prél. Il est donc quelque peu étonnant que l'on cherche d'autres représentants que l'on souhaite représentatifs !

Pour ce qui est de l'accès au dossier, celui-ci appartient certes au malade, mais il existe un problème pour les notes personnelles du médecin, pour l'observation rédigée par l'interne, pour les malades psychiatriques, qu'il s'agisse de diagnostics ou d'hypothèses.

Le volet relatif à l'aléa thérapeutique – ou aléa médical – correspond à une grande attente. En la matière, le projet distingue la faute et la non-faute, crée des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation ainsi qu'un fonds d'indemnisation financé pour l'essentiel par l'assurance maladie. Il prévoit aussi l'obligation d'assurance, selon une logique faisant appel à la solidarité nationale.

Quatre problèmes demeurent.

Premièrement, les petits risques ne sont pas pris en compte. Ce serait pourtant souhaitable ! Est-ce possible ? Le niveau de l'invalidité sera fixé par décret. Or le petit risque, le petit accident sans faute par exemple, l'accident de coloscopie pourrait être réglé par la conciliation. Pourtant, le patient devra se retourner vers le droit commun – on l'a dit en commission –, beaucoup plus long et complexe, ce qui est paradoxal pour un petit risque.

Deuxièmement, pour l'hépatite C, le texte a pris du retard parce que 600 000 personnes sont concernées. Or il évacue le problème en fixant un délai de six mois avant sa promulgation. Par conséquent, tous les porteurs du virus seront exclus. Ils seront cependant indemnisés par les hôpitaux ou l'établissement français du sang, à terme, après condamnation par les tribunaux. En définitive, ce sera l'Etat ou l'assurance maladie qui paiera.

M. le ministre délégué à la santé. Qu'il s'agisse de l'EFS ou de l'aléa, c'est l'assurance maladie qui paiera puisque l'Etablissement français du sang est également financé.

M. Jean-Luc Prél. Alors, pourquoi ne pas les avoir inclus dans la loi ?

M. le ministre délégué à la santé. Je ne veux pas vous interrompre davantage. Je vous répondrai tout à l'heure.

M. Jean-Luc Prél. En tout état de cause, l'UDF est favorable à la création d'un fonds spécifique pour l'hépatite C.

Le troisième problème est celui de l'assurance obligatoire. Certes, elle est nécessaire car des établissements, notamment l'Etablissement français du sang, et certains spécialistes risquaient de ne pouvoir s'assurer. Toutefois l'assureur doit, pour fixer le montant de la prime, connaître le risque couvert, la durée, le montant d'indemnités éventuelles.

M. Jean-Michel Dubernard. Et pouvoir s'assurer.

M. Jean-Luc Prél. Le fait de fixer une prime sans lien avec la réalité économique ne risque-t-il pas d'amener les assureurs à désertir le secteur ?

M. Jean-Michel Dubernard. C'est déjà le cas.

M. Jean-Luc Prél. Enfin, la commission est compétente à la fois pour la conciliation et pour l'indemnisation. Les deux rôles ne devraient-ils pas être séparés ? Et, le surcoût de 30 %, en cas de refus de l'assureur, ne devrait-il pas être laissé à l'appréciation du juge ?

En conclusion, monsieur le ministre, nous attendons que les débats permettent d'amender ce projet qui, comme vous l'avez souligné, est un texte fondateur. Il est donc indispensable de l'améliorer afin que les fondations soient vraiment solides.

Vous avez déjà accepté certains amendements. Je voudrais que vous ayez la même attitude à l'égard de celui des miens qui demande que les experts médicaux soient formés et évalués. En effet, il a été rejeté en commission. J'espère que vous le trouverez raisonnable, ce qui nous permettrait de ne pas voter contre ce texte attendu par beaucoup de nos concitoyens mais qui ne règle pas les problèmes majeurs de notre système de soins. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance, du groupe du Rassemblement pour la République et du groupe Démocratie libérale et Indépendants.*)

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

M. Georges Sarre. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, nous abordons enfin le projet de loi portant sur les droits des malades et la qualité du système de soins qui avait été promis au lendemain des états généraux de la santé en réponse aux préoccupations que les citoyens et les professionnels avaient alors exprimées.

Plusieurs réformes récentes ont eu déjà des conséquences directes ou indirectes sur la place des malades au sein du système de santé, notamment le plan de lutte contre la douleur lancé en 1998, ou la rénovation des soins palliatifs, mais aussi et surtout la loi et le programme de lutte contre les exclusions et la loi sur la couverture maladie universelle qui doivent permettre que personne ne soit exclu des soins pour raisons financières.

Il s'agit aujourd'hui d'opérer une réforme d'ensemble du fonctionnement du système de santé afin de poursuivre sa modernisation. Les questions de santé – c'est nouveau ! – ne sont plus uniquement réduites à leurs aspects financiers et professionnels. Ainsi, ce texte aborde pour la première fois, de manière cohérente et globale, les problèmes de démocratie sanitaire.

En effet, il est certain que c'est aussi en développant une démocratie sanitaire permanente, en faisant des usagers des acteurs à part entière, que nous améliorerons le fonctionnement et l'efficacité de notre système de santé. L'implication des assurés et des patients au plein sens du terme – médical, économique, juridique – ne pourra être que favorable à la qualité des soins et au développement de la santé publique.

Ce projet prend acte des évolutions juridiques récentes en matière de droits des malades et en tire des conséquences concrètes sur la pratique professionnelle des responsables médicaux et administratifs du système de santé. Au-delà de la représentation des usagers dans le système de soins, différents aspects du droit des malades sont abordés : l'information et le consentement du malade, le secret médical, la qualité des soins, l'assurabilité des personnes présentant des risques aggravés, l'indemnisation de l'aléa thérapeutique, pour ne citer qu'eux.

Monsieur le ministre, je me félicite avant tout de la réaffirmation et du renforcement des droits fondamentaux de la personne et de la lutte contre toute forme de discrimination.

M. Claude Evin, rapporteur. Très bien !

M. Georges Sarre. Les députés du Mouvement des citoyens avaient déposé, dès 1988, une proposition de loi visant à en finir avec les pratiques discriminatoires en

matière d'accès à la prévention et aux soins, notamment dans le domaine de la couverture complémentaire maladie.

Nous espérons, monsieur le ministre, que nous obtiendrons au cours de l'examen de ce texte des garanties supplémentaires dans ce domaine pour éviter, par exemple, que les assureurs privés ne puissent pratiquer des exclusions ou des surtarifications dans le domaine de la couverture complémentaire, fondées sur des critères de santé ou de handicap. Nous souhaitons, en effet, qu'il soit mis un terme définitif aux pratiques sélectives des assureurs qui consistent à ne garder que les assurés solvables et les « bons » risques.

L'accès au dossier médical constitue, avec l'indemnisation de l'aléa thérapeutique, l'un des axes majeurs de cette réforme. Comme on le sait, l'accès direct est impossible en France. Il doit s'effectuer par l'intermédiaire d'un médecin librement désigné par le patient.

Bien sûr, il faut donner aujourd'hui à la personne malade les moyens d'exprimer sa volonté, poser le principe du consentement libre et éclairé et, pour ce faire, garantir son droit à l'information. Après bien des années de débats, ce texte peut apporter des avancées opportunes en ce qui concerne l'accès des personnes à l'ensemble des informations relatives à leur santé.

Pendant, restons vigilants et sachons encadrer cet accès au dossier médical. Les résistances ne sont pas minces au sein du corps médical, qui demeure réservé pour des motifs allant de la protection du malade à la propriété intellectuelle du médecin sur ses notes. D'aucuns craignent que ne se développe une tendance à la judiciarisation de la relation médecin-malade. Cette réforme ne doit pas conduire à faire du dossier médical une arme judiciaire.

Se pose également la question de l'effet négatif que peuvent avoir certaines révélations pour le patient, donc de l'importance d'une formation initiale spécifique sur ces questions.

M. Marc Laffineur. Très juste !

M. Georges Sarre. Il y a encore le problème des informations subjectives, celui de la compréhension des termes médicaux, puisque ce seront des documents professionnels, donc techniques, qui seront accessibles à l'usager. Ce paradoxe n'est pas sans susciter des interrogations.

En ce qui concerne l'amélioration de la qualité du système de santé, je formulerai une remarque sur les réseaux.

Ils sont nés, on le sait, autour de la prise en charge des personnes âgées. La réponse au problème de la dépendance et du maintien à domicile s'est rapidement heurtée à la stricte séparation des responsabilités entre le sanitaire et le social, d'une part, et, d'autre part, au cloisonnement existant entre prise en charge en ville et prise en charge à l'hôpital. Des problèmes comme la toxicomanie, la précarité, la santé des jeunes ont été par la suite au cœur des préoccupations. La thématique du réseau est aujourd'hui présente dans toutes les réflexions en cours sur la réforme nécessaire de notre système de santé.

Pour autant, si favoriser ce type de prise en charge a été un thème récurrent des différents textes et discours officiels, l'accompagnement politique des réseaux a été pratiquement inexistant depuis les ordonnances de M. Juppé. Aucune mesure concrète n'a été prise. Aujourd'hui, il nous est proposé un cadre juridique général relativement souple. Il y aura même une prise en charge explicite des réseaux par la loi de financement de la sécurité sociale dans le cadre de l'ONDAM. Cependant,

ce dernier demeurera réparti en quatre enveloppes distinctes et aucune enveloppe spécifique ne sera créée pour les réseaux, alors qu'ils regroupent des secteurs variés émergeant de façon différenciée.

Plus que jamais on entend dans les discours que le développement des réseaux est une nécessité, mais je me demande si l'on se donne vraiment les moyens concrets de les développer.

Un droit général à indemnisation en cas d'aléa thérapeutique est enfin ouvert. En dépit de ses dimensions politiques et symboliques, ce dossier n'avait jamais été véritablement pris en charge par les gouvernements successifs. Après des années de controverses, le dépôt de nombreuses propositions de loi et plusieurs rapports tournant autour de cette question, le Gouvernement nous propose de mettre en place une procédure amiable de règlement des litiges en cas d'accident médical grave non fautif, d'infections nosocomiales ou d'affections iatrogènes.

Malheureusement, ces arbitrages concernant les personnes contaminées par le virus de l'hépatite C lors d'une transfusion ou à la suite d'injection de produits dérivés du sang risquent, à juste titre, de soulever beaucoup de mécontentement.

Dans le cas de l'infection par le virus du sida, un fonds d'indemnisation a été constitué. La loi d'indemnisation du 31 décembre 1991 a légitimement joué un rôle dans la naissance des revendications des autres victimes de « l'affaire » du sang contaminé. Elles n'ont eu jusqu'ici comme voie de recours que l'introduction d'actions en recherche de responsabilité médicale. La pratique juridictionnelle, peu favorable, faite de lenteur dans la recherche des preuves, de prudence dans leur admission et de retenue dans l'établissement d'une garantie de règlement des indemnités, ne s'est pas révélée à la hauteur des espérances des victimes.

Je crains que la « présomption d'imputabilité » proposée aujourd'hui ne parvienne pas à éteindre la soif de justice des personnes qui ont été touchées.

Monsieur le ministre, vous vous étiez prononcé, en 1997, en faveur de la création d'un fonds d'indemnisation. Nous savons tous que, si cette idée est jusqu'à présent restée aux oubliettes, c'est pour des raisons financières.

M. le ministre délégué à la santé. Eh oui !

M. Georges Sarre. Or nous devons indemniser les victimes quoi qu'il nous en coûte. Il est impensable de faire autrement. C'est pourquoi j'ai déposé, avec mes collègues du Mouvement des citoyens, un amendement visant à la création d'un tel fonds.

Telles sont, mes chers collègues, les observations que je souhaitais formuler à propos de ce projet de loi intéressant par bien des aspects et que nous essaierons d'améliorer encore au cours de la discussion des amendements. *(Applaudissements sur les bancs du groupe Radical, Citoyen et Vert et du groupe socialiste.)*

M. le président. La parole est à M. Marc Laffineur.

M. Marc Laffineur. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, ce projet de loi était attendu par tous depuis très longtemps, à la fois par les malades et par les professionnels de santé. Cependant, le texte qui nous est proposé est loin d'être à la hauteur des espérances et des enjeux.

En effet, s'il répond à l'attente de certaines associations, il ne le fait qu'imparfaitement, de façon ambiguë et imprécise. Sans plus de précisions et de garanties, ce projet de loi risque d'engendrer une détérioration des rapports entre les professionnels de santé et les patients.

Par ailleurs, de nombreuses questions restent sans réponse alors que ce projet aurait dû être le premier grand texte de la rentrée. En effet, le droit des malades n'est-ce pas surtout, et avant tout, le droit d'être soigné dans des conditions correctes, avec du matériel moderne, avec du personnel médical et paramédical en nombre suffisant ?

En premier lieu, s'agissant du titre I^{er}, consacré à ce que vous appelez avec emphase « la démocratie sanitaire », le Gouvernement, partant de bonnes intentions, oublie que le mieux est parfois l'ennemi du bien. Certes, tout le monde est favorable à une meilleure information des patients, car, aujourd'hui, surinformés par les médias et les journaux spécialisés, ils ne peuvent plus se contenter d'une information parcellaire. Il est vrai aussi que, dans le passé, l'information n'a pas toujours été à la hauteur. Pour autant, il ne faut pas occulter les progrès immenses accomplis en la matière par les praticiens.

Il convient également de rappeler que donner toutes les informations n'est pas toujours sans risque. Des personnes peuvent être gravement destabilisées lorsqu'on leur communique une information à laquelle elles ne sont pas préparées. Cette obligation d'informer le patient avant tout acte de soin ne tient pas assez compte de l'état psychique et moral du malade du fait de sa maladie.

Ainsi, en cas d'anesthésie, par exemple, l'anesthésiste dans l'obligation d'informer son patient de l'ensemble des risques qu'il encourt, va augmenter l'angoisse, l'appréhension et l'inquiétude de ce dernier. Cette information peut alors avoir des effets pervers et multiplier les risques anesthésiques et chirurgicaux. Il faut donc que le praticien ait la possibilité de dire les choses de façon moins explicite.

Le médecin doit toujours mettre le malade dans les meilleures conditions pour lutter contre sa pathologie.

C'est pour cette même raison que l'accès direct au dossier médical n'est pas une fin en soi et ne constitue pas toujours la bonne solution. Il risque d'entraîner la constitution d'un double dossier, le médecin gardant pour lui les informations qu'il jugera trop personnelles.

En matière d'information médicale, à trop charger les praticiens, on risque de détériorer de façon irréversible le lien de confiance indispensable à la bonne réussite des soins. A cet égard, le recours au médecin généraliste pour communiquer les informations me paraît être une bonne disposition, car le premier droit du malade, à mon sens, est bien celui à une relation de confiance avec son praticien.

En second lieu, vous prétendez, dans votre titre II, améliorer la qualité du système de santé. En la matière, un immense espoir existait car, si la qualité des soins est encore bonne aujourd'hui, c'est essentiellement dû au dévouement des professionnels de santé qui travaillent bien souvent jusqu'à 60 heures par semaine dans des conditions de plus en plus intolérables.

Voilà le paradoxe français : si l'on est encore bien soigné en France, le corps médical est, quant à lui, bien malade ! Le découragement et la démotivation le guettent.

Pour améliorer ou même seulement maintenir la qualité des soins, il faudra donc en urgence lutter contre la pénurie de moyens humains.

Dès aujourd'hui, dans le secteur hospitalier comme dans le secteur libéral, le manque de médecins se fait sentir. Déjà 3 000 postes de praticiens hospitaliers sont vacants et les RTT nécessiteront la création de 4 000 postes supplémentaires. Or le *numerus clausus* n'a pas été augmenté en conséquence alors que l'on connaît les besoins depuis quatre ans.

D'ores et déjà, l'hôpital compte 9 000 praticiens étrangers pour un total de 19 000 praticiens hospitaliers alors que de nombreux étudiants français se voient refuser l'entrée en deuxième année avec des moyennes souvent supérieures à 12 sur 20.

Cette crise démographique entraîne une véritable désertification de certaines spécialités – comme celles des gynécologues, dont les effectifs auront chuté de 70 % en 2020, des anesthésistes, des urgentistes, des ophtalmologistes et d'autres encore –, une grande difficulté à trouver des assistantes et des déséquilibres régionaux forts.

Dans le secteur libéral, les professionnels de santé, démotivés et systématiquement montrés du doigt, ne prennent parfois plus de congés faute de remplaçant et des cabinets ne trouvent pas de successeurs, même à titre gratuit.

On assiste à une désertification médicale en milieu rural. Les généralistes de campagne se font de plus en plus rares. « Les médecins n'arrivent pas à se faire remplacer, travaillent trop, les épouses ont du mal à adopter ce rythme, les enfants sont contraints d'aller en pension à partir de dix ans ; le travail ne s'arrête jamais et au final on ne trouve pas de successeur », résume le docteur Michel Chassang, président de l'Union nationale des omnipraticiens.

Mme Yvette Benayoun-Nakache. A vous entendre, c'est Cosette ! Pourtant il est bien connu que les médecins ont souvent une résidence secondaire.

M. Marc Laffineur. Allez voir en milieu rural, madame la députée.

M. Georges Colombier. Elle n'y connaît rien !

M. Yves Bur. Ce que dit Marc Laffineur est la vérité.

M. le président. Poursuivez, cher collègue.

M. Marc Laffineur. Le manque d'infirmières se fait également gravement sentir : 20 000 postes sont déjà vacants. Donc la promesse de création de 40 000 postes ne résoudra rien.

M. le ministre délégué à la santé. 45 000 !

M. Marc Laffineur. Je vous prie de m'excuser, 45 000.

A cela s'ajoute un autre phénomène : le passage aux 35 heures aurait nécessité la création de 50 000 postes supplémentaires. Or plutôt que d'augmenter le nombre de places de formation d'infirmières – cela vient d'être fait, mais avec du retard –...

M. le ministre délégué à la santé. Oh !

M. Marc Laffineur. ... le Gouvernement préfère recourir à des expédients et faire venir 10 000 infirmières espagnoles. Cela fait pourtant quatre ans, monsieur le ministre, que l'on sait que la RTT va s'appliquer aux infirmières. Rien n'a été fait depuis.

Mme Yvette Benayoun-Nakache. Il vaut mieux entendre ça que d'être sourd.

M. le ministre délégué à la santé. Me permettez-vous de vous interrompre, monsieur le député ?

M. Marc Laffineur. Je vous en prie, monsieur le ministre.

M. le président. La parole est à M. le ministre, avec l'autorisation de l'orateur.

M. le ministre délégué à la santé. Je vous remercie de votre courtoisie, monsieur Laffineur.

Lorsque nous sommes arrivés au Gouvernement en 1997, nous avons augmenté le nombre de postes mis au concours dans les écoles d'infirmières de 700, puis de 800 en 1998, puis de 1 000 et enfin de 8 000, pour arriver à un total de 26 000. Or qu'avons-nous constaté en 1997 ? Qu'il y avait eu une diminution du nombre de postes de 2 000, et que des écoles d'infirmières avaient été fermées. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. Bernard Accoyer. Il y a un décalage, un zapping, d'un an dans vos propos, monsieur le ministre.

M. le ministre délégué à la santé. Monsieur le député, le zapping est parfois exact et parfois inexact. Le vôtre est inexact.

M. Georges Colombier. La vérité blesse.

M. Marc Laffineur. Monsieur le ministre, vous avez décidé d'instituer les 35 heures en 1997.

M. le ministre délégué à la santé. C'est une autre histoire !

M. Marc Laffineur. Non, nous en subissons les conséquences aujourd'hui. Dès 1997, vous saviez qu'il y aurait besoin d'au minimum 40 000 postes en 2002. Mais cette donnée n'a pas été prise en compte.

M. le ministre délégué à la santé. Me permettez-vous de vous interrompre à nouveau, monsieur le député...

M. Marc Laffineur. Oui, bien sûr.

M. le ministre délégué à la santé. Les 45 000 postes qui viennent d'être créés s'ajoutent aux postes vacants que nous pourrions.

Je ne suis pas sûr que le nombre de ces derniers soit de 20 000. A mon avis, il se situe plutôt entre 15 000 et 16 000. En formant 26 000 infirmières, toutes les écoles de formation de soins infirmiers étant remplies, nous espérons disposer d'un nombre suffisant d'infirmières en 2004. J'espère ne pas me tromper.

M. Georges Colombier. L'avenir le dira.

M. Marc Laffineur. En tout cas, ce qui est certain, monsieur le ministre, c'est que les 35 heures ne pourront pas être effectives dans les hôpitaux et dans les cliniques en janvier 2002. La preuve en est que vous faites venir 10 000 infirmières d'Espagne.

M. Bernard Accoyer. Elles ne viendront pas !

M. Jean-Marie Le Guen. Vous comptez les abolir, les 35 heures ! C'est dans votre programme.

M. Pierre Forgues. Avez-vous interrogé les infirmières espagnoles qui viennent en France, monsieur Laffineur ?

M. Marc Laffineur. Elles sont certainement de très bonnes infirmières qui font très bien leur travail. Le problème n'est pas là. Je trouve quand même malheureux que ce ne soient pas des infirmières françaises, c'est tout !

M. le ministre de la santé. En tout cas, c'est mieux d'en former que d'en interdire. Vous, vous en avez réduit le nombre. Nous, nous l'avons augmenté. Ce n'est pas pareil. Mais je suis d'accord avec vous : cette polémique n'a plus lieu d'être. C'est du passé, et nous, nous avançons !

M. le président. Donc, je demanderai à l'orateur de poursuivre.

M. Bernard Accoyer. La majorité ne sait plus où elle en est. Elle ne sait plus compter.

M. Marc Laffineur. Ce qui se passe dans les hôpitaux, monsieur le ministre, montre à l'évidence que la mise en place des 35 heures au 1^{er} janvier 2002 dans ce secteur sera impossible.

M. Bernard Accoyer. Cela va-t-il améliorer la qualité des soins ? C'est finalement la question que l'on doit se poser.

M. le ministre délégué à la santé. Vous, en tout cas, monsieur Accoyer, vous allez sûrement l'améliorer ! (*Sourires.*)

M. Bernard Accoyer. A chacun ses responsabilités, monsieur le ministre.

M. le ministre délégué à la santé. Et ses talents !

M. Marc Laffineur. Il est urgent, pour améliorer la qualité des soins, d'examiner sérieusement le problème de la démographie médicale et paramédicale et d'y apporter des réponses concrètes. Il n'y aura pas de véritable qualité sans cela. Pourtant, dans votre texte, il n'en est pas question.

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

M. Marc Laffineur. Le malaise grave des cliniques n'y est pas non plus pris en compte.

M. le ministre délégué à la santé. Non !

M. Marc Laffineur. Les cliniques privées seront pourtant les premières victimes de la RTT car vous leur avez autorisé, pour 2000, 3 % d'augmentation des dépenses, alors que le seul passage aux 35 heures entraîne 6 % d'augmentation de leurs dépenses totales et que les infirmières y sont payées 20 à 30 % de moins qu'à l'hôpital.

Monsieur le ministre, je vous ai entendu dire : « Les cliniques n'ont qu'à augmenter le salaires des infirmières. »

M. le ministre délégué à la santé. Elles le font !

M. Marc Laffineur. C'est exact mais elles sont déficitaires maintenant.

M. le ministre délégué à la santé. Oui, et elles demandent de l'argent !

M. Marc Laffineur. Forcément !

Dans votre texte, vous ne prenez pas en compte le grave malaise des cliniques. Or, elles seront les premières victimes de la RTT car, vous y avez autorisé, pour 2000, 3 % d'augmentation des dépenses.

M. le ministre délégué à la santé. 3,3 % !

M. Marc Laffineur. Beaucoup n'ont pas bénéficié de ces 3 %. Dans mon département, elles n'ont obtenu que 1 %.

M. Claude Evin, *rapporteur*. Parce que vous avez un point ISA trop fort !

M. Marc Laffineur. Au Mans, il y en a une qui, cette année, a déposé son bilan. D'autres s'appêtent à le faire dans la région.

M. le ministre délégué à la santé. Vous êtes contre les accords Juppé !

M. Marc Laffineur. Cette différence de traitement fait déjà fuir vers le public bon nombre de personnel paramédical et l'hémorragie n'est pas près de s'arrêter.

M. le ministre délégué à la santé. Ça, c'est vrai !

M. Marc Laffineur. C'est donc la survie même de l'hospitalisation privée qui est en jeu et, avec elle, la survie de la liberté médicale en France. Mais il semble que ce malaise, vous ne le preniez pas en compte.

En vérité, vous ne nous proposez pas une véritable réforme de la qualité du système de santé. Vous nous proposez un ensemble de mesures hétéroclites qui vont parfois dans le bon sens mais qui sont loin d'être à la hauteur des enjeux.

Que dire, en effet, de l'extension de l'obligation de la formation continue quand on sait que certains médecins travaillent de sept heures à vingt et une heures et sont de garde permanente, notamment dans le milieu rural ?

Que dire également d'un meilleur contrôle de la chirurgie esthétique, sur lequel nous sommes par ailleurs d'accord ? Est-ce cela la réponse du Gouvernement au malaise général et à la grande difficulté de notre système de santé ?

Que dire enfin de la suppression des ordres professionnels pour les infirmières et les masseurs-kinésithérapeutes ? Est-ce là le moyen trouvé par le Gouvernement pour redonner confiance à des professions de santé qui n'ont pas démerité et qui se sentent de plus en plus mal aimées, mal considérées ?

Pour ma part, je ne le crois pas.

Il est néanmoins une mesure sur laquelle je ne peux qu'être d'accord : c'est la réparation des risques sanitaires et l'indemnisation des victimes. Le vote de cette mesure me paraît très important. Cependant, je m'interroge fortement sur son financement car il ne semble pas du tout assuré.

Mais surtout, je suis très déçu de voir le Gouvernement exclure de l'indemnisation les victimes de l'hépatite C. Ce sont 600 000 victimes qui se voient ainsi écartées, *de facto*, du bénéfice de cette indemnisation, alors que 20 % de ces pathologies évoluent vers des cirrhoses et des cancers du foie souvent fatals.

En l'espèce, monsieur le ministre, le texte est un peu hypocrite, car l'indemnisation n'est prévue que pour les personnes contaminées depuis six mois seulement et pas pour celles qui l'ont été avant ; autant dire qu'il exclut la totalité ou presque des hépatites C.

Monsieur le ministre, la situation médicale, vous le savez, est grave.

Les professionnels de santé ont consacré leur vie à soigner les autres. Ils répondent avant tout à une vocation. Aujourd'hui, ils se sentent mal compris, déconsidérés, méprisés, voire suspectés de fraude à tout moment.

Les mesures prises par votre gouvernement leur ont donné l'impression de ne pas être reconnus.

Surtout, ils se sentent montrés du doigt comme étant responsables de l'augmentation des dépenses de santé alors que nos concitoyens veulent légitimement être toujours mieux soignés, que l'allongement de la durée de vie entraîne des dépenses de plus en plus importantes en fin de vie, et que nos concitoyens désirent toujours plus d'humanisme. En même temps qu'accorder, à juste titre, des droits aux malades, sans doute aurait-il fallu songer à leur rappeler leurs devoirs et à les responsabiliser.

Toutes les professions médicales et paramédicales sont démotivées par les entraves que vous leur avez imposées et par les diminutions d'honoraires.

En réponse à ce découragement, vous avez infligé des sanctions aux sages-femmes, aux médecins généralistes, aux masseurs kinésithérapeutes, aux orthoptistes, aux biologistes, aux infirmiers, aux radiologues et aux cardiologues !

Mme Yvette Benayoun-Nakache. Oh ! Quel malheur !

M. Pierre Forgues. C'est ridicule !

M. Marc Laffineur. C'est peut-être difficile à entendre mais c'est vrai !

Mme Yvette Benayoun-Nakache. Vous pourriez avoir un peu de décence !

M. Marc Laffineur. Si les lettres flottantes et les quotas ne sont pas des sanctions, je veux bien que vous me disiez ce que c'est !

Mme Yvette Benayoun-Nakache. Bref, tout va mal !

M. Marc Laffineur. La réforme du système médical ne peut se faire contre les malades et contre les professionnels de santé.

Monsieur le président, comme j'ai été interrompu assez souvent, je vous demanderai de me laisser encore quelques secondes !

M. le président. Je ne vous ai pas fait de remarque, monsieur Laffineur !

Mme Yvette Benayoun-Nakache. Pour ce que M. Laffineur a à dire !

M. Marc Laffineur. Monsieur le ministre, une fois de plus, en nous présentant une réforme qui n'est pas à la hauteur, vous donnez l'impression de rester insensible à la demande croissante de notre population et de notre corps médical, lequel ne pense qu'à une chose : pouvoir soigner dignement ses malades. (*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.*)

Mme Yvette Benayoun-Nakache. On croit rêver !

M. le président. Je vous remercie. Vous n'avez quasiment pas dépassé votre temps, mon cher collègue !

La parole est à Mme Françoise Imbert.

Mme Françoise Imbert. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, avec ce projet de loi sur les « droits des malades et la qualité du système de santé », nous allons définir un droit fondamental de la personne : celui d'être informé, d'établir une relation plus étroite entre le soignant et la personne malade.

Nous allons préciser la notion de prévention, lui donner une réalité législative et ainsi améliorer la qualité de notre système de santé.

La politique de prévention ainsi définie va permettre de rendre accessible à tous, au même titre que les soins, l'éducation pour la santé. Celle-ci répondra maintenant aux missions fondamentales d'un service public, à savoir l'égalité d'accès géographique, la continuité de mesures financées dans la durée, la qualité des actions mises en œuvre.

Après la loi contre les exclusions et la mise en place de la couverture maladie universelle, la loi sur les « droits des malades et la qualité du système des soins » va introduire encore plus de justice sociale, réduire les inégalités géographiques pour les personnes âgées comme pour les jeunes, pour les femmes comme pour les hommes !

Pour les femmes et notamment les jeunes, le développement de la notion de prévention peut permettre un meilleur accès à l'information. Lors des discussions des

lois sur l'interruption volontaire de grossesse et la contraception, nous avons longuement évoqué l'importance de l'information pour prévenir les maladies sexuellement transmissibles.

Profitons de l'examen de ce nouveau projet de loi pour affirmer notre volonté de lutter contre ces maladies, pour informer sur le sida, pour développer l'éducation à la sexualité. Un amendement soutenu par la délégation aux droits des femmes va dans ce sens et nous ne pouvons que nous en féliciter.

Depuis de nombreux mois, des femmes et des hommes nous alertent sur le devenir d'une profession : la gynécologie médicale. Cette spécialité médicale n'était plus enseignée en tant que telle en France depuis plus de quinze ans. Le Gouvernement a entendu cet appel, qui a été relayé par le groupe socialiste à diverses reprises,...

M. Jean-Luc Prével. Tout seul ?

Mme Françoise Imbert. ... et nous pouvons répondre utilement à cette question par un amendement, adopté en commission des affaires sociales, créant une véritable qualification de gynécologie médicale.

Nous disons également aux femmes inquiètes qu'elles peuvent et pourront toujours consulter librement le gynécologue médical de leur choix, dont la consultation sera remboursée. Monsieur le ministre, je vous demande de nous le confirmer.

Pour permettre l'accès aux soins, la prévention, l'éducation à la santé, pour intégrer toute la dimension sociale de certains publics, le texte qui nous est soumis renforce et précise le rôle des réseaux de soins dans notre système de santé.

A quelques mois de la mise en place de l'allocation de prestation d'autonomie, il semble indispensable de bien noter la nécessaire coordination entre les professionnels de santé, les établissements de santé, les intervenants du secteur médical et le secteur social.

C'est une condition absolument indispensable, pour augmenter la qualité des soins portés aux personnes concernées.

Monsieur le ministre, nous vous remercions d'avoir pris en compte la mise en place de réseaux de santé structurés permettant, en particulier, le suivi des enfants victimes de maltraitance et celui des adolescents présentant des tendances suicidaires. Ces sujets sont traités dans un amendement qui a été retenu par la commission des affaires sociales.

La présence de médecins scolaires, d'infirmières ou de psychologues scolaires apparaît de plus en plus souhaitable dans ces structures.

A ce jour, on compte une infirmière pour 2 000 enfants. Je sais bien, monsieur le ministre, que ces éléments ne vous échappent pas, mais je souhaite qu'ils fassent l'objet d'une réflexion de la part de l'éducation nationale et de vous-même.

Mme Martine Lignières-Cassou. Très bien !

M. Jean-Luc Prével. Vous avez eu cinq ans pour le faire !

Mme Françoise Imbert. Je ne peux, mesdames, messieurs, achever mon intervention, sans évoquer le cas de Toulouse qui, il y a dix jours, a subi un dramatique accident chimique qui a causé la mort de plusieurs dizaines de personnes et provoqué plus de 3 000 blessés.

Un réseau de solidarité s'est immédiatement organisé entre tous les établissements hospitaliers pour assurer les secours d'urgence. Chaque spécialité médicale et médico-

sociale a su trouver rapidement sa place et des cellules de soutien psychologique ont été mises sur pied. Elles devront, pendant une longue période, répondre au traumatisme réel subi par la population, dont on a du mal à imaginer la portée lorsque l'on n'est pas directement concerné.

La coordination de tous les intervenants du monde social et médical apparaît fondamentale.

Cependant, elle doit exister aussi dans des cas moins dramatiques et être une alternative à l'hospitalisation.

Le présent projet de loi confirme que notre politique de santé a intégré les progrès de la médecine et de la recherche scientifique, qu'elle est plus proche du malade et soucieuse de la prévention. Nous ne pouvons donc, monsieur le ministre, que le soutenir. (*Applaudissements sur les bancs du groupe communiste et du groupe socialiste.*)

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

M. le ministre délégué à la santé. Je suis sûr qu'il va nous surprendre ! (*Sourires.*)

M. Bernard Accoyer. Monsieur le ministre, mes chers collègues, je veux d'abord rendre hommage à la fois aux avancées contenues dans ce texte et que je mettrai tout à l'heure en exergue (« Ah ! » sur les bancs du groupe socialiste) et à vous-même, monsieur le ministre. Je salue votre présence, tout seul, devant nous.

M. Jean-Yves Cautlet. Il est soutenu !

M. Bernard Accoyer. Je me félicite que votre nom figure sur ce projet de loi. Nous l'avons attendu suffisamment longtemps pour savourer cet instant.

M. Jean-Michel Dubernard. C'est la première injustice !

M. Bernard Accoyer. Je salue enfin votre talent qui va de l'interruption de l'orateur jusqu'à la démonstration du contraire de ce qu'il dit avec un aplomb qui, reconnaissons-le, rend un immense service au Gouvernement, surtout lorsqu'il a un dossier aussi pitoyable que celui de la santé à défendre. (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. Jean-Paul Durieux, *vice-président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.* Il avait si bien commencé !

M. Jean-Michel Dubernard. C'était l'introduction.

M. le ministre délégué à la santé. Je savais qu'il ne tiendrait pas plus de quinze secondes !

M. Bernard Accoyer. Il est bien tard, monsieur le ministre, pour proposer au Parlement, au terme de cette législature, un projet de loi qui comporte des mesures diverses dont certaines représentent, certes, comme l'ont dit mes collègues, des avancées.

Plusieurs députés du groupe socialiste. Ah !

Mme Catherine Génisson. Que n'avons-nous fait pendant quatre ans !

M. Jean-Michel Dubernard. Cela fait cinq ans, madame Génisson !

M. Bernard Accoyer. L'on peut évidemment en approuver et l'on en approuve quelques-unes ; mais, dans la mesure où c'est là votre méthode ordinaire de gouvernement, ne s'agit-il pas là de quelques déclarations de bonnes intentions destinées à jeter un voile sur les réalités, ô combien critiques, de notre système de soins ?

Nous sommes d'accord avec le principe de l'indemnisation de l'aléa thérapeutique, si longtemps attendue, depuis si longtemps annoncée, et qui commence à trou-

ver un début de concrétisation, en espérant que ce texte soit adopté avant la fin de la législature – ce qui n'est pas certain.

Nous sommes d'accord sur le principe de la régionalisation, j'y reviendrai tout à l'heure. Nous sommes d'accord sur le principe, évidemment partagé, d'une meilleure information des malades, d'une meilleure couverture assurantielle des professionnels comme de nos concitoyens atteints par certaines maladies. Nous sommes d'accord enfin sur un contrôle, indispensable, de certains établissements pas toujours clairs dispensant des soins de chirurgie dite esthétique.

Mais, sur les moyens utilisés, sur certains des choix comme sur la situation médico-sociale, permettez-nous de rester pour le moins partagés et bien souvent particulièrement inquiets.

Vous avez décidé de faire financer la couverture de l'aléa thérapeutique ou son indemnisation par l'assurance maladie ; or il est bien évident que ce type de dépenses relève de la solidarité nationale.

M. Philippe Nauche. Parce que l'assurance maladie, ce n'est pas la solidarité ?

M. Bernard Accoyer. Du reste, regardons derrière nous. Le douloureux dossier du sang contaminé n'a-t-il pas été l'un des plus terribles effets de cet aléa thérapeutique ? On se rend bien compte que ces dépenses relèvent à l'évidence de la solidarité nationale et que les moyens, hélas comptés, de l'assurance maladie ne peuvent supporter une telle imprécision et de nouvelles charges de cette nature.

La régionalisation ensuite. Vous décrivez un système d'une complexité préoccupante. Vous avez d'ailleurs rejeté un amendement que nous avions déposé, mes collègues Jean-Michel Dubernard, Pierre Morange et moi-même, qui essayait d'introduire un tant soit peu de démocratie sanitaire, au véritable sens du terme, en proposant d'organiser chaque année, avant le 30 mai, un débat sur des objectifs nationaux de santé ou des objectifs nationaux sanitaires, afin de donner une base chiffrée à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

M. le ministre délégué à la santé. Nous ne proposons rien de bien différent !

M. Bernard Accoyer. Or on voit bien, dans vos propositions, qu'il n'y a pas une relation étroite et enfin réelle entre les objectifs et les recettes, qui doivent être démocratiquement décidés par le Parlement, et les dépenses réelles qui, elles aussi, doivent être chiffrées et acceptées par le Parlement. C'est cela, la démocratie, pour reprendre un terme que vous galvaudez quelque peu au fil des articles de ce texte.

Vous apportez une représentativité officielle aux associations de malades. Sur le fond, nous sommes d'accord. Nous avons tous, ceux qui ont exercé ou qui exercent encore la médecine ou la chirurgie, travaillé avec ces associations et leurs membres, en nouant des rapports forts, parfois émouvants, troublants, en tout cas profonds. Elles ont rendu et rendent toujours d'énormes services. Mais ne croyez-vous pas que vous allez rapidement vous trouver dans des situations délicates d'arbitrage entre l'efficacité et le lobbying de telle ou telle association et l'inefficacité ou l'absence de lobbying de telle autre ? C'est là un danger qu'il convient de maîtriser.

Au demeurant, notre système de soins est-il le juste reflet d'une démocratie qui serait en bonne santé ? Jean-Michel Dubernard a bien rappelé tout à l'heure que le premier des droits en matière de santé, c'était l'égalité de droit d'accès à des soins de qualité pour tous nos concitoyens.

Vous connaissez parfaitement la crise de l'information dont souffre notre système de soins, avec une absence d'évaluation des services, une absence d'évaluation de la qualité des établissements, une absence d'informations, pourtant indispensables, sur la qualification des professionnels désormais autorisés à exercer en France dans des conditions peu sécurisantes – et vous y avez, avec votre gouvernement, de lourdes responsabilités –, des conditions en tout cas pas peu rassurantes et qui introduisent une distorsion de droits en matière d'accès aux soins dispensés par des professionnels dûment qualifiés.

La crise sévit également dans l'hospitalisation, on l'a dit, je n'y reviendrai pas. Mais lorsque l'on voit l'état de délabrement, ne serait-ce qu'au niveau des locaux hospitaliers dans bien des établissements français, lorsque l'on y conduit un ami, et plus encore lorsqu'il vient d'un autre pays, il y a de quoi avoir honte, monsieur le ministre.

Mme Catherine Génisson. Il ne faut tout de même pas exagérer ! Je suis allée dans les hôpitaux anglais... Arrêtez !

M. Bernard Accoyer. Crise également au niveau de l'accès aux technologies... Vous voudriez que j'arrête ? Je vais donner les chiffres ! Le nombre des équipements d'IRM en France est de 180, quatre fois inférieur à ce dont disposent des pays équivalents au nôtre : nous sommes au niveau de la Turquie ! Les petscan ? Nous en avons cinq. On en trouve dix fois plus dans la plupart des pays comme le nôtre. Disons-le, monsieur le ministre : nous avons été largués. Et c'est très inquiétant.

Crise encore dans l'hospitalisation privée, cela a été répété à de nombreuses reprises. Je vais employer un terme un peu fort – vous me direz que c'est une habitude : nous sommes en train d'assister à un véritable génocide de l'hospitalisation privée. (*Protestations sur les bancs du groupe socialiste.*)

Avec les moyens que vous avez ajoutés au budget des hôpitaux publics, le protocole de l'an 2000, 10 milliards plus 2,5 milliards l'année suivante, sans oublier ce que vous allez rajouter cette année dans un ONDAM pour l'hôpital public qui est plus élevé qu'ailleurs, la distorsion est totale.

M. Georges Colombier. Très bien !

M. Bernard Accoyer. Je vous ai souvent entendu vous faire le chantre de l'égalité, monsieur le ministre. Je vous pose une question : a-t-on droit en France, à travail égal, à un salaire égal ?

Mme Catherine Génisson. Entre hommes et femmes, non !

M. Bernard Accoyer. Vous devez répondre à la demande de l'hospitalisation privée, non seulement parce que sa survie en dépend, mais parce que cette situation est le fruit de décisions que votre gouvernement a lui-même prises. Vous devez répondre à sa demande d'une enveloppe immédiate et supplémentaire, évaluée à plus de 6 milliards de francs et exclusivement destinée au secteur social, c'est-à-dire aux salaires, à ceux en particulier des infirmières et des personnels soignants salariés.

Crise morale ensuite, et sans précédent, parmi les professionnels de santé. On a parlé d'un « déficit démographique ». Je ne reviendrai pas sur la situation faite aux infirmières, sinon pour dire qu'il est bien illusoire de croire que l'Espagne pourrait nous venir en aide dans ce domaine.

Mme Yvette Benayoun-Nakache. C'est ça, l'Europe... Et les infirmières françaises iront en Espagne !

M. Bernard Accoyer. Il est tout aussi illusoire de penser qu'inciter des femmes à choisir un mode de vie consistant à utiliser leurs droits à pension et à cesser de travailler à l'hôpital résoudrait le problème du déficit de personnel infirmier. La situation dans ce domaine est grave.

Permettez-moi de m'attarder davantage sur la crise morale des médecins. Dans les hôpitaux comme en ambulatoire, ils sont confrontés à une situation que jamais on n'a connue. Cela est d'autant plus inquiétant pour notre société que le corps médical, comme du reste toutes les professions de santé, contribue grandement à la santé morale d'un peuple, en l'occurrence de la nation française. Monsieur le ministre, avez-vous le droit de continuer à laisser se dégrader, disparaître l'espoir, à écarter d'une profession des jeunes qui espéraient l'embrasser alors que d'autres y accéderaient par des moyens qui restent à sécuriser ? Vous ne pouvez pas continuer ainsi, monsieur le ministre. Cette situation est intenable. Elle est surtout insupportable et elle aura des conséquences sociales et morales particulièrement préoccupantes.

Crise financière enfin de notre système de soin. Nous sommes plusieurs à avoir assisté au discours tenu l'autre jour, en votre absence, par votre ministre de tutelle devant la commission des affaires sociales. L'imprécision de l'exposé, son caractère d'emblée délibérément mensonger, puisque l'on soutenait que les comptes de l'assurance maladie auraient été équilibrés l'année dernière alors que la Cour des comptes a dit exactement le contraire, nous ont laissé pantois. Imprécision sur les montants, confusion entre les euros, les francs, les bases de départ, les objectifs et le réalisé, absence totale de corrélation entre les besoins et les moyens qui seraient prétendument affectés...

M. Jean-Luc Préel. Ah ! Si nous avions un vrai ministre de la santé !

M. Bernard Accoyer. Je passe sous silence les craintes que nous avons tous, hélas ! en cet instant sur l'évolution des recettes, calculées sur des bases de croissance dont il faut espérer qu'elles ne seront pas trop déficientes.

Enfin, monsieur le ministre, vous améliorez dans votre texte, pour reprendre votre expression, un certain nombre de dispositions pour l'information des malades. L'accès au dossier, c'est la transparence. Elle est d'ailleurs déjà prévue dans la loi. Mais vous ne pouvez faire peser sur les médecins une nouvelle pression en laissant croire que l'on pourrait ainsi accéder à leurs notes personnelles.

M. le ministre délégué à la santé. Il n'en est pas question, pas plus qu'à leur carnet d'adresses. Où êtes-vous allé chercher tout cela ?

M. Bernard Accoyer. Non seulement c'est pour les médecins un problème majeur, mais ce serait pour leurs malades un danger réel. Se pose également le cas des affectations à connotation psycho-pathologique.

Enfin, monsieur le ministre, j'ai vu transparaître dans les amendements du Gouvernement ou de quelques membres de votre majorité une sorte de légalisation de l'exercice de certaines professions en France, en particulier celle d'ostéopathe-chiropracteur...

M. le ministre délégué à la santé. Oui.

M. Bernard Accoyer. ... et de psychothérapeute.

M. le ministre délégué à la santé. Non !

M. Bernard Accoyer. Encore faudrait-il savoir définir ce qu'est un psychothérapeute... En réalité, c'est la psychothérapie. Qui a le droit de dispenser des psycho-

thérapies? Monsieur le ministre, je voudrais que vous nous donniez l'assurance, en cet instant, que l'on ne changera pas radicalement, de manière subreptice, par le biais d'un amendement, fût-il d'origine gouvernementale ou parlementaire, les manières de dispenser les soins en France et que l'on s'emploiera à garantir à nos concitoyens la qualité des soins à laquelle ils ont droit.

Vous l'aurez compris, monsieur le ministre : votre texte devra être sérieusement amélioré pendant nos débats, pour ne pas dire refondu, afin que, au-delà de mon abstention, je puisse lui accorder un regard plus positif.

Mme Catherine Génisson. Abstention? C'est bien!

M. Jean-Michel Dubernard. Que voulez-vous? Nous ne sommes pas sectaires!

M. le ministre délégué à la santé. Nous devrions continuer toute la nuit, vous êtes de mieux en mieux! (*Sourires.*)

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

M. Jean Pontier. Monsieur le ministre, à voir le titre de votre « projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé », j'ai envie de dire : « Ouf, enfin ! » Ouf, car à entendre les récriminations de bon nombre de patients, le malade lambda est en droit d'espérer que la réification numéro-dossier, objet des récriminations de tant de patients, est désormais en voie d'extinction et qu'on lui parlera davantage comme à un citoyen apte à recevoir des informations et à comprendre son état ou celui de ses proches, et non comme à un enfant. Enfin, disais-je, parce que le combat mené pour obtenir de tels droits est ancien et récurrent, qu'il a toujours été différé sur fond d'infantilisation culpabilisante, que l'on s'est ingénié à le laisser s'enliser dans des procédures peu lisibles et guère exploitables. Car la volonté de protéger le secret médical, et celui du dossier, se retournait en fait contre le sujet-demandeur.

Cela dit, en la matière, rien n'est simple. En effet, si c'est dans le secteur de la santé que la demande d'informations reste la plus forte, c'est aussi là qu'il est le plus difficile de la satisfaire. Dans son enquête au sein des établissements de santé, l'inspection générale des affaires sanitaires et sociales a distingué trois types d'informations : celles, d'ordre administratif, qui touchent au séjour hospitalier, aux droits du patient, à l'organisation de l'établissement ; celles de nature médicale, relatives à l'état du malade et aux soins qui lui sont dispensés, celles enfin destinées à un public plus vaste que celui des malades.

Dans le premier cas, celui de l'information administrative que l'on sait toujours trop centrée sur l'institution, il y aurait lieu, à mon avis, de développer systématiquement dans les livrets d'accueil ce qui est de l'ordre de l'expression des plaintes et réclamations, de la saisine d'une commission de conciliation, du contenu de la charte du malade.

Quant à l'information médicale, elle recouvre, on le sait, trois types de questions : l'information donnée à un patient sur les actes médicaux qu'il va subir, la tenue et la communication du dossier médical, l'information du public, spécialisé ou non.

Au-delà des interprétations extensives de ce droit à l'information par la Cour de cassation, puis par le Conseil d'Etat, votre texte propose principalement une double avancée qui mérite d'être soulignée : l'accès direct au dossier médical et la couverture du risque thérapeutique. C'est là un véritable progrès pour les patients que nous sommes.

Jusque là, en effet, pour consulter son dossier médical, le malade se devait de passer par l'intermédiaire d'un médecin. Désormais, il pourra directement accéder aux informations concernant sa santé, qu'il s'agisse des divers comptes rendus médicaux, des résultats d'examen, des feuilles de surveillance ou de la correspondance entre praticiens. Ces informations lui seront délivrées deux jours après sa demande et dans un délai de deux mois s'il s'agit de documents remontant à plus de cinq ans.

Par ailleurs, les patients victimes de l'aléa thérapeutique pourront désormais être indemnisés, même s'il n'y a pas eu faute de la part du personnel médical. Seront donc créées des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation. Présidées par un magistrat, elles comprendront des représentants des usagers, des professionnels de la santé, des établissements et services de la santé, de l'office national d'indemnisation et des compagnies d'assurances. La commission *ad hoc* devra, dans les six mois suivant sa saisine par le malade, émettre un avis sur les causes de l'accident, la nature et l'étendue du dommage et le régime applicable d'indemnisation. Le malade, bien sûr, pourra aussi choisir la voie judiciaire.

Outre le coût estimatif de ce dispositif, il est à craindre que, dans les années prochaines, le prévisionnel ne double, voire ne triple, à l'instar de ce qui se passe en Amérique du Nord notamment, où le patient s'inscrit assez facilement dans une logique d'hyperconsumérisme.

Il est clair que ce que souhaitent les malades, ce n'est pas la multiplication des outils d'information mais avant tout un contact personnalisé. Un effort particulier devra notamment être réalisé en direction des publics les plus en difficulté, là où l'on peut constater une mobilisation parfois insuffisante des réseaux locaux.

Ainsi donc, dans sa volonté de construire une politique globale de santé, le Gouvernement propose la naissance d'une démocratie sanitaire où sont enfin prises en compte les attentes des usagers, bientôt représentés dans les institutions de santé au niveau régional.

Ce n'est pas une mince gageure à un moment où il s'agit de compter les lacunes d'un passé imprévoyant mais aussi d'anticiper l'évolution du potentiel médical du pays d'abord en termes démographiques, puis en termes de compétences, en développant les fonctions de prévention et les métiers de santé publique.

Cette volonté, dont je vous sais gré, de faire naître une véritable démocratie sanitaire ne peut, me semble-t-il, que s'articuler sur le principe de responsabilités partagées : celle des hommes politiques certes, celle des experts bien sûr, mais aussi et surtout celle des citoyens.

Il faudra donc que nous nous montrions, les uns et les autres, pédagogues dans un nouveau contexte culturel où vont se développer de nouveaux droits, ceux des malades relevant d'un système de santé, que l'on espère toujours de qualité. (*Applaudissements sur les bancs du groupe Radical, Citoyen et Vert et du groupe socialiste.*)

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

M. Jean-Pierre Foucher. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, comme tout le monde l'a dit, attendu depuis longtemps, le projet de loi que nous examinons enfin avait initialement été présenté comme un projet sur la modernisation de la santé.

Après une gestation qu'on peut qualifier de longue et difficile, ce texte est devenu un projet de loi mettant en avant les droits des malades et la qualité du système de

santé. Le titre est plein d'ambition, mais le contenu est-il à la hauteur des espoirs que cette appellation a fait naître ?

En effet, malgré le temps passé entre son annonce et sa présentation, délai qui aurait pu servir à le peaufiner, ce texte ne répond pas à toutes les espérances soulevées auprès des patients comme de l'ensemble des professionnels de santé.

On y trouve, il faut l'admettre, des avancées. Remarquons cependant que, pour un projet qui se veut moins politique que pragmatique, les propositions de l'opposition n'ont pas vraiment recueilli beaucoup d'écho, du moins en commission. C'est regrettable dans la mesure où chacun d'entre nous, me semble-t-il, est conscient de l'importance des sujets abordés.

Des avancées ont notamment été réalisées dans les titres I^{er} et III concernant, d'une part, le droit des malades à connaître directement leur dossier et à obtenir des informations précises sur leur état de santé, d'autre part, le droit de ces mêmes patients à être indemnisés pour le risque médical. Je serai très bref sur ces sujets car j'adhère aux observations faites par mon collègue Jean-Luc Prél. Je ne ferai donc que quelques remarques.

Concernant le contenu du dossier auquel le patient aura accès, je crois nécessaire de le définir très précisément : il faut, en effet, respecter le droit du médecin à noter des hypothèses et ses propres réflexions, ainsi que son souhait de les transmettre pour avis ou pour information à un confrère sans que le malade y accède. M. Jean-Michel Dubernard l'a bien dit. Le serment d'Hippocrate a un contenu qu'il faut, lui aussi, respecter.

Un mot également de la décentralisation : les comités régionaux doivent jouer leur rôle pleinement auprès de la conférence nationale de santé, faute de quoi la décentralisation, à laquelle nous tenons beaucoup, restera lettre morte. Ce qu'a dit M. Jean-Luc Prél sur ce sujet est très important. Il faut définir régionalement les besoins de santé.

Sur le titre II relatif à la qualité du système de santé, je serai un peu plus long. Tout d'abord, il me semble judicieux d'étendre à d'autres professions certaines des dispositions qui sont proposées pour les médecins, par exemple la mise en œuvre d'une formation continue pour les pharmaciens. Toutes les pharmacies d'officine cotisent au fonds pour la formation permanente des salariés et des titulaires mais le nombre relativement réduit de stages offerts prouve que cette formation continue, pourtant considérée comme indispensable, est encore insuffisamment développée. Il faut donc calquer son système sur celui de la formation médicale continue, en l'adaptant aux particularismes de la pharmacie et en l'étendant à l'ensemble des pharmaciens, quel que soit leur mode d'exercice. En effet, les pharmaciens d'officine, titulaires ou salariés, les pharmaciens de l'industrie, les grossistes-répartiteurs et les pharmaciens hospitaliers se sentent également concernés ; ils souhaitent d'ailleurs être intégrés dans cette obligation de formation pharmaceutique continue.

Pour ce qui concerne la création d'un office rassemblant cinq professions paramédicales, j'exprime ici mon désaccord total sur l'inclusion des masseurs kinésithérapeutes et des pédicures-podologues. Pour ces deux professions, des ordres spécifiques ont été créés par la loi du 4 février 1995, mais, malgré des demandes réitérées, les élections aux ordres n'ont jamais été organisées. Depuis plusieurs années, répondant à des questions écrites, le

Gouvernement motive son refus en invoquant qu'il n'existe pas de fichier des professionnels concernés qui permette de les convoquer.

M. Bernard Accoyer. Le Conseil d'Etat a même condamné le Gouvernement pour cela !

M. Jean-Pierre Foucher. Absolument, et ses réponses figurent au *Journal officiel*.

Or le même gouvernement, dans le texte qui nous est proposé aujourd'hui, s'appuie sur un tel fichier pour organiser les élections au sein du nouvel office ! Il y a là une contradiction qui fait injure à ces deux professions. Je souhaite que la loi antérieure soit respectée et que les ordres des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures podologues soient créés en dehors de l'office, celui-ci intervenant pour les autres professions paramédicales, à défaut de créer un ordre, en y incluant les diététiciens, demandeurs depuis longtemps.

Enfin, je m'arrêterai quelques instants sur le problème particulier de la création d'une nouvelle section H à l'ordre national des pharmaciens. L'évolution de la profession pharmaceutique nécessite des ajustements pour mieux accueillir les pharmaciens hospitaliers. Actuellement, la section D regroupe la totalité des assistants salariés des officines et les pharmaciens hospitaliers. Pour ces derniers, la loi du 8 décembre 1992 a défini leurs activités très spécifiques et les particularités de leurs missions. Il semble donc logique de créer une section H, homogène, et de recomposer une section D, également homogène, afin que chaque section traite correctement les problèmes éthiques et déontologiques qui lui sont propres.

En créant la section H, qui regrouperait tous les pharmaciens hospitaliers, le projet de loi répond à ce souhait. Les deux tiers des presque 4 000 pharmaciens des établissements de santé membres des syndicats concernés ont depuis longtemps fait connaître leur avis très favorable à cette proposition, comme le prouvent des sondages menés officiellement. Il me paraît totalement inadmissible, comme je l'ai déjà fait savoir en commission, que quelques intérêts particuliers d'élus d'un syndicat minoritaire conduisent à refuser la création de cette section H, telle que la propose le projet de loi.

L'idéal serait, bien sûr, de mettre en place une régionalisation pour l'ensemble des sections, mais une telle solution ne peut être envisagée, d'abord pour des raisons techniques, parce qu'il faudrait organiser vingt-deux sections locales, toutes conçues selon le modèle du conseil national, et ensuite pour des raisons financières, puisqu'il faudrait indemniser un nombre important de représentants.

La section H, telle que proposée par le Gouvernement, s'intègre particulièrement bien au présent projet de loi, puisque le rôle de ces professionnels hospitaliers ou officinaux est en rapport direct avec la prise en charge thérapeutique des malades à l'hôpital ou à l'officine. La représentation devra être équilibrée entre secteur privé et secteur public, car 50 % de ces professionnels exercent dans le premier et 50 % dans le second. L'article 45 du projet a été élaboré, et ce n'est pas coutume, en concertation avec la profession, en plein accord avec les ministres de tutelle, la direction générale de la santé et la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins. Il donne pleinement satisfaction à la grande majorité de la profession,...

M. Jean-Luc Prél. Sauf à Bernard Charles !

M. Jean-Pierre Foucher. En effet !

... et je le soutiens vivement.

Le titre III traite d'un sujet auquel de nombreux spécialistes réfléchissent depuis longtemps, la réparation du risque médical. Face à l'ampleur du phénomène, il fallait légiférer et l'ensemble des propositions me paraît aller dans le bon sens. Il faut cependant bien définir ce qui relève de la faute ou de l'absence de faute afin d'aiguiller, dans un souci d'efficacité et de rapidité de l'indemnisation, les dossiers vers les bonnes procédures, qui sont totalement différentes. A cet égard, les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation auront un rôle majeur à jouer.

Exclure les victimes de l'hépatite C lorsqu'elle est contractée suite à une intervention médicale est injuste. Je sais que ces victimes sont extrêmement nombreuses, comme je l'ai souligné à plusieurs reprises à l'occasion de textes examinés précédemment, et que l'indemnisation mettrait en jeu des sommes considérables. Ces victimes ne peuvent espérer être indemnisées que si elles ont été contaminées suite à une transfusion sanguine au plus dans les six mois précédant la publication de cette loi. Comment expliquer aux autres malades contaminés qu'ils sont, encore une fois, traités à part? Ne sont-ils pas des malades comme les autres? Ils se battent depuis des années. Et un texte intitulé « droits des malades » créerait une situation non équitable à leur endroit?

Pour conclure, je souhaite que le présent projet de loi puisse être amélioré sur les divers points que nous avons soulevés les uns et les autres. Les propositions que nous ferons doivent être entendues. Chacun a le droit d'être bien soigné et d'être informé le mieux possible. Mais, corrélativement, l'ensemble des professions médicales a le droit de pouvoir exercer son métier avec toute la sérénité et toute la conscience professionnelle possibles. Il s'agit donc de parvenir à un équilibre, les choses, et c'est l'objet des amendements que nous présenterons pour que ce texte devienne « exceptionnel » comme l'a qualifié Mme la ministre, et que ce soit le gâteau « sous la cerise dont parlait Jean-Michel Dubernard »! (*Rires et applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance, du groupe du Rassemblement pour la République et du groupe Démocratie libérale et Indépendants.*)

M. le ministre délégué à la santé. Quelle unanimité dans vos rangs!

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, quand le contexte international du drame américain, et national de Toulouse, nous bouleverse et nous pousse à assumer nos responsabilités, nous avons aussi le devoir de nous préoccuper de la vie quotidienne de nos concitoyens, surtout s'il est question de respect de la personne et de sa dignité.

C'est l'objet du projet de loi que nous examinons aujourd'hui. Pour la première fois, le malade est au cœur de la loi, il en est même le cœur.

La médecine est une science humaine, nous l'avons parfois oublié.

Si, tous ensemble, nous nous félicitons des avancées scientifiques et des progrès médicaux, le citoyen – le malade – n'en perçoit pas toujours le bien-fondé et le bienfait, parce que, souvent mal informé, il ne les comprend pas alors même que l'espérance de vie augmente et ce dans des conditions de qualité reconnue.

Dans le même temps, ces progrès techniques sont parfois un écran protecteur, sécurisant, face au malade, pour le soignant, quel qu'il soit, parce qu'il est insuffisamment formé à cet exercice si difficile qu'est la création de relations de confiance partagée entre le malade et le soignant.

Entendre, écouter, laisser parler le malade, le comprendre, l'informer, lui expliquer la réalité de sa situation, discuter avec lui des solutions thérapeutiques les mieux adaptées en fonction des connaissances actuelles, c'est le colloque singulier.

M. Jean-Michel Dubernard. Depuis toujours!

Mme Catherine Génisson. Si simple et si évident à décrire, il est si complexe à réaliser.

Votre texte, monsieur le ministre, apporte des réponses. Il affirme comme principe fondateur le droit des malades face à des professionnels de santé responsabilisés, reconnus et formés non seulement à la performance technique mais aussi à la connaissance de l'être humain dans toute sa complexité, qui n'est pas la somme d'organes pouvant se dérégler.

M. Jean-Michel Dubernard. Elle sait de quoi elle parle!

Mme Catherine Génisson. Merci à Jean-Jacques Denis de présenter des amendements qui visent à améliorer la formation des professionnels.

Aujourd'hui, nous examinons un texte dont le principe fondateur est la relation de confiance partagée, dans la clarté.

Vous travaillez sur ce texte, monsieur le ministre, depuis dix ans. Vous n'avez pas l'âme de Pénélope, et la tenue des états généraux de la santé, que vous avez largement soutenue et accompagnée, a été déterminante pour la finalisation de ce projet de loi. La démocratie sanitaire est au cœur de votre texte. Elle s'enrichit de la qualité de l'organisation du système de santé et du mécanisme de solidarité permettant réparation en cas d'accident lié à un aléa.

Mais, comme le temps m'est compté, je m'attacherai à cette avancée qualifiée par vous-même d'emblématique qu'est l'accès direct au dossier médical par le malade, l'affirmation du principe de confiance partagée entre le malade et le médecin.

Le dossier du malade est souvent constitué d'un document de plusieurs centimètres d'épaisseur, ensemble complexe au sein duquel se trouve un document central : l'observation. L'observation, c'est le malade qui se raconte, c'est le médecin qui écoute afin d'enregistrer les renseignements qui lui permettent d'évoquer une orientation diagnostique confortée par un certain nombre d'examen pour aboutir au diagnostic et aux propositions thérapeutiques. Cette observation est établie après un dialogue confiant entre le malade et le médecin. Sa lecture doit en être claire, simple et juste. Il doit bannir un langage abscons sans pour autant dénier au terme médical sa valeur de clarté, s'il est expliqué aux malades.

Pour autant, le retrait de certains documents transitoires, telles les notes personnelles médicales, doit pouvoir être étudié. Nous aurons l'occasion de discuter des modalités d'application. En effet, chaque citoyen doit s'approprier ce droit à sa convenance. Il doit pouvoir connaître son état de santé, ou non.

Enfin, monsieur le ministre, j'évoquerai deux amendements. Le premier concerne la reconnaissance de la spécialité de gynécologie médicale et la possibilité d'y avoir un accès direct pour celles qui souhaitent y recourir – ces

dernières dispositions valent d'ailleurs pour l'accès à toute spécialité qui doit naturellement donner lieu à remboursement. La reconnaissance de cette spécialité, au-delà de l'organisation du système de soins, est exemplaire de la prise en compte d'une démarche citoyenne forte, celle que les femmes ont exprimée ces derniers mois. Face à cette demande forte, monsieur le ministre, je vous dis : Concluons enfin !

Le deuxième amendement concerne les personnels de laboratoire et les chauffeurs ambulanciers, qui s'expriment beaucoup moins publiquement, mais qui subissent une injustice professionnelle et sociale. Alors qu'ils connaissent les mêmes contraintes que l'ensemble des personnels soignants, leurs statuts actuels ne leur permettent pas de bénéficier des mêmes avantages qu'eux. Leur revendication est légitime : rendez-leur justice.

Monsieur le ministre, merci de croire au débat et merci de nous permettre de le conduire à propos de ce beau projet de loi. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste et du groupe Radical, Citoyen et Vert.*)

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

M. Bernard Perrut. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, les états généraux ont mobilisé un grand nombre de participants sur les questions de fond concernant notre système de santé, plusieurs d'entre nous l'ont déjà rappelé. Après avoir été l'occasion de tant de paroles, tant d'échanges, voire d'émotions, ces états généraux trouvent aujourd'hui un prolongement dans votre projet de loi qui répond, sur un certain nombre de points, aux attentes légitimes des malades. Les malades ont des droits qu'il importe de voir reconnus et précisés, notamment une information suffisante, dont le droit d'accès au dossier médical, ou encore la réparation des préjudices, à condition de ne pas sombrer dans une judiciarisation excessive de la relation entre le médecin et le malade.

Nous reviendrons, bien évidemment, sur ces dispositions lors de la discussion du texte, un texte qui aurait pu engager, si vous l'aviez souhaité, monsieur le ministre, une grande réforme de notre système de santé. Nous en sommes loin, et certains de mes collègues et moi-même le déplorons.

En revanche, nous sommes tous d'accord sur ces bancs pour affirmer que le premier droit pour toute personne malade est d'abord de pouvoir se faire soigner avec l'assurance de la qualité et de la sécurité des soins qui lui sont prodigués, quel que soit le lieu où elle habite. C'est ce qu'on appelle l'égalité, Jean-Michel Dubernard l'a rappelé il y a quelques instants.

Hélas ! la situation actuelle préoccupe beaucoup de nos concitoyens. La France vit un étrange paradoxe. Elle est un des pays où il y a le plus de médecins, et pourtant certains patients ont du mal à se faire soigner : mauvaise répartition sur le territoire, manque de généralistes en milieu rural, déséquilibre entre spécialités et des délais d'attente de plusieurs mois parfois pour certaines d'entre elles, transferts entre le privé et le public.

Alors, monsieur le ministre, le « meilleur système de soins du monde », comme vous le qualifiez, souffre.

Oui, ce système de soins souffre, quand 15 000 infirmières font déjà défaut au chevet des malades et dans les blocs opératoires et quand 3 000 postes de praticien hospitalier sont vacants.

Oui, ce système de soins souffre quand, dans de nombreux hôpitaux, au service des urgences, des patients attendent plusieurs heures avant d'être pris en charge ou même passent la nuit sur des brancards.

M. Jean-Michel Dubernard. Oui, les journaux l'ont dit !

M. Jean-Marie Le Guen. Si les journaux l'ont dit, c'est que c'est vrai !

M. Bernard Perrut. Oui, ce système de soins souffre quand, chaque week-end, des infirmières en congé sont appelées et quand des médecins ne peuvent même plus programmer à l'avance leurs vacances.

Nous pourrions aussi évoquer les difficultés de mise en œuvre des 35 heures dans les hôpitaux dont nous mesurerons bientôt, chers collègues, toutes les conséquences.

Vous avez d'ailleurs vous-même parlé, monsieur le ministre, en fin d'après-midi, du malaise hospitalier : il est bien réel.

Les cliniques privées n'échappent pas à une grave inquiétude et les plus petites s'interrogent sur leur avenir : faibles marges, inflation des coûts, contraintes réglementaires, mise en place des 35 heures et pénurie d'infirmières qu'il faut aller chercher dans les pays européens tout proches.

M. Bernard Accoyer. C'est un génocide !

M. le ministre délégué à la santé. Ah non ! s'il vous plaît, assez !

M. Bernard Perrut. Parce que le malade est bien au cœur de ce débat et parce que j'attache beaucoup d'importance au respect de sa dignité, j'ai souhaité m'attacher quelques instants à l'un des principaux thèmes des états généraux : la lutte contre la douleur. Elle s'inscrit comme une des priorités les plus urgentes dans le domaine de la santé publique. L'apaisement est un droit. Il doit concerner tous les malades, les personnes âgées comme les enfants dont la douleur est insuffisamment prise en charge en France, puisque seulement 40 % des enfants dont la douleur pourrait être apaisée sont effectivement soulagés.

M. Philippe Nauche. Ce n'est pas un problème de moyens !

M. Bernard Perrut. Le plan triennal que vous avez présenté en 1998, monsieur Kouchner, est loin d'avoir été appliqué dans sa totalité. Je ne prétends pas que c'est de votre faute. Faute de budget propre, le financement de ce plan était dévolu aux agences régionales d'hospitalisation mais, par manque de moyens, le bilan est insuffisant, vous le savez. Vous aviez annoncé, il y a quelques mois, qu'une évaluation serait disponible au quatrième trimestre 2001, afin d'identifier les besoins et de poursuivre les actions engagées. Quelles mesures entendez-vous prendre afin que la lutte contre la douleur ne soit plus le parent pauvre de la politique de santé ? Quels sont les objectifs du deuxième plan triennal ? Pouvons-nous nous contenter simplement de déclarer que la lutte contre la douleur sera la priorité nationale de santé publique en 2002 ?

Beaucoup reste à faire, c'est vous-mêmes, messieurs les rapporteurs, messieurs Evin, Charles et Denis, qui l'écrivez dans votre rapport. Il faut effectivement gommer les disparités qui existent aux niveaux national et local, voire d'un service à un autre. Il faut que chaque patient ait les mêmes chances de ne pas souffrir ou de souffrir moins.

Si l'un des droits du malade est de ne pas souffrir, il en est un tout aussi important, celui de bien vieillir et de mourir dignement.

Le droit de bien vieillir a été abordé lors de nombreuses réunions des états généraux. Certaines communes,

certaines associations, en dépit des difficultés qu'elles rencontrent – vous les connaissez –, privilégient le maintien des personnes malades et des personnes âgées à domicile, car un grand nombre d'entre elles souhaiteraient terminer leurs jours chez elles.

Le droit à des soins palliatifs est essentiel et je voudrais souligner le combat qu'a mené en ce sens, depuis un certain nombre d'années, notre collègue Lucien Neuwirth.

La loi du 9 juin 1999 affirme la volonté d'intégrer les soins palliatifs dans le système sanitaire français, mais encore faut-il que la loi devienne réalité sur le terrain. Des efforts sont faits, monsieur le ministre, il faut les poursuivre. Il est nécessaire de tout mettre en œuvre pour que puissent se développer différentes structures, des unités fixes de soins palliatifs, très limitées, des équipes mobiles de soins palliatifs pluridisciplinaires, des lits de soins palliatifs dans les services aigus, des soins palliatifs à domicile, et enfin, la mise en place de réseaux de soins.

Les réseaux de soins sont peu nombreux, vous le savez. L'expérience montre que les difficultés résident dans la mise en synergie des différents segments du système de santé et donc des financeurs. C'est tout le problème de la fongibilité des enveloppes, et il faut apporter des solutions.

Il faut, à mon sens, des dispositions souples, afin d'adapter les réseaux aux problématiques de santé qu'ils auront à prendre en charge, ainsi qu'aux réalités locales. Comment faire face quand le nombre d'infirmières est limité par des quotas et que la nomenclature n'est pas adaptée à ce type d'intervention ?

Incontestablement, mes chers collègues, la France doit poursuivre sa politique de développement des soins palliatifs avec un projet ambitieux. Sinon, cela ferait le lit de l'euthanasie, et ce serait très grave.

Pour conclure sur ce sujet aussi important, qui concerne à la fois les droits des malades et, bien sûr, la qualité des soins, je crois que la loi, effectivement, ne peut pas tout faire, ne fait pas tout. C'est aussi un état d'esprit collectif que nous devons promouvoir. L'accueil et la place des familles, l'intervention des bénévoles, l'implication des associations d'usagers comme l'engagement des médecins, des infirmières, des aides-soignantes, dont nous mesurons chaque jour le dévouement, sont au cœur de ce débat national.

Définir les droits des malades ne règlera pas tout si vous ne rétablissez pas la confiance, monsieur le ministre, si vous ne donnez pas les moyens nécessaires à ceux qui sont chaque jour les acteurs du système de santé et à ceux qui sont chaque jour, dans des moments difficiles, les victimes de la maladie, en contact avec nos hôpitaux, nos cliniques et nos personnels soignants. (*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. André Aschieri.

M. André Aschieri. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, ce projet de loi renforce globalement les droits des malades qui étaient jusque-là épars et de faible valeur juridique. Il contribue à édifier une cohérence et innove dans des domaines comme l'accès direct au dossier médical, la création d'une commission de conciliation autonome et l'indemnisation de l'aléa thérapeutique.

Depuis longtemps, les députés Verts attendaient des changements comme la réforme du conseil de l'ordre, l'obligation de formation continue des médecins, la

réforme des expertises médicales. Ce projet permettra de moderniser, de démocratiser le fonctionnement du système de santé français. Tel est d'ailleurs le souhait de huit Français sur dix, pour qui c'est une réforme très urgente.

Si ce texte constitue le prolongement des réformes déjà entreprises en la matière, il permet enfin d'aller plus loin vers des revendications des usagers et des associations d'usagers. Ainsi, nous saluons avec satisfaction, monsieur le ministre, la démarche qui a été la vôtre. Ce projet de loi est le fruit d'une grande concertation : états généraux de la santé en 1998, tenue de différents groupes de travail qui ont progressivement fait évoluer les mentalités, émerger des solutions consensuelles, et ont, par conséquent, permis la réalisation d'un projet de loi globalement satisfaisant, même si quelques dispositions peuvent être ajoutées.

Les députés Verts se réjouissent tout d'abord des efforts faits pour affirmer les droits individuels de la personne malade tels que le droit au respect de la dignité, au respect du secret médical, à l'accès aux soins pour tous sans discrimination.

La place privilégiée du malade dans le processus thérapeutique doit être sans cesse au cœur de nos préoccupations. Le malade a désormais le droit d'accéder directement à la totalité de son dossier médical, afin de consentir ou non à tout traitement thérapeutique après un choix libre et éclairé.

Je tiens à souligner également les avancées concernant l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux qui ne sont pas dus à une faute du praticien. La jurisprudence a évolué en faveur d'une meilleure indemnisation, notamment, on l'a vu, pour les victimes de l'hépatite C, mais il nous appartient, en tant que législateurs, d'adapter la loi au droit.

Nous nous félicitons de la transparence du système de santé : renforcement des obligations déontologiques des professionnels, remise chaque année au Parlement d'un rapport du Gouvernement sur la politique de santé, association des régions à la mise en œuvre de la politique nationale de santé, avec, par exemple, le conseil régional de santé.

Nous apprécions les nouveaux droits collectifs des usagers qui, désormais, peuvent participer au système de santé, comme les associations.

Enfin, nous accueillons favorablement aussi ce début de réforme des ordres des professions médicales. En 1999, j'avais regretté que la demande de création d'une commission d'enquête déposée par les Verts ait été rejetée, alors qu'une telle commission aurait permis de mettre la lumière sur le dysfonctionnement de l'ordre. J'avais même été suivi, d'ailleurs, par le président national de cet ordre. La réforme proposée ici est une première étape. Cela va permettre non seulement de garantir aux malades et aux médecins des conditions de recours équitables en cas de faute, mais encore de mettre fin à la confusion entre disciplinaire et administration.

Nous espérons, monsieur le ministre, aller encore plus loin.

Ainsi, le projet de loi reste ambigu quant à la définition de l'octroi des droits des usagers et celle de devoirs pour les professionnels. Par exemple, la formulation du droit à l'information pour l'utilisateur – article L. 1111-1 du code de la santé publique – est érigée non pas de façon active mais de façon passive. De même, on note un

manque de différenciation dans la situation entre les professionnels d'établissements publics et ceux qui travaillent dans des structures privées.

Nous proposons aussi d'introduire la notion de contrat de soins entre usagers, professionnels et établissements, afin d'associer le malade à tout le processus concernant sa santé.

En outre, le projet de loi formule des droits sans envisager toujours les moyens d'en assurer l'effectivité. Rien n'indique quels sont les recours dont dispose une personne se heurtant, par exemple, à un refus d'accès à son dossier ou dont les dossiers sont perdus ou manquants.

Enfin, nous souhaitons la reconnaissance des médecines alternatives – c'est un vœu des députés Verts depuis fort longtemps – qui, pour certaines affections, obtiennent des résultats conformes aux attentes des patients.

M. Pascal Terrasse. Tout à fait !

M. André Aschieri. Les médecins ne considèrent pas seulement la maladie à éliminer, mais la santé à développer. Ils replacent l'élément pathologique dans l'histoire de la vie du patient. Ainsi, prévenir, c'est aussi permettre le pluralisme thérapeutique.

Mais il ne servirait à rien, peut-être, de faire ces réformes si les acteurs de la santé ne disposaient pas des moyens suffisants pour les appliquer. J'ai ici en mémoire, monsieur le ministre, les difficultés des personnels hospitaliers, et vous les connaissez, par exemple ceux de ma circonscription de Grasse, dont je vous ai parlé à plusieurs reprises, qui viennent régulièrement dans ma mairie pour protester.

En conclusion, ce projet de loi contient des avancées significatives et marque incontestablement une étape importante dans la prise en considération des malades par le système de santé. Compte tenu de l'urgence de la situation et de l'attente de milliers de personnes dans notre pays, les députés Verts voteront bien sûr cette loi, en souhaitant que vous répondiez à leurs réserves. *(Applaudissements sur de nombreux bancs du groupe socialiste.)*

M. le président. La parole est à M. Pascal Terrasse.

M. Pascal Terrasse. Monsieur le président, monsieur le ministre, chers collègues, le projet de loi sur le droit des malades et la qualité du système de santé présenté aujourd'hui par le Gouvernement est attendu d'abord par les professionnels, bien entendu, mais aussi et même surtout par les usagers, les patients, les malades, ou encore le citoyen, c'est-à-dire l'ensemble de nos compatriotes.

La santé, monsieur le ministre, est un thème fondateur de notre société. Nous voulons tous un système qui concilie à la fois prise en charge et soins performants. Dans ce but, nous dépensons beaucoup d'argent pour la santé : plus de 900 milliards de francs en 2000.

Il nous faut constater que la situation s'améliore, notamment grâce à la couverture maladie universelle. Je crois que le Gouvernement peut légitimement se prévaloir de cet acquis.

La santé des Français se porte bien, même si des inégalités demeurent. L'Organisation mondiale de la santé a d'ailleurs classé notre système de soins comme le premier au monde, tant pour ses résultats que par l'accessibilité pour tous et l'équité de son fonctionnement.

M. Jean-Michel Dubernard. Sur quels critères ?

M. Pascal Terrasse. Vous leur demanderez !

M. Bernard Accoyer. Il faut connaître l'unité de mesure !

M. Pascal Terrasse. En tout cas c'est un organisme reconnu.

Cependant, et même d'autant plus, il ne faut pas nous endormir sous nos lauriers. Même le meilleur système peut encore être amélioré, et les interrogations actuelles des professionnels du secteur démontrent, s'il en est besoin, que l'attente dans le domaine de la santé reste considérable.

Aujourd'hui, il convient particulièrement de développer la prévention et la promotion de la santé, de définir nos priorités afin de répondre aux attentes des usagers et des malades. Les conditions sont actuellement réunies pour mettre en place une véritable politique de prévention. Il nous faut faire de la prévention un véritable enjeu de santé publique.

M. Bernard Accoyer. Financé par l'Etat, pas par l'assurance maladie !

M. Pascal Terrasse. Politiques de prévention dans le domaine de la santé des jeunes, de la santé des femmes, des personnes en situation précaire, mais aussi de la santé des personnes âgées. Là aussi, un programme spécifique doit prendre en compte les facteurs qui peuvent conduire à des maladies chroniques invalidantes, pour prévenir, dépister et traiter les déficiences sensorielles, cognitives, ostéo-articulaires, qui peuvent avoir des conséquences fonctionnelles importantes sur ces populations.

En France, on estime à environ 350 000 les cas de maladie d'Alzheimer par exemple. Cette maladie touche de manière prioritaire les personnes de plus de soixante ans, mais notre politique de prévention doit également prendre en compte les personnes ayant moins de soixante ans, souvent laissées à l'écart faute de prise en charge spécifique en raison de leur âge. A cette occasion, je sollicite de votre part, monsieur le ministre, si c'est possible, l'inscription de la maladie d'Alzheimer au sein de l'article D. 322-1 du code de la sécurité sociale, qui fixe la liste des affections de longue durée.

Au demeurant, je me réjouis de voir instituer dans ce projet de loi des organes spécifiques, propres au domaine de la prévention et de la promotion de la santé, qui vont permettre de développer une politique globale et cohérente.

De même, et cela va de pair avec la prévention, le Gouvernement institue une politique de développement des réseaux de santé. Il me semble, en effet, que, pour la psychiatrie, la prise en charge des personnes âgées ou de celles en situation précaire doit tendre à une approche globale qui concilie soins et intervention sociale. Le secteur sanitaire et le secteur médico-social doivent œuvrer ensemble et non s'exclure, et le projet qui nous est aujourd'hui présenté tend à cette complémentarité.

Ce texte, également, dote les réseaux de santé d'une base législative jusqu'alors absente. Un groupe de travail s'interroge actuellement sur le statut à leur donner – GIP, association. Le Gouvernement n'a pas souhaité être plus précis sur cette question pour le moment. Il me semble d'ailleurs qu'il ne faut pas figer des structures d'une très grande diversité.

Ce cadre juridique souple mis en place dans ce texte devrait favoriser les réflexions communes aux soignants, aux familles, aux usagers ainsi qu'aux services médicaux et sociaux et permettre ainsi des initiatives innovantes.

L'objectif principal, vous l'avez rappelé à maintes reprises, est de fonder notre système sur la continuité et la qualité des soins. Nous devons mettre en place des passerelles qui permettent aux usagers de bénéficier de soins

médicaux certes, mais aussi d'éducatifs thérapeutiques par exemple, ou encore de suivi psychologique, diététique... Nous devons faire le lien entre l'hospitalisation pure traditionnelle et les centres de rééducation. Le patient ne doit pas voir son statut modifié dans chaque établissement. Enfin, il faudra veiller à asseoir le financement de ces réseaux afin que leurs initiatives puissent se développer réellement.

Je tiens sur ce point à souligner que la création des comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale ne va nullement à l'encontre de la constitution de réseaux. Les anciens CROSS comprenaient un secteur sanitaire qui a été intégré dans les conseils régionaux de santé. Il convenait alors de mettre en place une structure *ad hoc* qui regroupe toutes les instances du secteur sanitaire et social, comme cela a été fait pour la santé. Le secteur médico-social a besoin de reconnaissance, en raison de l'importance du nombre de personnes concernées - environ 1 million - et du nombre de professionnels : environ 600 000. La mise en place de ces comités devrait aider à cette reconnaissance, et je m'en félicite.

Pour conclure, le projet de loi instaure une réforme d'ensemble du fonctionnement de notre système de santé. Il était nécessaire de le moderniser mais aussi de le démocratiser. En France, les états généraux de la santé, en 1998 et 1999, ont affirmé l'importance d'un débat ouvert, au plus près des réalités. Les conditions d'élaboration de ce texte confirment la volonté de dialogue du Gouvernement et permettent d'avoir un texte équilibré, innovant qui devrait répondre aux défis sanitaires de demain. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. le président. La parole est à M. Yves Bur.

M. Yves Bur. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, le projet de loi dont nous abordons aujourd'hui la discussion est important. Il tente, en effet, de répondre, à une attente diffuse des Français d'être enfin considérés comme des acteurs à part entière de leur santé aux côtés et avec l'aide des professionnels médicaux.

L'affirmation solennelle des droits du malade constitue une avancée, que je salue, avec ses corollaires très concrets comme l'accès au dossier médical ou une meilleure indemnisation des séquelles consécutives à l'aléa thérapeutique.

C'est donc une étape significative qui permettra aux Français d'avoir un véritable droit de regard sur leur santé. Celle-ci était depuis trop longtemps considérée comme le domaine réservé des professionnels. Aujourd'hui le droit des personnes s'affirme dans tous les domaines de la vie et le malade s'est émancipé. Il demande à savoir, à mieux comprendre, à participer aux choix thérapeutiques qui le concernent.

L'affirmation par la loi des droits du malade, pour importante qu'elle soit, ne doit cependant pas être considérée comme un signe de méfiance vis-à-vis du corps médical mais bien comme une chance supplémentaire dans la lutte contre la maladie.

La mise en œuvre de ces droits, le respect de la dignité, la non-discrimination, y compris génétique, et je crois que c'est important, le respect du secret médical, le droit à des soins appropriés et à une prise en charge de la douleur, comme l'a évoqué tout à l'heure M. Perrut, ne doivent pas se résumer à une affirmation solennelle, fût-ce par la loi. Les exemples du passé doivent nous ins-

pirer la modestie quand on connaît les résistances pour passer de la proclamation d'un droit à sa concrétisation pour chaque citoyen.

L'intérêt de nos débats est bien de contribuer à faire évoluer les mentalités, notamment pour tout ce qui touche à l'information.

Nous savons les inquiétudes du corps médical devant cette évolution. Réussir une telle mutation exigera de tous les acteurs médicaux une plus grande prise de conscience de leur rôle aux côtés du malade pour l'associer davantage aux orientations thérapeutiques.

C'est donc un long processus qui s'engage aujourd'hui et qui aura de profondes répercussions sur la relation entre malades et professionnels de santé, mais aussi, nous devons l'espérer, sur le fonctionnement même de notre système de santé. Nous sommes nombreux, en effet, à souhaiter une plus grande implication mais aussi une plus grande responsabilisation des Français dans la prise en charge de leur santé. Cela va, bien sûr, d'une sensibilisation à travers une politique de prévention plus active et plus globale jusqu'à une plus forte responsabilité dans la consommation de soins. Dans la recherche d'une maîtrise médicalisée, ce droit de regard des Français sur leur système de santé peut être utile pour optimiser les dépenses de santé dont l'évolution ne peut être attribuée à la seule responsabilité des professionnels médicaux.

Concernant le droit à une meilleure information et à l'accès au dossier médical, il faut souligner que les Français font largement confiance à leurs médecins pour assurer de bons soins et qu'il serait dommageable d'y substituer une suspicion généralisée ou de compliquer à outrance le colloque singulier entre le médecin et le patient. Si des avancées pour une meilleure information paraissent souhaitables, il faut cependant éviter que l'inquiétude des professionnels de santé, qui est réelle, ne les enferme dans le principe de précaution au détriment de l'efficacité thérapeutique.

Concernant l'indemnisation de l'aléa thérapeutique, si ce texte constitue une avancée réelle pour faciliter le droit à une juste indemnisation, il met en place deux dispositifs selon la gravité des séquelles reconnues. Les petits accidents sans faute ne trouveront pas de solution dans le dispositif proposé, alors que leurs séquelles peuvent malgré tout avoir des répercussions sérieuses sur la qualité de vie des victimes.

Votre dispositif les renvoie à la procédure judiciaire dans laquelle l'assurance sera appelée à jouer pleinement son rôle habituel. On peut s'interroger, dès lors, sur les motivations qui ont exclu du dispositif proposé l'assurance, dont c'est bien le métier spécifique de couvrir les risques les plus divers, cela au bénéfice d'une procédure administrative qui pourrait peser lourdement sur les finances publiques, en particulier sur l'assurance maladie, en cas de multiplication des contentieux. La tentation existera de privilégier cette voie administrative pour obtenir réparation de tout contentieux médical, avec l'espoir d'une réponse plus rapide et peut-être plus favorable.

Comme un grand nombre de mes collègues, je regrette que ce texte important pour les victimes d'aléas thérapeutiques ignore pratiquement le sort des malades atteints par l'hépatite C.

De même, le texte n'aborde que sur un mode mineur l'amélioration de notre système de santé. Ses propositions restent timides et parcellaires, alors que, à l'évidence, notre système de santé affronte de profondes difficultés, tant à l'hôpital qu'en médecine de ville. Ce chantier reste largement ouvert, malgré toutes vos annonces.

L'avenir nous dira si ce texte permettra d'atteindre un nouvel équilibre dans les relations des malades avec les acteurs du système de santé, relations qui doivent être fondées sur une confiance partagée. Malgré vos propositions, la modernisation de notre système de santé restera un objectif hors d'atteinte. Je le regrette, car le malaise est réel, profond, et les professionnels de santé ont besoin de nouvelles perspectives. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance, du groupe du Rassemblement pour la République et du groupe Démocratie libérale et Indépendants.*)

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

M. Jean Rouger. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, ce projet de loi est attendu par les patients que nous sommes tous un jour ou l'autre, mais aussi et surtout par les professionnels du monde médical que nous sommes tous ou presque ce soir dans l'hémicycle. Ce texte est en effet indispensable, et tout d'abord pour affirmer clairement les droits des citoyens en situation de maladie. Il établit des règles d'égalité d'accès à la connaissance des maladies et des risques, des règles d'égalité d'accès aux soins pour les accidents et les maladies tout au long de l'existence. Il détermine aussi les droits et les devoirs des malades et des professionnels de la médecine dans les circonstances changeantes de la vie. C'est un ensemble cohérent, qui, en posant les exigences de qualité professionnelle et de transparence méthodologique, offre une réelle égalité d'accès aux soins et introduit un peu plus de démocratie dans le domaine de la santé.

La notion de droit des malades a considérablement évolué. Au départ, il s'agissait de se faire soigner simplement, éventuellement de choisir le médecin ou de participer à son choix. Aujourd'hui, des chartes sont affichées dans les hôpitaux, consacrant les droits des malades qui y sont accueillis.

M. Jean-Michel Dubernard. Il a fallu attendre vingt ans pour qu'on les affiche !

M. Jean Rouger. Jusqu'à présent, la relation médecin-patient se caractérisait surtout par son caractère infantilisant. Quand je suis malade, je recherche une compréhension, une complicité presque amicale auprès d'un professionnel averti pour m'aider à affronter la maladie. Quand je suis médecin, j'ai à offrir une écoute et un accompagnement pour un frère désemparé par l'ignorance et les dérangements de son être, inquiet de son devenir. Nous sommes dans les conditions naturelles et dans la tentation de rapports très paternalistes. Ainsi, la liberté du citoyen malade est très vite exposée, fragilisée.

La liberté figure dans la devise de notre pays : il nous faut l'appliquer également au domaine médical. Pour jouir de cette liberté, il convient d'avoir un minimum de connaissances. Il ne s'agit pas que chacun d'entre nous fasse de longues années d'études de médecine, mais que, tous, nous puissions savoir ce qui est en rapport avec notre état de santé.

C'est tout l'intérêt de la loi : les choses seront claires. Si le patient désire savoir, il le pourra, même si c'est difficile et douloureux à assumer. C'est le patient qui est malade, le médecin ne doit pas se montrer infantilisant à son égard en prétendant qu'il ne pourra pas le supporter.

Le fait de savoir et d'expliquer permet également une éducation sanitaire quelquefois élémentaire. Il doit y avoir un partage des connaissances, tout le monde y trouvera son compte.

La connaissance du dossier médical entre donc dans cette cohérence. La disponibilité du dossier va générer un échange équilibré entre le patient et le soignant, une relation adulte.

M. le ministre délégué à la santé. Bien sûr.

M. Jean Rouger. Le patient a le droit, le droit et pas seulement le devoir, de connaître ce qui se rapporte à sa personne. C'est de la liberté pure et simple.

M. le ministre délégué à la santé. Bien sûr !

M. Jean Rouger. Les décisions pourront être prises en connaissance de cause. C'est pourquoi nous devons légiférer aujourd'hui.

Afin que les patients aient accès à leur dossier médical, il faut qu'un dossier existe. Cela semble être une évidence, mais cela obligera une remise à plat des pratiques. Une méthodologie éprouvée dans ce domaine est nécessaire et utile.

Nous serons mieux soignés quand le soignant aura accès à notre dossier médical complet, soit parce que nous en aurons connaissance, soit parce que tout sera centralisé. Pourquoi pas sur une carte informatique ?

Il est certain que le dossier ne pourra plus comporter d'appréciations intimes et subjectives. Le monde soignant sera obligé de faire une « réelle » observation, qui ne sera pas systématiquement faite par le « novice » de service. Cela exige une méthodologie d'écriture, en français, ni byzantine, ni désinvolte pour traduire les perceptions et les observations. Cela me semble réaliste, réalisable, utile et efficace.

L'accès au dossier médical implique aussi un accompagnement réel. Ce qui est écrit dans le dossier peut paraître obscur voire incompréhensible et peut susciter plus de craintes que d'apaisement. Le professionnel de santé doit être attentif à tout cela. C'est pour cela que des explications sont nécessaires, que le dialogue doit être une obligation. C'est pour cela que cette communication du dossier médical ne peut se faire qu'avec le consentement et la participation active de l'intéressé, mais aussi avec l'engagement des professionnels de santé.

De plus, le dossier médical complet et accessible à tous les intervenants médicaux peut limiter le nombre des accidents. En outre, lors de la survenue d'un accident médical dans l'approche diagnostique, thérapeutique ou contingente, il sera plus aisé d'en déterminer les causes, et surtout de mettre en œuvre les réparations.

Mais ce texte ne suffit pas et il est essentiel que les mentalités changent. Nous devons tous, soignants et soignés, nous comporter en adultes. Ce ne sera pas facile. Notre rôle de citoyen concerne aussi notre santé, à qui nous devons une éducation, une base de connaissances et un comportement respectueux des règles essentielles de l'hygiène et de la sécurité !

M. Jean-Michel Dubernard. C'est du paternalisme !

M. Jean Rouger. Oui !

La transparence et la lisibilité des dossiers sont indispensables à la qualité entretenue et évaluée des métiers de la santé. C'est un des prix de notre liberté à tous et de l'égalité pour chacun.

Le dossier jusqu'à ce jour médical gagnerait en indépendance, en qualité et en citoyenneté en devenant dossier de santé. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

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

Mme Jacqueline Mathieu-Obadia. Monsieur le président, monsieur le ministre, messieurs les rapporteurs, un sondage IPSOS du mois de juin 2001 affirme que huit Français sur dix jugent urgente et nécessaire la réforme de notre système de santé.

La réforme du système de santé, oui ! Surtout lorsque, semaine après semaine, toutes les catégories de professionnels manifestent leur colère, font grève, descendent dans la rue : infirmières, anesthésistes, sages-femmes, gynécologues, praticiens hospitaliers.

M. Jean-Michel Dubernard. Les chirurgiens vendredi !

M. Bernard Perrut. Ça commence...

Mme Jacqueline Mathieu-Obadia. Tour à tour ceux-ci dénoncent la crise que connaissent les hôpitaux. Cette crise, due à la pénurie des effectifs, va s'aggraver avec la mise en place de la réduction du temps de travail et ce ne sont pas, vous le savez, les 45 000 emplois sur trois années que propose le Gouvernement qui compenseront ce manque d'effectifs.

La révolte des praticiens de ville a, elle aussi, été attisée après que Mme la ministre a présenté son projet de financement de la sécurité sociale, dans lequel l'objectif des dépenses de santé est, une fois de plus, fixé sur des règles comptables, sans tenir compte des besoins réels de santé de la population, ni des propositions de maîtrise médicalisée que demandent les médecins. Ces manifestations dénoncent aussi la situation de grave tourment dans laquelle sont plongées les cliniques qui ne peuvent aligner les salaires de leurs infirmiers ou infirmières sur ceux des agents hospitaliers.

Face à ces problèmes, à ces dysfonctionnements de notre système de santé, une réforme s'impose en effet, mais autre que celle proposée par ce projet de loi, patchwork qui rassemble – élections présidentielle et législatives obligent – les mesures les plus démagogiques qui doivent plaire à tout prix au plus grand nombre de nos concitoyens.

On nous parle des droits : droit à l'information, droit à des soins de qualité, droit à la confidentialité, droit à l'accès direct au dossier médical, droit à l'indemnisation de l'aléa thérapeutique – Jean Bardet a tout à l'heure souligné tous les dangers que pouvait présenter le droit à l'information. Mais, face à cette kyrielle de droits, seul M. Jean-Jacques Denis a parlé des devoirs qu'avait également le malade. Oh ! que l'on me comprenne bien, ces mesures sont dans leur principe de bonnes mesures, auxquelles nous aurions pu souscrire si elles n'apparaissaient pas empreintes d'un bien suspect opportunisme électoraliste... (« Oh ! » sur les bancs du groupe socialiste.)

M. Jean-Yves Caullet. Parole d'expert !

Mme Jacqueline Mathieu-Obadia. ... si ces mesures avaient été précédées, avant d'être imposées, par une large concertation, et non par les seules auditions de représentants pour la plupart déjà acquis aux propositions gouvernementales.

M. Philippe Nauche. Vous préférez la montée du chômage ?

Mme Jacqueline Mathieu-Obadia. Mais, plus grave encore, ne peut-on pas y voir inscrite en filigrane une volonté précise et délibérée d'atteindre tout ce qui est libéral dans le monde de la santé ?

M. Bernard Perrut. Hélas !

Mme Jacqueline Mathieu-Obadia. Comment expliquer autrement qu'ici ou là dans ce texte se glissent des termes laissant transparaître la suspicion, les doutes, les contraintes et même une atteinte des organisations professionnelles ?

Un seul exemple mais significatif, celui des ordres dont il faut curieusement rayer la dénomination.

« Conseil de l'ordre ? » Ah non ! Biffons « ordre » ! « Conseil » ? Biffons « Conseil ». Et ne dites pas, comme l'une de vos collègues l'a prétendu, que les ordres eux-mêmes le demandent. Nous étions présents à l'audition du secrétaire général du Conseil national de l'ordre. Ses propos étaient clairs : « Je ne tiens pas absolument au mot "ordre". Disons alors "Conseil des médecins" ». Mais pour vous, « Conseil », c'est peut-être encore un peu trop. Alors on retire aussi « Conseil », et on propose « collège ».

M. Philippe Nauche. Et alors ?

Mme Jacqueline Mathieu-Obadia. Tout ce que je viens de dire pour l'ordre des médecins vaut, bien sûr, pour l'ordre des kinésithérapeutes, qui a pourtant gagné son procès contre le Gouvernement. Le système des ordres n'a pas que des inconvénients, il ne doit pas être montré du doigt.

Ainsi, les conseils – car c'est aussi de cela qu'il s'agit quand on parle de Conseil de l'ordre –, les conseils de praticiens expérimentés à de jeunes confrères méritent-ils d'être bannis ? L'organisation de la profession appuyée sur une éthique, sur un code de déontologie, sur le serment d'Hippocrate, reconnue par tous...

M. Philippe Nauche. C'est la version officielle !

Mme Jacqueline Mathieu-Obadia. ... dont je rappelle que le but n'est autre que de prendre en compte de façon constante l'intérêt des malades et non celui des médecins, cette organisation est-elle à bannir, elle aussi ?

Je ne suis pas la première à le dire, mais je crois utile de rappeler qu'il serait grave de rompre ou d'effacer entre le malade et son médecin ce lien de confiance qu'aucune technique, aucune loi, ne saurait remplacer.

Je terminerai, monsieur le ministre, messieurs les rapporteurs, en formulant le vœu que quelques-uns des amendements que l'opposition sera amenée à défendre seront adoptés, qui atténueront certaines facettes encore bien inquiétantes de ce projet de loi. (*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. Claude Evin, rapporteur. S'ils sont bons, ils seront adoptés !

M. le président. La parole est à M. Philippe Nauche, dernier orateur inscrit.

M. Philippe Nauche. Monsieur le président, monsieur le ministre, chers collègues, ce texte sera emblématique de cette législature.

M. Jean-Luc Prél. Il sera le dernier !

M. Philippe Nauche. Il consacre une véritable rupture dans la conception qu'a notre société des rapports entre les systèmes de soins et de santé d'une part et le patient d'autre part, considéré enfin comme un citoyen à part entière.

Les quatre points cardinaux de ce texte sont à mon sens la solidarité, la clarté, la responsabilité de chacun et la confiance entre les partenaires – je dis bien les partenaires – que sont les professionnels et les patients.

Concernant le droit des personnes malades, l'accès au dossier est la mesure phare, celle dont on parle. C'est le temps d'une véritable responsabilité conjointe, de l'exercice effectif du droit au consentement libre et éclairé, l'objectif n'étant bien sûr pas d'alimenter un quelconque combat entre les professionnels et les patients, mais au contraire de jeter les bases d'une vraie démocratie sanitaire qui considère le patient comme un citoyen et qui sorte du paternalisme traditionnel dont M. Bardet nous a donné une nouvelle démonstration.

M. Jean-Luc Prével. Mais non !

M. Jean-Michel Dubernard. Pas du tout !

M. Philippe Nauche. C'est essentiel pour nos concitoyens patients et pour nos concitoyens professionnels. C'est une pédagogie du risque éclairé qui va pouvoir enfin commencer. Ces mesures sont à la fois des mesures de confiance entre les partenaires et de solidarité entre médecins et malades. L'amélioration de notre système de santé passe forcément par la démocratisation et par la transparence du système.

M. Jean-Luc Prével. Parce que, jusqu'à présent, les médecins n'écoutaient jamais les malades ?

M. Philippe Nauche. Cette démocratisation se fait en reconnaissant enfin un rôle aux associations de malades. C'est une bonne mesure.

Il ne faut pas oublier non plus d'autres acteurs susceptibles d'être des représentants valides du système de santé, que sont les représentants du mouvement mutualiste. Celui-ci est non seulement un prestataire de service mais aussi un rassemblement d'usagers du système de santé qui mène une réflexion propre sur l'évolution des systèmes de soins et de santé publique.

Je note aussi, parmi les avancées extrêmement importantes du texte, l'obligation de formation médicale continue. Enfin ! Et j'appelle de mes vœux la certification dont certains ont parlé.

L'Institut national de prévention et de promotion de la santé va également voir le jour, qui remplacera le Comité français d'éducation pour la santé. Je souhaite le voir doté de délégations régionales. Si nous souhaitons réellement une action proche du terrain et des réalités de chaque région, nous souhaitons une véritable coordination régionale de la prévention et une animation efficiente et durable du réseau associatif,...

M. Jean-Luc Prével. N'est-ce pas, monsieur le ministre !

M. Philippe Nauche. ... ne nous autocensurons pas en matière de régionalisation.

M. Jean-Luc Prével. Surtout pas !

M. Philippe Nauche. Enfin, je souhaite évoquer la création d'un office des professions paramédicales.

Contrairement à ce qui est dit par certains, ce texte est attendu.

M. Jean-Luc Prével et M. Jean-Pierre Foucher. Non !

M. Philippe Nauche. Il n'est pas rejeté par les professionnels. Je tiens à votre disposition le courrier du 17 février 2000 émanant de la fédération française des masseurs kinésithérapeutes, de la fédération nationale des infirmières, de la fédération nationale des orthophonistes et du syndicat national autonome des orthoptistes. Il propose l'organisation d'un office des professions paramédicales.

M. Jean-Luc Prével. Faute de mieux !

M. Philippe Nauche. La question des instances professionnelles compétentes à l'égard des professions paramédicales se pose depuis de nombreuses années.

Les solutions qui avaient été adoptées n'ont pas forcément apporté une réponse satisfaisante. Une loi du 12 juillet 1980 prévoyait pour les infirmiers des règles professionnelles établies en Conseil d'Etat et instituait les chambres de discipline chargées de sanctionner leur non-respect. Ces chambres n'ont jamais été mises en place. Une loi du 4 février 1995 et ses décrets d'application ont créé un ordre des masseurs kinésithérapeutes et un ordre des pédicures-podologues. Ils n'ont pas été constitués pour un certain nombre de raisons...

M. Jean-Luc Prével. Vous n'avez pas voulu !

M. Jean-Michel Dubernard. Soyez précis ! Donnez les raisons.

M. Philippe Nauche. Ces raisons ne tiennent pas seulement à la volonté de ne pas satisfaire l'opposition d'aujourd'hui, mais surtout au fait que les textes que vous aviez votés en la matière ne prenaient pas en considération un certain nombre de grandes fonctions qui auraient dû incomber aux ordres professionnels. Ces fonctions, quelles sont-elles ? L'autorisation d'exercer, le respect de la déontologie qui est commun à l'ensemble des professions de santé, la contribution à l'élaboration des bonnes pratiques professionnelles et leur diffusion, l'évaluation collective en lien avec l'ANAES, le souci de la formation continue, la conciliation, la discipline, l'évaluation individuelle...

M. Jean-Luc Prével. Pour les libéraux et les salariés ?

M. Philippe Nauche. ... et enfin la représentation des professions paramédicales pour créer une cohérence régionale et pour constituer de véritables partenaires de la mise en place des politiques de santé.

L'interprofessionnalité est, à mon sens, un élément fondamental de ce projet. En effet, nous parlons réseaux, travail en commun, partenariat. Un office permettra effectivement de les améliorer.

M. Jean-Luc Prével. Avec les médecins, les pharmaciens et les dentistes ?

M. Philippe Nauche. Il permettra aussi d'éviter les dérives corporatistes de certaines structures ordinales que nous avons pu observer dans le passé.

Cette interprofessionnalité devra dans l'avenir aller encore plus loin. Quand les choses auront mûri, l'association des professionnels salariés ira naturellement de soi, et il y aura élargissement aux professions de santé réglementées par le code de la santé publique qui ont vocation, à terme, à intégrer l'office – je pense aux ergothérapeutes, aux psychomotriciens, aux diététiciens, aux techniciens de laboratoire, aux manipulateurs d'électroradiologie médicale, aux préparateurs en pharmacie, aux coordinateurs de plateau technique, aux audioprothésistes.

L'interprofessionnalité est, me semble-t-il, la voie à promouvoir pour l'avenir si l'on veut que le système tourne autour du patient. Mais la véritable prise de conscience s'effectuera quand nous aurons réussi à convaincre tous les acteurs de la nécessité d'un tronc commun de l'ensemble des professions de santé...

M. Jean-Michel Dubernard. Ah !

M. Philippe Nauche. ... avec la mise en place d'un « DEUG Santé », socle commun de toutes les professions de santé, avec une culture commune, pour une meilleure

approche de partenariat et de complémentarité des professions au service de nos concitoyens. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. Jean-Michel Dubernard. Il a raison !

M. le président. La discussion générale est close. La parole et à M. le ministre délégué à la santé.

M. Jean-Luc Prével. Vous êtes très attendu, monsieur le ministre !

M. Bernard Kouchner, *ministre délégué à la santé*. Cela fait un moment, monsieur le député ! (*Sourires.*)

M. Jean-Luc Prével. Tout est attendu ici aujourd'hui !

M. le ministre délégué à la santé. Oui, mais vous pourrez bientôt aller vous coucher, parce que je ne répondrai en détail que demain, après avoir entendu M. Mattei. Je voudrais simplement remercier les orateurs, les rapporteurs notamment, pour la façon dont ils ont éclairé ce texte, finalement pas si simple. Mais la droite – pardon pour ce mot ! –...

M. Jean-Luc Prével. Ne vous excusez pas ! Il n'y a là aucune honte !

M. le ministre délégué à la santé. ... et la gauche n'ont pas dit la même chose.

Ce mot n'inspire pas toujours de la honte, monsieur Prével, mais parfois. Et là, cela devrait être le cas !

M. Jean-Luc Prével. Nous avons parlé de la qualité des soins !

M. le ministre délégué à la santé. Monsieur Prével, je vous assure que je vous ai écouté avec une intense attention.

M. Jean-Michel Dubernard. Monsieur le ministre, M. Nauche vient de dire la même chose que moi !

M. le ministre délégué à la santé. Mais la réforme c'est bien nous qui sommes en train de la faire, monsieur Dubernard ! Simplement, s'agissant de la formation initiale commune aux professions de santé, c'est notre objectif et nous l'atteindrons. Mais, je suis désolé, ce ne sera pas un « DEUG Santé » ; ce sera un premier cycle d'études dont la première année sera commune. Pour le moment elle est commune à bien des professions médicales, mais pas encore aux infirmières, parce que 26 000 infirmières c'est beaucoup, même si ce n'est jamais assez, et que l'on ne saurait pas où les mettre. Il faut des professeurs et des établissements. Mais nous le ferons, j'en suis sûr !

Vous avez beaucoup parlé du financement du système de santé ou des conséquences d'un financement que vous estimez imparfait. C'est mon avis aussi, mais pas pour les mêmes raisons que les vôtres. Sans refaire l'histoire du système de santé ou la généalogie des pratiques, quand on sait à quelles restrictions la droite s'est livrée, je trouve qu'il y a une certaine impudeur de votre part à faire comme si M. Juppé n'était jamais venu, comme s'il n'avait jamais rien proposé, jamais rien réduit et comme si tout allait bien avec vous ! Vous faites maintenant un virage à 180 degrés et vous nous expliquez que parce que nous avons augmenté les dépenses et le nombre de praticiens et d'infirmières, que vous aviez réduits, tout va mal !

M. Jean-Yves Cautlet. Très bien !

M. le ministre délégué à la santé. Mais vous ne le croyez pas vous-mêmes ! Qui donc croyez-vous tromper ?

Monsieur Dubernard, vous savez très bien que l'adéquation des besoins aux moyens est très imparfaite dans notre pays. Les progrès coûtent cher et vous observerez que personne ici n'a parlé de maîtrise comptable. Je n'ai d'ailleurs moi-même jamais employé cette expression, que je déteste. Cela dit, qui paye ? Les Français, dans une enveloppe séparée qui s'appelle la caisse d'assurance maladie, qui a été créée en 1945 et qui, à mon avis, est un peu dépassée, en tout cas qui manque de souplesse. Vous n'avez rien proposé d'autre que de réduire et nous n'avons fait qu'augmenter. Il faut une étape supplémentaire et instituer un système un peu plus souple, qui permettra aux citoyens français de choisir ce qu'ils financent. Actuellement c'est la même enveloppe budgétaire qui sert à payer hospitalisation publique et hospitalisation privée. C'est extraordinaire ! Mais ce système de santé est le meilleur, je peux le dire pour en avoir connu beaucoup d'autres, comme vous d'ailleurs.

A quel moment pourrions-nous essayer de « mettre en harmonie » ces nécessités ? Vous me dites qu'il n'y a pas assez d'infirmières, vous qui en avez réduit le nombre. Eh bien, oui, il n'y en a pas assez, je suis bien d'accord. Mais encore une fois qui les paie ? Et puis, 26 000, c'est quand même pas mal ! On n'en a jamais formé autant, même si ce n'est pas assez, je le sais bien. Croyez-vous que je sois insensible au malaise des hôpitaux, de toute la profession ? Je le vois tous les jours. C'est devant mon ministère qu'ils viennent tous manifester ! L'avenue est plus large et puis, moi, je n'envoie pas les forces de police. Aujourd'hui encore, cela a recommencé. Bien entendu, je le sais. Je les reçois, je les vois ! Mais qui a mis les médecins dans la rue, chez amis ? Vous ! Rappelez-vous !

Mme Jacqueline Mathieu-Obadia. Ce n'est pas une raison !

M. le ministre délégué à la santé. Et qui a été un peu battu aux élections par les médecins ? Vous ! Alors je ne vois pas comment vous pouvez nous reprocher de faire le contraire.

Nous allons essayer, avec vous sûrement, de mettre les choses en harmonie. Y parviendrons-nous ? Hors l'indemnisation de l'aléa thérapeutique, estimée à 1,5 milliard, ce texte n'a pas vocation à régler les problèmes de financement. Cela relève du projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui n'est certes pas sans rapport avec les questions que nous abordons ce soir, mais qui doit être traité à part, et c'est bien ce qui me chagrine. Bien sûr, le jour où l'on aura un vrai ministère de la santé avec son propre budget où tout sera compris (*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. Jean-Michel Dubernard. Nous l'appelons tous de nos vœux !

M. le ministre délégué à la santé. ... nous aurons ensemble fait un progrès. Mais, rassurez-vous, ce jour-là, je ne serai plus là !

M. Jean-Luc Prével. A moins de jouer l'éternel retour !

M. le ministre délégué à la santé. Ah oui, l'éternel retour ! (*Sourires sur divers bancs.*)

Autre avancée, nous avons introduit les associations de malades dans le système.

Certes, le dispositif reste sans doute perfectible, mais le coin est enfoncé. D'autant que cela n'avait jamais été fait. Il est juste que les citoyens, qui financent le système, aient leur mot à dire. Quitte à le payer, autant être

éclairé sur son fonctionnement, sur les conditions objectives pathologiques, etc ! Nous prenons les Français pour des adultes.

Du reste, le MEDEF étant parti, pourquoi ne pas tirer profit, le moment venu, de la présence des associations de malades pour les consulter sur les questions de financement et les faire un jour contribuer à l'adéquation des moyens et des besoins ? Ce n'est pas si bête que cela ! Il faut changer le système.

Pour le reste, nous verrons demain. Je tiens à vous dire que j'ai apprécié le ton et l'ambiance de nos discussions de ce soir, qui tranchent agréablement avec l'acrimonie dont ont fait preuve certains cet après-midi et qui ne me semble pas de mise. Nous voulons tous, j'en suis sûr, améliorer le système au profit des « usagers » – le mot est horrible –, en tout cas des patients. Je déteste aussi ce mot, parlons plutôt de « personnes malades ».

Vous parlez du malaise des hôpitaux, de la difficulté à les réformer, mais vous savez très bien comment cela se passe. Je vous donnerai les chiffres. Il n'y a jamais eu autant de médecins dans les hôpitaux en France. Vous me direz qu'il n'y en aura plus tard, eh bien nous verrons ! En attendant, il n'y en a jamais eu autant et il n'y a jamais eu autant d'établissements de santé. Il faut savoir qu'à population comparable, l'Italie compte 1 000 établissements de santé cependant que la France en possède 4 000 ! Or, sur les quelque 1 000 milliards de dépenses de santé enregistrés l'année dernière – 922 milliards plus ce que l'on ne voit pas – 75 % étaient dévolus aux salaires. La marge d'ajustement est donc extrêmement réduite.

Le véritable échec, ce serait que notre pays ne dispose pas de molécules modernes. Cela, nous ne pourrions pas le tolérer. Dès lors, il faut bien harmoniser les dépenses, par exemple en fermant les services redondants. Mais si nous le faisons, que nous disent les élus ?

M. Jean-Michel Dubernard. De droite comme de gauche !

M. le ministre délégué à la santé. J'en conviens : de droite comme de gauche. Ils nous disent que l'hôpital est le premier employeur de la commune ! Il y a donc là aussi un petit problème. Nous ne parlons pas de la même chose. Mais je fais le pari qu'en associant les personnes malades par la voie de leurs représentants nous arriverons à faire évoluer le système et à prendre les bonnes décisions. Evidemment, le premier droit, c'est celui de se faire soigner.

Mais arrêtons les lamentos et le martyrologe ! La presse met l'accent sur les plaies du système. D'accord, il y a beaucoup à faire. Mais, s'il vous plaît, allez voir un peu ailleurs ! Ce ne sont pas seulement les Anglais qui viennent se faire soigner à Calais. C'est l'Europe entière qui veut se faire soigner en France. Cela ne doit pas marcher si mal que cela !

M. Jean-Michel Dubernard. Pas les Allemands, ni les Suédois !

M. le ministre délégué à la santé. Mais si ! Monsieur le professeur, vous savez très bien que nombre de vos collègues, en particulier de Lyon, sont sollicités pour aller consulter en Italie ou ailleurs, et c'est bien. C'est le triomphe de notre système. Des gens viennent d'Espagne, d'Allemagne, de Belgique. Il est vrai qu'il y a beaucoup plus d'IRM dans d'autres pays et que nous en manquons. Il est vrai aussi qu'elles sont mal réparties et qu'il est complètement stalinien de décider depuis le sommet qui

doit être doté de tel ou tel appareil. Il y a beaucoup de choses à changer, mais changeons-les ensemble sans nous renvoyer la balle !

Enfin, s'agissant de l'aléa thérapeutique, je n'ai pas manqué, lorsque j'ai quitté le ministère de la santé, de transmettre le dossier à mes successeurs, Mme Veil et M. Douste-Blazy. Simone Veil m'a dit : « On va le faire. » Où est-il ? Il n'a pas été fait. Eh bien, nous, nous le faisons, longtemps après.

M. Jean-Michel Dubernard. Et l'hépatite C ?

M. le ministre délégué à la santé. Croyez-vous que la situation me convienne ? J'aurais été le premier à me réjouir que l'on puisse prévoir d'indemniser le « stock » – pardon pour ce mot – théorique de 600 000 personnes contaminées, mais cela aurait coûté plus de 25 milliards et on ne pouvait l'envisager. Du reste, la plupart de ceux qui connaissent leur statut sérologique sont engagés dans des actions en justice qui doivent leur permettre d'être indemnisés. En cette matière comme en bien d'autres, il est toujours possible de faire mieux mais l'essentiel est de faire quelque chose. Je vous remercie. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

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

2

DÉPÔTS DE PROPOSITIONS DE LOI

M. le président. J'ai reçu, le 2 octobre 2001, de M. Maurice Leroy, une proposition de loi visant à favoriser le développement de l'emploi dans la restauration par l'extension à l'ensemble de ce secteur du taux réduit de la TVA.

Cette proposition de loi, n° 3290, est renvoyée à la commission des finances, de l'économie générale et du Plan, en application de l'article 83 du règlement.

J'ai reçu, le 2 octobre 2001, de M. Jacques Myard, une proposition de loi pour la préservation urbaine des zones présentant un intérêt historique, paysager ou écologique particulier.

Cette proposition de loi, n° 3291, est renvoyée à la commission de la production et des échanges, en application de l'article 83 du règlement.

J'ai reçu, le 2 octobre 2001, de M. Georges Sarre et plusieurs de ses collègues, une proposition de loi tendant à réformer le régime de la délinquance des mineurs.

Cette proposition de loi, n° 3292, est renvoyée à la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République, en application de l'article 83 du règlement.

3

DÉPÔTS DE PROPOSITIONS DE RÉSOLUTION

M. le président. J'ai reçu, le 2 octobre 2001, de M. Jean-Marc Ayrault et plusieurs de ses collègues, une proposition de résolution tendant à créer une commission

d'enquête sur la protection des personnes comme de l'environnement contre le risque biologique, technologique et industriel.

Cette proposition de résolution, n° 3289, est renvoyée à la commission de la production et des échanges, en application de l'article 83 du règlement.

J'ai reçu, le 2 octobre 2001, de M. Jean-Pierre Brard et plusieurs de ses collègues, une proposition de résolution tendant à créer une commission d'enquête sur la situation du secteur des sociétés d'assurances françaises après les attentats aux Etats-Unis du 11 septembre 2001 et la catastrophe industrielle de Toulouse du 21 septembre 2001.

Cette proposition de résolution, n° 3293, est renvoyée à la commission des finances, de l'économie générale et du Plan, en application de l'article 83 du règlement.

4

DÉPÔT D'UN RAPPORT EN APPLICATION D'UNE LOI

M. le président. J'ai reçu, le 2 octobre 2001, de M. le Premier ministre, en application de l'article L. 141-1 du code de la santé publique, le rapport annuel de la Conférence nationale de santé pour 2001.

5

ORDRE DU JOUR DES PROCHAINES SÉANCES

M. président. Aujourd'hui, à quinze heures, première séance publique :

Déclaration du Gouvernement relative à la situation consécutive aux attentats perpétrés le 11 septembre 2001 aux Etats-Unis d'Amérique, et débat sur cette déclaration ;

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).

A vingt et une heures, deuxième séance publique.

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

La séance est levée.

(La séance est levée, le mercredi 3 octobre, à zéro heure vingt.)

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

NOMINATION D'UN VICE-PRÉSIDENT DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE

Dans sa première séance du mardi 2 octobre 2001, l'Assemblée nationale a nommé Mme Marie-Hélène Aubert vice-présidente, en remplacement de M. Yves Cochet, nommé membre du Gouvernement.

BUREAU DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE

A la suite de la nomination d'une vice-présidente à laquelle l'Assemblée nationale a procédé dans sa première séance du mardi 2 octobre 2001, son bureau se trouve ainsi constitué :

Président : M. Raymond Forni.

Vice-présidents : Mmes Christine Lazerges, Marie-Hélène Aubert, MM. Patrick Ollier, Claude Gaillard, Mme Nicole Catala, M. Pierre Lequiller.

Questeurs : MM. Serge Janquin, Daniel Paul, Henri Cuq.

Secrétaires : M. René André, Mme Marie-Thérèse Boisseau, M. René Dosière, Mme Nicole Feidt, MM. Claude Gatignol, Germinal Peiro, Mmes Marie-Françoise Pérol-Dumont, Yvette Roudy, MM. Rudy Salles, Michel Suchod, Alain Tourret, Jean Ueberschlag.

MODIFICATIONS À LA COMPOSITION DES GROUPES

(Journal officiel, Lois et Décrets, du 3 octobre 2001)

GRUPE SOCIALISTE

(240 membres au lieu de 239)

Ajouter le nom de M. Jean-Pierre Pujol.

LISTE DES DÉPUTÉS N'APPARTENANT À AUCUN GROUPE

(4 au lieu de 5)

Supprimer le nom de M. Jean-Pierre Pujol.

REPORT DU DÉLAI DE DÉPÔT DES CANDIDATURES À UN ORGANISME EXTRAPARLEMENTAIRE

A la demande de la commission de la production et des échanges et de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, le délai de dépôt des candidatures à la commission nationale des aides publiques aux entreprises, qui avait été fixé au mercredi 3 octobre 2001, à 18 heures, est reporté au mercredi 10 octobre 2001, à 18 heures.

ABONNEMENTS
(TARIFS AU 1^{er} JANVIER 2001)

ÉDITIONS		TARIF abonnement France et outre-mer		FRANCE participation forfaitaire aux frais d'expédition *		ÉTRANGER participation forfaitaire aux frais d'expédition *	
Codes	Titres	Euros	Francs	Euros	Francs	Euros	Francs
DÉBATS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE :							
03	Compte rendu..... 1 an	19,82	130	37,81	248	89,94	590
33	Questions..... 1 an	19,67	129	25,31	166	49,85	327
83	Table compte rendu.....	9,60	63	3,51	23	11,43	75
93	Table questions.....	9,45	62	2,59	17	7,47	49
DÉBATS DU SÉNAT :							
05	Compte rendu..... 1 an	18,14	119	28,97	190	73,63	483
35	Questions..... 1 an	17,99	118	17,53	115	41,47	272
85	Table compte rendu.....	9,60	63	2,90	19	4,57	30
95	Table questions.....	6,10	40	2,44	16	3,96	26
DOCUMENTS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE :							
07	Série ordinaire..... 1 an	198,49	1 302	141,02	925	307,95	2 020
27	Série budgétaire..... 1 an	46,80	307	4,12	27	8,69	57
DOCUMENTS DU SÉNAT :							
09	Un an.....	190,41	1 249	117,54	771	244,99	1 607

Les **DÉBATS de l'ASSEMBLÉE NATIONALE** font l'objet de deux éditions distinctes :

- 03 : compte rendu intégral des séances ;
- 33 : questions écrites et réponses des ministres.

Les **DÉBATS du SÉNAT** font l'objet de deux éditions distinctes :

- 05 : compte rendu intégral des séances ;
- 35 : questions écrites et réponses des ministres.

Les **DOCUMENTS de l'ASSEMBLÉE NATIONALE** font l'objet de deux éditions distinctes :

- 07 : projets et propositions de loi, rapports et avis des commissions ;
- 27 : projets de lois de finances.

Les **DOCUMENTS DU SÉNAT** comprennent les projets et propositions de loi, rapports et avis des commissions.

En cas de changement d'adresse, joindre une bande d'envoi à votre demande

Tout paiement à la commande facilitera son exécution

Pour expédition par voie aérienne (outre-mer et l'étranger), paiement d'un supplément modulé selon la zone de destination

(*) Décret n° 2000-1130 du 24 novembre 2000

DIRECTION, RÉDACTION ET ADMINISTRATION : 26, rue Desaix, 75727 PARIS CEDEX 15
STANDARD : 01-40-58-75-00 — RENSEIGNEMENTS : 01-40-58-79-79 — TÉLÉCOPIE : 01-45-79-17-84

Prix du numéro : 0,69 € - 4,50 F