

ASSEMBLÉE NATIONALE

DÉBATS PARLEMENTAIRES

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

11^e Législature

SESSION ORDINAIRE DE 2001-2002

33^e séance

COMPTE RENDU INTÉGRAL

2^e séance du jeudi 25 octobre 2001



SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE M. PIERRE LEQUILLER

1. **Loi de financement de la sécurité sociale pour 2002.** – Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 6618).

DISCUSSION DES ARTICLES (*suite*) (p. 6618)

Après l'article 6 (*suite*) (p. 6618)

Amendement n° 50 de la commission des affaires culturelles, avec le sous-amendement n° 146 de M. Prétel : MM. Alfred Recours, rapporteur de la commission des affaires culturelles, pour les recettes et l'équilibre général ; Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé ; Jean-Luc Prétel, Denis Jacquat. – Rejet du sous-amendement ; adoption de l'amendement.

Rappel au règlement (p. 6619)

Mme Jacqueline Fraysse.

Reprise de la discussion (p. 6619)

Article 7 (p. 6619)

Amendement n° 51 de la commission : MM. Alfred Recours, rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendement n° 333 du Gouvernement : MM. le ministre, Alfred Recours, rapporteur. – Adoption.

Adoption de l'article 7 modifié.

Réserve des articles 8 et 9 jusqu'après les amendements portant articles additionnels après l'article 33.

Avant l'article 10 (p. 6620)

Amendement n° 334 rectifié du Gouvernement : MM. le ministre, Claude Evin, rapporteur de la commission des affaires culturelles, pour l'assurance maladie et les accidents du travail ; Yves Bur, Jean-Luc Prétel, Pierre Morange. – Adoption.

Article 10 (p. 6621)

MM. Jean-Luc Prétel, Yves Bur, Mme Jacqueline Fraysse, MM. Jean-Pierre Foucher, le ministre.

Amendement n° 364 du Gouvernement : MM. le ministre, Claude Evin, rapporteur ; Jean-Pierre Foucher. – Adoption.

Amendements n°s 365 du Gouvernement, 59 de la commission et 235 de M. Accoyer : MM. le ministre, Claude Evin, rapporteur. – Retrait de l'amendement n° 59.

M. Pierre Morange. – Retrait de l'amendement n° 235 ; adoption de l'amendement n° 365.

Les amendements n°s 61 de la commission, 236 de M. Accoyer et 199 de M. Veyret n'ont plus d'objet.

Amendement n° 60 de la commission : MM. Claude Evin, rapporteur ; le ministre. – Adoption.

Amendement n° 200 de M. Veyret : MM. Alain Veyret, Claude Evin, rapporteur ; le ministre, Jean-Pierre Foucher, Maxime Gremetz. – Rejet.

Amendement n° 62 de la commission : MM. Claude Evin, rapporteur ; le ministre. – Adoption.

Amendement n° 63 de la commission : MM. Claude Evin, rapporteur ; le ministre. – Adoption.

Amendement n° 64 corrigé de la commission : MM. Claude Evin, rapporteur ; le ministre. – Adoption.

Adoption de l'article 10 modifié.

Article 11 (p. 6628)

Mme Muguette Jacquaint, M. le ministre.

Amendements de suppression n°s 132 de M. Foucher et 237 de M. Accoyer : MM. Jean-Pierre Foucher, Pierre Morange, Claude Evin, rapporteur ; le ministre. – Rejet.

Amendement n° 65 de la commission : MM. Claude Evin, rapporteur ; Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité ; M. Jean-Pierre Foucher. – Adoption.

Amendement n° 66 de la commission : M. Claude Evin, rapporteur.

Amendement n° 67 de la commission : M. Claude Evin, rapporteur ; Mme la ministre. – Adoption des amendements n°s 66 modifié et 67.

Adoption de l'article 11 modifié.

Après l'article 11 (p. 6631)

Amendement n° 3 de la commission des finances : MM. Jérôme Cahuzac, rapporteur pour avis de la commission des finances ; Claude Evin, rapporteur ; Mme la ministre, MM. Jean-Luc Prétel, Jean-Pierre Foucher. – Adoption de l'amendement n° 3 modifié.

Amendement n° 272 de Mme Fraysse : Mme Muguette Jacquaint, M. Claude Evin, rapporteur ; Mme la ministre.

Amendement n° 379 du Gouvernement : Mme Muguette Jacquaint. – Retrait de l'amendement n° 272 ; adoption de l'amendement n° 379.

Article 12 (p. 6634)

M. Jean-Luc Prétel.

Amendement de suppression n° 275 de Mme Fraysse : Mme Jacqueline Fraysse, M. Claude Evin, rapporteur ; Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n° 175 de M. Foucher : MM. Jean-Pierre Foucher, Claude Evin, rapporteur ; Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 238 de M. Accoyer : MM. Pierre Morange, Claude Evin, rapporteur ; Mme la ministre, M. Jean-Luc Prétel. – Rejet.

Adoption de l'article 12.

Après l'article 12 (p. 6637)

Amendement n° 349 de la commission des affaires culturelles : M. Claude Evin, rapporteur ; Mme la ministre, M. Maxime Gremetz. – Adoption.

Amendement n° 239 de M. Accoyer : MM. Pierre Morange, Claude Evin, rapporteur ; Mme la ministre. – Rejet.

Suspension et reprise de la séance (p. 6638)

Article 13 (p. 6638)

M. Jean-Luc Prétel.

Amendement de suppression n° 120 de M. Goulard : MM. Jean-Luc Prétel, Claude Evin, rapporteur ; Mme la ministre. – Rejet.

Adoption de l'article 13.

Après l'article 13 (p. 6639)

Amendement n° 202 de M. Prél : MM. Jean-Luc Prél, Claude Evin, rapporteur ; Mme la ministre. – Rejet.

Article 14 (p. 6640)

MM. Jean-Luc Prél, Yves Bur, Mme Jacqueline Fraysse.

Amendement n° 368 rectifié du Gouvernement : Mme la ministre, MM. Claude Evin, rapporteur ; Jean Le Garrec, président de la commission des affaires culturelles ; Maxime Gremetz. – Adoption.

L'article 14 est ainsi rédigé.

Article 15 (p. 6644)

M. Jean-Luc Prél.

Amendement n° 366 du Gouvernement : Mme la ministre, M. Claude Evin, rapporteur ; Mme Muguette Jacquaint, MM. Yves Bur, Pierre Morange. – Adoption.

Adoption de l'article 15 modifié.

Après l'article 15 (p. 6646)

Amendement n° 367 du Gouvernement : Mme la ministre, MM. Claude Evin, rapporteur ; Yves Bur. – Adoption de l'amendement n° 367 rectifié.

Amendement n° 369 rectifié du Gouvernement : Mme la ministre, MM. Claude Evin, rapporteur ; Yves Bur. – Adoption.

Article 16 (p. 6647)

MM. Jean-Luc Prél, Yves Bur.

Amendement n° 71 de la commission des affaires culturelles : M. Claude Evin, rapporteur ; Mme Paulette Guinchard-Kunstler, secrétaire d'Etat aux personnes âgées ; MM. Yves Bur, Maxime Gremetz. – Adoption.

Adoption de l'article 16 modifié.

Après l'article 16 (p. 6649)

Amendement n° 15, deuxième rectification, de M. Rogemont : MM. Alfred Recours, Claude Evin, rapporteur ; Mme la secrétaire d'Etat, M. Denis Jacquat. – Retrait.

Amendement n° 310 de Mme Catala : MM. Pierre Morange, Claude Evin, rapporteur ; Mme la secrétaire d'Etat. – Rejet.

Amendement n° 246 de M. Accoyer : MM. Pierre Morange, Claude Evin, rapporteur ; Mme la secrétaire d'Etat. – Rejet.

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

2. **Ordre du jour de la prochaine séance** (p. 6652).

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENCE DE M. PIERRE LEQUILLER,
vice-président

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

1

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2002

Suite de la discussion d'un projet de loi

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (n^{os} 3307, 3345).

Discussion des articles (*suite*)

M. le président. Ce matin, l'Assemblée a poursuivi l'examen des articles et s'est arrêtée à l'amendement n^o 50 portant article additionnel après l'article 6.

Après l'article 6 (*suite*)

M. le président. M. Recours, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour les recettes et l'équilibre général, a présenté un amendement, n^o 50, ainsi libellé.

« Après l'article 6, insérer l'article suivant :

« I. – A. – L'article 575 A du code général des impôts est ainsi modifié :

« 1^o Dans le deuxième alinéa, les sommes : "540 francs" et "510 francs" sont remplacées par les sommes : "90 euros" et "87 euros" ;

« 2^o Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« Il est fixé à 45 euros pour les tabacs de fine coupe destinés à rouler les cigarettes et les autres tabacs à fumer et à 55 euros pour les cigares. »

« B. – Le troisième alinéa de l'article 572 du même code est supprimé.

« II. – Les dispositions du présent article s'appliquent à compter du 7 janvier 2002. »

Sur cet amendement, M. Prél a présenté un sous-amendement, n^o 146, ainsi rédigé :

« Dans le dernier alinéa du 2^o du A du I de l'amendement n^o 50, substituer à la somme : "45 euros" la somme : "70 euros". »

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n^o 50.

M. Alfred Recours, *rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour les recettes et l'équilibre général*. Cet amendement tend à majorer les minima de perception sur les tabacs de 9 % afin de tenir compte de l'augmentation des prix annoncée. Rappelons que la fiscalité applicable au tabac comporte un droit proportionnel et un droit fixe. C'est ce droit fixe que nous vous proposons de réévaluer.

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

M. Bernard Kouchner, *ministre délégué à la santé*. Pour résumer, monsieur le président – puisque certains pensent que nous pourrions finir ce soir –, je suis très favorable à cet amendement. Je connais la compétence de M. le rapporteur Recours dans le domaine de la fiscalité des tabacs, et le formidable travail qu'il a réalisé sur le sujet.

M. le président. La parole est à M. Jean-Luc Prél, pour soutenir le sous-amendement n^o 146.

M. Jean-Luc Prél. Chacun connaît l'effet nocif du tabac dans notre pays. Alfred Recours a été d'ailleurs l'auteur d'un remarquable rapport sur ce sujet. On dénombre 60 000 morts par an dus au tabac et l'on prévoit même que ce chiffre passera à 120 000 les prochaines années. Le prix du tabac ayant une incidence certaine sur la consommation, je propose de fixer un tarif légèrement supérieur à ce qu'a prévu la commission.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur le sous-amendement n^o 146 ?

M. Alfred Recours, *rapporteur*. Le mieux peut être l'ennemi du bien et c'est précisément le cas ici. Le sous-amendement de M. Jean-Luc Prél aurait pour conséquence de fixer un minimum de perception tel que le prix du tabac à rouler en viendrait à égaler celui des autres produits, ce qui ferait peser un risque majeur sur l'unique entreprise en France spécialisée dans ce secteur, bien connue de nos collègues Denis Jacquat et Gérard Terrier : je veux parler de l'entreprise Altadis, située à Metz. Outre le fait que ses conséquences pourraient être dangereuses sur le plan industriel, la proposition de notre collègue n'apporterait pas grand-chose sur le plan de la santé ou de la fiscalité du tabac.

La commission a rejeté ce sous-amendement.

M. le président. La parole est à M. Denis Jacquat.

M. Denis Jacquat. On me permettra de sortir de l'aspect strictement géographique et économique de la question, encore que Gérard Terrier, Mme Marie-Jo Zimmermann et moi-même soyons directement concernés ; je me bornerai à parler en tant que médecin ORL et défenseur de la santé publique chère à notre ministre.

Nous sommes, ne l'oublions pas, dans une région frontalière, et à chaque fois que l'on augmente le prix du tabac, la contrebande et la fraude s'accroissent dans des proportions considérables. En tant qu'ORL, et soucieux de santé publique, je suis partisan, à défaut d'une interdiction, d'une modération de consommation. Or l'on ne saurait prendre une telle mesure sans une étude globale. Voilà pourquoi je suis totalement favorable à l'amende-

ment d'Alfred Recours qui propose déjà une première augmentation, mais pas à une deuxième sans étude globale.

M. Jean Le Garrec, *président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales*. C'est la sagesse !

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

M. le ministre délégué à la santé. Je suis contre ; le mieux, on l'a dit, est l'ennemi du bien. (*Sourires.*)

M. Denis Jacquat. Très bien ! Voilà une phrase historique !

M. le président. Je mets aux voix le sous-amendement n° 146.

(*Le sous-amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 50. (*L'amendement est adopté.*)

Rappel au règlement

Mme Jacqueline Fraysse. Je demande la parole pour un rappel au règlement.

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, pour un rappel au règlement.

Mme Jacqueline Fraysse. Monsieur le président, le groupe communiste a reçu tout à l'heure une délégation de syndicalistes. Celle-ci nous a chargés de transmettre quelques messages.

M. le président. Ce n'est pas vraiment un rappel au règlement...

Mme Jacqueline Fraysse. Si, monsieur le président, c'est un rappel au règlement, et qui a directement trait au texte qui nous occupe.

En premier lieu, les formations syndicales souhaitent être reçues par tous les groupes. Or seulement deux groupes à cette heure leur ont donné leur accord. Aussi nous demandent-elles d'alerter l'Assemblée.

En second lieu, elles nous ont chargés de rapporter les trois demandes fortes qu'elles ont exprimées : la reprise des négociations sur les 35 heures, le retrait de l'article 17 qui abroge l'ordonnance de 1982 et la suppression de la taxe sur les salaires, seul moyen à leurs yeux d'assurer le financement des emplois liés aux 35 heures.

M. Alfred Recours. Ben voyons !

Mme Jacqueline Fraysse. Je tenais donc à faire part de leurs souhaits à l'Assemblée, sachant que les propositions qui jusqu'à présent nous ont été faites ne leur conviennent pas.

Reprise de la discussion

M. le président. Nous en revenons à l'examen des articles.

Article 7

M. le président. « Art. 7. – I. – Au III de l'article L. 241-13-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un sixième alinéa ainsi rédigé :

« Dans les entreprises de transport routier où la durée des temps de service des personnels de conduite de marchandises "grands routiers" ou "longue distance" ainsi

que des personnels "courte distance" est fixée au plus soit à trente-cinq heures hebdomadaires, soit à 1 600 heures sur l'année, le montant de l'allègement auquel ouvrent droit les salariés dont la durée du travail est fixée dans ces limites est majoré d'un montant fixé par décret. »

« II. – Au troisième alinéa du III de l'article L. 241-13-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : "dans les zones de revitalisation rurale", sont insérés les mots : "et de redynamisation urbaine".

« III. – A. – Le troisième alinéa de l'article L. 241-6-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Les dispositions du présent article sont applicables aux gains et rémunérations versés aux salariés visés au 1^o de l'article L. 722-20 du code rural. »

« B. – Les dispositions du présent III sont applicables aux gains et rémunérations versés à compter du 1^{er} janvier 2001 par les entreprises et unités économiques et sociales de plus de vingt salariés mentionnées à la première phrase du II de l'article 1^{er} de la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail, et à compter du 1^{er} janvier 2002 pour les autres entreprises. »

M. le président. M. Recours, rapporteur, a présenté un amendement, n° 51, ainsi rédigé :

« Dans le premier alinéa du I de l'article 7, substituer aux mots : "il est inséré un sixième", les mots : "après le troisième alinéa, il est inséré un". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alfred Recours, *rapporteur*. Amendement rédactionnel.

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

M. le ministre délégué à la santé. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 51. (*L'amendement est adopté.*)

M. le président. Le Gouvernement a présenté un amendement, n° 333, ainsi rédigé :

« Dans le I de l'article 7, après les mots : « "courte distance" est fixé », insérer les mots : "conformément aux dispositions de l'article 19 de la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 précitée". »

La parole est à M. le ministre.

M. le ministre délégué à la santé. Cet amendement a pour objet de préciser que le bénéfice de la majoration appliquée par les entreprises de transport routier de marchandises est subordonné à la fixation de la durée des temps de service de leur personnel à 35 heures hebdomadaires maximum, par un accord collectif, suivant le modèle retenu pour la majoration appliquée par les entreprises appliquant une durée collective de 32 heures.

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

M. Alfred Recours, *rapporteur*. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 333.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'article 7, modifié par les amendements adoptés.

(*L'article 7, ainsi modifié, est adopté.*)

M. le président. A la demande du Gouvernement, les articles 8 et 9 sont réservés jusqu'après les amendements portant articles additionnels après l'article 33.

Avant l'article 10

M. le président. Je donne lecture des intitulés de l'article 10 :

TITRE III
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES
ET À LA TRÉSORERIE

Section 1

Branche maladie

Le Gouvernement a présenté un amendement, n° 334 rectifié, ainsi libellé :

« Avant l'article 10, insérer l'article suivant :

« I. – Avant l'article L. 162-15 et la sous-section 1 du code de la sécurité sociale, est inséré un article L. 162-14-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-14-1. – La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 définissent les engagements, collectifs et individuels, des signataires, le cas échéant pluriannuels, portant notamment sur l'organisation des soins, sur l'évolution des pratiques et de l'activité des professions concernées ; la ou les conventions définissent à cet effet les mesures de toute nature propre à assurer le respect de ces engagements et en particulier les modalités du suivi pluriannuel de l'évolution des dépenses de la profession concernée ; elles précisent également les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ou d'évaluation des pratiques ainsi que les dispositions applicables en cas de non-respect des engagements.

« II. – L'article L. 162-15-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« 1° Dans le premier alinéa du I, les mots : "ou à défaut d'annexe pour l'une des conventions," sont supprimés.

« 2° Le premier alinéa du II est ainsi rédigé :

« En l'absence de convention pour l'une des professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2, la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale assurent le suivi des dépenses lors de la fixation de l'objectif des dépenses mentionné au I et au moins deux fois dans l'année ; une première fois au vu des résultats des quatre premiers mois de l'année et une seconde fois au vu de ceux des huit premiers mois de l'année. »

M. le ministre délégué à la santé. Cet amendement a trait à la rénovation du cadre conventionnel et du dispositif de régulation. Il découle directement du travail de concertation que le Gouvernement a engagé le 25 janvier dernier avec les professionnels de santé, les partenaires sociaux et les caisses d'assurance maladie.

La mission de concertation que nous avions nommée, après avoir rencontré tous les interlocuteurs, a présenté plusieurs propositions, discutées le 12 juillet dernier. Elle a notamment relevé que le système de régulation actuelle ne permettait pas d'assurer le respect des objectifs fixés alors que, dans le même temps, il était contesté par les professionnels. Sur cette base, nous avons présenté treize propositions.

Nous ne saurions parvenir aux évolutions nécessaires sans associer les professionnels dans le cadre du conventionnement.

Aussi proposons-nous de le renforcer par cet article additionnel en créant un dispositif conventionnel commun à l'ensemble des professionnels de soins de ville, qui déterminerait les règles générales de relation avec l'assurance maladie, les dispositions communes aux professions, les modalités de la coordination des soins, tout en prenant mieux en compte les engagements individuels. Il ne s'agit évidemment pas de revenir à une logique de conventionnements individuels, les professionnels étant très attachés au cadre collectif de leur exercice, mais de prendre en compte les engagements auxquels ceux-ci s'astreignent, qu'il s'agisse de leur participation aux actions de santé publique ou des critères d'exercice ou d'activité.

Nous proposons enfin d'instaurer un système de régulation fondé sur le conventionnement. Nous réfléchissons à la mise en place, au besoin à titre expérimental de dispositifs de régulation conventionnels fondés, du côté des professionnels, sur des engagements collectifs et individuels d'évolution des pratiques, du côté de l'assurance maladie, sur des engagements en matière d'évolution tarifaire et des propositions de mesures de nomenclature. J'attends des réactions rapides de la part de nos interlocuteurs. L'amendement n° 334 rectifié a précisément pour but de présenter les orientations centrales que je viens de vous exposer.

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

M. Claude Evin, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Cet amendement nous est arrivé un peu tardivement – M. le ministre vient de nous expliquer pourquoi –, puisqu'il a été introduit dans le débat après l'adoption du projet de loi de financement de la sécurité sociale en conseil des ministres. Il s'inscrit dans le cadre de la concertation entamée avec les professions de santé, appelée parfois le « Grenelle de la santé ».

La commission a le sentiment que le dispositif proposé est loin d'être achevé. Elle recommande néanmoins son adoption, mais elle restera très attentive à l'évolution future de ce texte. Plutôt que d'entrer dans le détail, laissons se dérouler la concertation et adoptons dès aujourd'hui cet amendement ; nous aurons l'occasion d'y revenir.

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

M. Yves Bur. Cet amendement, qualifié par Mme la ministre d'amendement d'esquisse ou d'orientation, me paraît révélateur de l'état d'esprit du Gouvernement à l'égard des partenaires sociaux, avec lesquels le dialogue est réduit au minimum, mais également des professionnels de santé dont la très grande majorité se plaint de l'absence de tout dialogue. Comment dans ces conditions esquisser les premiers pas pour établir la confiance, pourtant indispensable ? Comme dans la loi de modernisation sociale, vous faites le choix de tout décider au niveau politique en ignorant les organisations professionnelles ; il faut vous attendre aux mêmes complications lorsque vous engagez la négociation avec les professionnels de santé. Cette attitude signe la mort de l'esprit conventionnel et cet étatisation de fait traduit bien le mépris dont témoigne le Gouvernement vis-à-vis du monde de la santé. Les acteurs de la santé méritent certainement un autre traitement que cette chape de plomb que vous leur imposez.

Comment voulez-vous, en effet, favoriser l'émergence d'un nouvel esprit conventionnel si vous en administrez le cadre au gré de vos seuls objectifs via un amendement de dernière minute ? Vous parlez de négociations avec les organisations professionnelles. Mais, à les entendre, ces négociations en sont restées à la conférence de la santé de juillet, et les contacts sont pour le moins réduits. Elles s'opposent, dans leur très grande majorité, au cadre que vous proposez. Est-ce en choisissant pareil cheminement que vous comptez rétablir la confiance ? Vous devriez plutôt, comme pour les praticiens hospitaliers, consacrer votre énergie à ce dialogue. Comment pourriez-vous obtenir l'assentiment des organisations professionnelles si vous instituez, de manière détournée, des engagements individuels, lesquels sont la négation même de leurs souhaits ? Je crois que vous faites fausse route. Cet amendement de dernière minute – et je déplore que, sur un sujet d'une telle importance, nous n'ayons pas pu travailler ensemble et essayer de progresser – ne règlera pas la question car il ne permettra pas de rénover la confiance conventionnelle, seule à même de fournir les outils nécessaires à une régulation médicalisée, acceptée et efficace, de notre système de soins.

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

M. Jean-Luc Prével. Je voudrais dire quelques mots sur cet amendement très important qui survient en séance.

Monsieur le ministre, si la santé rencontre aujourd'hui, en France, tant de difficultés, c'est notamment parce que les problèmes de relations entre l'Etat, les caisses, le Parlement et les professionnels ne sont pas réglés.

Depuis trois ans, à chaque fois que nous soulevons le problème, vous nous avez répété que ces relations seraient organisées dans la loi de modernisation de la santé, laquelle a disparu. Tous ces problèmes n'ont donc pas été résolus. Et personne ne sait aujourd'hui qui est responsable de la politique de santé, notamment des soins de ville.

Les relations entre le Gouvernement, les caisses et les médecins libéraux se sont dégradées. Martine Aubry, il y a quatre ans et demi, nous avait expliqué qu'il fallait redonner confiance aux professionnels. On s'aperçoit qu'ils sont aujourd'hui totalement désabusés.

Vous nous présentez l'esquisse d'un amendement qui sera – si nous avons bien compris ce que disait Mme Guigou hier – revu d'ici à la seconde lecture. En fait, il résulte des deux « Grenelle de la santé » qui ont, à mon sens, accouché d'une souris, et il ne résoudra pas grand-chose.

Vous proposez une convention à un, deux ou trois étages, à laquelle, vous le savez bien, un grand nombre de professionnels sont aujourd'hui formellement opposés. En effet, à terme, cette convention peut aboutir à une convention individuelle, ce qui pose de réels problèmes.

Dans la deuxième partie de votre amendement, vous prévoyez à nouveau des rapports tous les quatre mois, en particulier après les quatre premiers. Or, l'année dernière, l'ODD – l'objectif de dépenses déléguées –, qui dépend uniquement du Gouvernement, n'a été fixé qu'à la fin avril. Comment exiger un rapport avant même que les dépenses déléguées ne soient identifiées ?

Monsieur le ministre, comment allez-vous, d'abord, rétablir des relations de confiance avec les professionnels ? Comment ferez-vous, ensuite, pour prendre en compte les besoins de santé, notamment au niveau régional ? Enfin, allez-vous revaloriser la consultation, la visite et l'acte de soins infirmiers, ce que réclament les profession-

nels ? Quels engagements prendrez-vous dans ce domaine ? J'ai déjà posé la question dans la discussion générale, mais n'ayant pas obtenu de réponse, je la réitère car je n'ai pas l'impression que l'ONDAM, au niveau où il est fixé, permettra de revaloriser les lettres C, V et ASI, qui sont pourtant essentielles.

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

M. Pierre Morange. Comme Yves Bur et Jean-Luc Prével, j'ai été surpris par le dépôt à la dernière minute de cet amendement, qui est loin d'être mineur puisqu'il traduit une nouvelle approche conventionnelle des relations entre l'Etat et les professionnels de santé. Il est critiquable tant sur le fond que sur la forme.

Sur la forme, d'abord, il est extrêmement pernicieux de légiférer en dernière minute sur des sujets qui mériteraient des réformes profondes ; c'est le cas de ces relations. Cela montre bien le manque de cohérence et d'harmonie de la politique sanitaire du gouvernement français.

Ensuite, je comprends que cette méthode évite au Gouvernement d'affronter le Conseil d'Etat mais c'est faire une bien mauvaise manière à l'ensemble des professionnels de santé. Ce mépris de la démocratie sociale est étonnant de la part d'un gouvernement qui s'estime en être un chantre exemplaire.

Sur le fond, cet amendement comporte une série de mesures qui sont unanimement refusées par l'ensemble des professions de santé, notamment le conventionnement individuel. De surcroît, le Gouvernement se donne la possibilité d'utiliser « les mesures de toute nature propres à assurer le respect de ces engagements ». Compte tenu du flou de l'intitulé, on peut imaginer les mesures les plus coercitives à l'encontre des professionnels de santé, et donc les plus nocives sur le plan sanitaire pour la population française.

Enfin, pour les « vilains petits canards » qui n'auraient pas souhaité s'inscrire dans cette nouvelle logique conventionnelle et n'auraient pas signé de convention, est reprise une méthode dénoncée par le Gouvernement lui-même : des contrôles assurés par « la caisse nationale de l'assurance maladie et au moins une autre caisse nationale », contrôles exercés après les quatre premiers, puis les huit premiers mois de l'année – ce qui laisse supposer des sanctions, propos dénoncé par le Gouvernement dans son exposé des motifs.

Je dénonce, là encore, l'incohérence et l'impréparation de ce texte et l'imprévoyance du Gouvernement. Voilà pourquoi je m'oppose à cet amendement.

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

M. le ministre délégué à la santé. Non merci !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 334 rectifié.

M. Jean-Luc Prével. Nous votons contre l'improvisation !

(L'amendement est adopté.)

Article 10

M. le président. « Art. 10. – I. – L'article L. 5125-23 du code de la santé publique est modifié comme suit :

« 1° Le premier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Le pharmacien ne peut délivrer un médicament non conforme à la prescription qu'avec l'accord exprès et préalable du prescripteur, sauf en cas d'urgence et dans l'intérêt du patient.

« Si la prescription ne comportant pas de dénomination de spécialité peut être respectée par la délivrance d'une spécialité figurant dans un groupe générique mentionné au 5^o de l'article L. 5121-1, la pharmacien délivre une spécialité appartenant à ce groupe dans le respect des dispositions de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale. » ;

« 2^o Au troisième alinéa, le mot : "Toutefois" est remplacé par les mots : "Par dérogation aux dispositions du premier alinéa" » ;

« 3^o Le dernier alinéa est complété par la phrase suivante :

« Il en est de même lorsque le pharmacien délivre une spécialité au vu d'une prescription ne comportant pas de dénomination de spécialité. »

« II. – L'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

« 1^o Après le premier alinéa, est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque le pharmacien d'officine délivre une spécialité sur présentation d'une prescription ne comportant pas de dénomination de spécialité, en application du deuxième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, l'écart de prix entre la spécialité délivrée et la spécialité la moins chère conforme à la prescription ne peut être supérieur à un montant déterminé par la convention prévue à l'article L. 162-16-1 du présent code ou, à défaut, par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et du budget. » ;

« 2^o Au troisième alinéa, les mots : "en application du deuxième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique" sont remplacés par les mots : "en application du troisième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique" » ;

« 3^o Au quatrième alinéa, les mots : "de cette condition" sont remplacés par les mots : "des dispositions des deuxième et troisième alinéas du présent article" et les mots : "mentionnée à l'alinéa précédent" sont remplacés par les mots : "mentionnée au troisième alinéa du présent article ou à l'écart de prix mentionné au deuxième alinéa du présent article". »

Plusieurs orateurs sont inscrits sur cet article.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Monsieur le ministre, vous n'avez pas répondu à ma question sur la revalorisation des consultations, des visites et des actes de soins infirmiers, qui répondrait pourtant à des demandes fondamentales des professionnels.

M. le ministre délégué à la santé. Je vais vous répondre !

M. Jean-Luc Prével. L'article 10 est le premier qui concerne le médicament. Ce n'est pas un produit comme un autre. Il a pour objectif de prévenir la maladie ou de la traiter lorsqu'elle s'est déclarée. Il permet donc de réduire la durée de cette maladie, l'hospitalisation et les indemnités journalières. Je m'étonne donc, et je le déplore, que ces économies ne soient jamais prises en compte quand on parle du médicament.

Par ailleurs, il s'agit d'une branche industrielle à haute valeur ajoutée, avec de la recherche, du développement, donc de nombreux emplois qualifiés.

La France a longtemps été à la pointe de la recherche mais celle-ci régresse. Pour diverses raisons, il n'y a plus de vraies découvertes de molécules en France. Certes, en raison du coût élevé de cette recherche, elle est aujourd'hui mondialisée.

Pour le Gouvernement, avoir une politique du médicament, c'est essentiellement maîtriser les dépenses sans tenir compte des économies faites par ailleurs. La maîtrise des dépenses est souhaitable, à condition que cela n'aboutisse pas à rationner les soins. C'est ce que nous demandons tous. Par conséquent, il faudrait permettre aux entreprises de poursuivre leurs recherches pour découvrir de nouvelles molécules.

Il convient aussi de développer le bon usage du médicament, tout le monde le dit mais il est plus difficile de le mettre en pratique. Il faudrait, en particulier, que les molécules soient utilisées à ce pour quoi l'AMM a été accordée. Développons donc le bon usage du médicament.

Dans tous les pays, les dépenses augmentent de 7 % environ : prenons en compte ce taux réaliste.

Quant à la proposition de permettre la prescription en DCI, dénomination commune internationale, elle est intéressante. Mais elle ne figure pas dans le texte, seulement dans l'exposé des motifs. On peut donc s'interroger : en voulez-vous vraiment ? D'ailleurs, on peut d'ores et déjà prescrire en DCI mais le malade n'est pas remboursé. Il faut y remédier.

A moins que vous n'ayez des résultats d'études à nous fournir à ce sujet, il est difficile, monsieur le ministre, d'évaluer les conséquences de la prescription en DCI sur le médicament générique. En tout cas, les effets de cette prescription ne seront pas sensibles sans doute avant de longs mois, voire des années. Au surplus, elle exige au minimum une formation spécifique des médecins et des pharmaciens. Pensez-vous y parvenir prochainement ?

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

M. Yves Bur. Selon une étude récente de l'OCDE, la France se situe en tête des pays développés pour les dépenses de médicaments : nous dépensons 6 % de plus que les Américains et 50 % de plus que les Allemands. On peut se demander ce qui justifie ce surcroît de dépenses. Jusqu'à présent, aucune mesure n'a donné de résultat probant pour les réduire.

L'évolution de la dépense pharmaceutique est imputable, pour une grande part, aux soins de ville. Son augmentation est due essentiellement aux transferts entre l'hôpital et la médecine ambulatoire. Ainsi en Languedoc-Roussillon, il est apparu que les prescriptions venant de l'hôpital mais exécutées en ville représentaient un cinquième du montant des prescriptions de ville. On ne peut donc faire porter le chapeau aux seuls médecins.

L'importance de la dépense tient aussi à la part ridicule qu'y tiennent les médicaments génériques. Même si leur consommation augmente de près de 30 %, elle reste en-deçà de celles constatées dans d'autres pays, qui ne sont pas moins bien lotis que le nôtre comme l'Allemagne où elle s'élève à près de 40 %.

Il faut souligner le rôle essentiel du pharmacien dans la progression des deux dernières années. C'est lui qui, souvent, a fait accepter le générique à ses clients, faute de l'adhésion franche d'une partie, trop importante encore, du corps médical, lequel reste très sourcilieux – et je peux le comprendre – sur son droit de prescription.

Je me réjouis donc que vous introduisiez, par cet article, la prescription en DCI. J'avais d'ailleurs proposé ce dispositif en 1998, par le biais d'un amendement qui avait alors été refusé. Comme quoi les esprits mettent du temps à mûrir !

Il faudra néanmoins un grand effort de pédagogie et de formation pour que les prescripteurs s'engagent résolument dans cette voie. L'informatique leur offrira à cet égard bien des facilités.

Il faut également s'efforcer de sensibiliser le public. L'argument économique, souvent invoqué pour les médicaments génériques, est totalement étranger à nos concitoyens qui considèrent, encore trop souvent malheureusement, que ce sont des sous-médicaments et qu'ils méritent mieux. Il faut savoir que la forme galénique de certains médicaments génériques n'a pas la qualité de celle des médicaments princeps ; leur goût ou leur présentation sont parfois moins attractifs, ce qui n'est pas sans créer de difficultés aux pharmaciens : on peut être réticent à remplacer un médicament qu'on a l'habitude de prendre depuis longtemps par un autre qui paraît moins « sympathique ».

Enfin, monsieur le ministre, nous aurions intérêt à concentrer nos efforts sur les vingt-deux groupes de génériques, qui représentent l'essentiel des économies constatées par l'étude Genericam, afin d'optimiser ces économies très rapidement. Cela dit, à n'en pas douter, je partage votre point de vue, il nous faut rattraper le retard accumulé.

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

Mme Jacqueline Fraysse. Je veux soutenir la politique de l'actuel gouvernement en matière de médicaments.

En effet, pendant des années, cette politique a consisté à baisser systématiquement les taux de remboursement et même à instaurer des déremboursements complets. Dans le même temps, les grands laboratoires obtenaient des hausses de prix sur les médicaments innovants. La droite avait inventé une sorte d'accord dénommé « accord prix-volume » : les laboratoires, en échange d'un alignement des prix des médicaments les plus modernes, s'engageaient à réduire le volume d'autres médicaments. Dans cette stratégie, les préoccupations de santé publique s'effaçaient devant les objectifs financiers. C'est pourquoi, les communistes se réjouissent de voir que depuis l'an dernier Mme Aubry, puis Mme Guigou, semblent décidées à freiner les baisses de taux de remboursement et à baisser les prix, y compris des médicaments qualifiés d'innovants.

Cette nouvelle orientation suscite évidemment la colère des dirigeants des plus grands laboratoires qui ne manqueront pas de relais au sein même de cette assemblée. Je tiens donc, sur ce point, à apporter le soutien des députés communistes à Mme la ministre des affaires sociales.

Pour en venir plus précisément à l'article 10, je précise que nous le soutiendrons, dans la mesure où, contrairement au droit de substitution donné aux pharmaciens, la possibilité de prescrire sous la forme DCI respecte la liberté de prescription des médecins et atteint l'objectif que nous nous sommes fixé ensemble.

M. Maxime Gremetz et Mme Muguette Jacquaint. Très bien !

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

M. Jean-Pierre Foucher. Quand on parle du médicament, on ne peut pas ne pas poser la question de l'efficacité du système de fixation des prix. On sait qu'il prend en compte l'innovation, c'est-à-dire l'amélioration du service médical rendu, mais fait aussi intervenir le volume. Ainsi, un médicament très innovant est souvent bien prescrit, ce qui conduit ensuite à diminuer son prix. Il y

a une contradiction entre, d'une part, l'efficacité qui provoque la prescription, et le prix qui ne doit pas être trop bas, parce que la recherche a un coût – un milliard de francs pour mettre au point une molécule – et qu'il faut l'amortir.

Je suis persuadé que la prescription de génériques et la possibilité qu'ont les pharmaciens de substituer un produit générique à un produit prescrit sont de bonnes choses. Toutefois, un médicament prescrit sous sa dénomination commune internationale n'était pas remboursé jusqu'à présent : il est bon d'introduire cette possibilité dans la loi. Mais je voudrais être sûr, monsieur le ministre, que c'est fait sans arrière-pensée, qu'on n'en viendra pas à dire que tel traitement doit avoir tel coût, qui correspondra au prix d'un générique. Cela ne me semblerait pas satisfaisant.

M. le ministre délégué à la santé. Même si on voulait le faire, on ne saurait pas le faire !

M. Jean-Pierre Foucher. Ce ne serait pas la première fois que l'on voterait des dispositions qu'on ne sait pas appliquer et qui rendraient la loi inapplicable. Je voudrais en tout cas être sûr qu'il n'y a pas cette arrière-pensée.

M. le ministre délégué à la santé. Rien dans la loi ne ressemble à cela !

M. Jean-Pierre Foucher. Il y a des choses à faire pour éviter le dérapage des dépenses de médicaments, pour optimiser la prescription. La loi Kouchner s'occupait de la formation continue des médecins. C'est une bonne chose, mais qu'en est-il de la mise en place du fonds de promotion de l'information ? Je n'ai pas eu de réponse, l'autre jour, à la question que j'ai posée à ce sujet. Je souhaiterais, monsieur le ministre, que la nouvelle taxe de 2,5 % sur la publicité que vous allez instaurer tout à l'heure soit affectée à ce fonds et qu'elle soit utilisée pour la formation des médecins. Jean-Luc Prél le rappelait, le médecin n'est pas familier de la dénomination commune internationale puisqu'il a reçu une formation un peu unilatérale. Il lui faudrait une formation de chimiste. Le pharmacien est mieux armé en ce domaine, mais il aurait également besoin d'une mise à niveau.

Par ailleurs, il reste un travail énorme à faire pour enseigner le bon usage du médicament. Il est important de prévoir la formation des patients. Il faut faciliter l'observance. Tous les médecins vous diront que, souvent, un médicament n'est pas pris pendant la bonne durée, au bon moment, qu'il est abandonné en cours de route parce que quelqu'un a conseillé au malade d'arrêter.

Autre domaine actuellement mal exploité, celui de la médication familiale, ce qu'on appelle improprement à mes yeux l'« automédication ». On peut, avec le conseil du pharmacien, ne pas recourir systématiquement à la consultation médicale qui coûte de l'argent. La prescription médicale est peu remboursée, mais elle prévoit souvent des durées trop longues et n'est pas toujours efficace.

Je n'ai pas eu de réponse non plus, monsieur le ministre, sur les médicaments de prévention, en particulier les vaccins, qui ne sont pas remboursés, ou qui le sont dans des conditions parfois trop limitatives. Ainsi, quand on sait ce que coûtent les troubles liés à l'ostéoporose, on se demande pourquoi les spécialités contre cette maladie ne sont pas prises en charge. C'est en s'attaquant à ces points de base que nous réussirons à limiter – sans pouvoir l'empêcher – la prescription de médicaments remboursables.

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

M. le ministre délégué à la santé. Avant de parler des médicaments, je voudrais dire à M. Prével, à qui je n'ai pas répondu suffisamment tout à l'heure, qu'il est facile de critiquer une tentative, surtout quand elle se présente comme une « esquisse ».

M. Jean-Luc Prével. Il est de belles esquisses en peinture !

M. le ministre délégué à la santé. C'est vrai, et les belles esquisses donnent souvent de beaux tableaux. Modérez donc vos critiques. Certes, je ne peux que partager votre sentiment sur la nécessité de la concertation avec les syndicats et les associations. C'est ce que nous faisons. Mais vous, vous dites une chose et son contraire. Vous pouvez regretter que le Grenelle de la santé ne se soit réuni que deux fois, mais c'est déjà pas mal, c'est en tout cas mieux que rien. En outre, les quatre sages ont remis leur rapport entre-temps. Vous pouvez le critiquer, c'est votre droit, mais reconnaissez au moins qu'ils ont fait un travail véritable, sérieux.

Ils ont passé de longs mois à recevoir des médecins et des organisations syndicales, à discuter avec eux. Ce qui est certain, en tout cas, et vous ne pouvez pas dire le contraire, c'est que le conventionnement antérieur, la manière dont étaient organisés les rapports entre les professionnels, c'est-à-dire entre les médecins et les caisses d'assurance maladie, ne fonctionnait pas. Dans le temps assez court qui nous reste, nous allons essayer – Mme Guigou vous l'a promis – de préciser cette esquisse.

Vous avez cité l'exemple des praticiens hospitaliers. Certains, sur vos bancs, nous ont critiqués, il y a quelque temps, avant de s'étonner que nous ayons réussi. Mais ça nous a pris des mois.

M. Jérôme Cahuzac. Vous pactisez avec le diable !

M. le ministre délégué à la santé. Le diable, c'était moi ?

Bien sûr, nous devons maintenant faire la même chose avec les praticiens libéraux, et parler de la revalorisation des actes. C'est très facile à envisager, beaucoup moins à financer. Vous le savez bien, d'ailleurs, puisque vous nous reprochez aussi d'avoir trop dépensé.

M. Jean-Luc Prével. Pas du tout !

M. le ministre délégué à la santé. Vous êtes une exception, monsieur Prével, je vous rends hommage.

M. Jean-Luc Prével. Nous demandons un ONDAM réaliste ! L'ONDAM actuelle ne permettra pas les revalorisations !

M. le ministre délégué à la santé. Un ONDAM réaliste serait évidemment beaucoup plus élevé. J'ai cité quelques exemples en votre absence, hier soir, monsieur Prével, parce que vous m'aviez quitté. Je ne vous le reproche pas, mais j'étais malheureux. *(Sourires.)*

M. Jean-Luc Prével. Il était déjà une heure moins le quart !

M. le ministre délégué à la santé. Je suis resté plus tard !

En ce qui concerne le médicament, j'approuve bien sûr, je le répète avec force, la poursuite des concertations nécessaires répétées et continues.

Monsieur Bur, nous consommons – nous avalons quand ce sont des comprimés, des pilules ou des gélules – beaucoup plus de médicaments que les autres.

M. Jean-Pierre Foucher. Nous dépensons 127 dollars par an et par personne !

M. le ministre délégué à la santé. Comment cela se fait-il ? Certains médicaments sont indispensables, et j'approuve ce que vous avez dit sur l'innovation, sur l'investissement, sur le prix des nouvelles molécules dont nous ne pouvons pas nous passer, car elles apportent un bien-être indéniable aux malades dans des pathologies extrêmement lourdes. Mais, pour le reste, il faut bien dire qu'il y a une exception française, qui va de pair avec cette réticence à prescrire des génériques.

Vous évoquez le droit imprescriptible à la prescription. S'il est mieux respecté avec la dénomination commune internationale, j'en serai très heureux. Permettez-moi d'en douter.

On est à 4 % au lieu de 40 % : il y a un blocage du côté des médecins ou des pharmaciens. J'ai accordé aux pharmaciens – c'était d'ailleurs naturel, mais j'étais très fier de le faire – le droit de substitution. Au début, on s'est dit que cela allait marcher, que le blocage des rapports entre pharmaciens et médecins, qui est idiot et incompréhensible, allait sauter. Il faut absolument qu'ils travaillent ensemble. Ils sont deux des acteurs d'un système de santé qui ne peut se passer d'eux.

Je suis bien entendu favorable au rôle de conseil dont vous parliez, monsieur Foucher, et il faut pouvoir consulter le pharmacien de famille pour de petites choses, mais tout cela se fait dans une ambiance qui n'est pas très bonne et qu'il faudrait modifier.

M. Jean-Pierre Foucher. Il faut changer les mentalités !

M. le ministre délégué à la santé. Oui, mais c'est compliqué.

La formation des pharmaciens sera désormais assurée, vous le savez, grâce à la loi relative au droit des malades que nous avons votée dernièrement.

Quant à la formation des médecins, vous m'avez demandé comment fonctionnerait le fonds de promotion de la formation médicale. Je vous rappelle que 10 % des sommes issues de la taxe sur la publicité iront alimenter ce fonds.

M. Jean-Pierre Foucher. C'est ce qu'il faut faire !

M. le ministre délégué à la santé. J'ignore si ce sera suffisant, mais c'est déjà ça pour commencer. Comment former les gens ? Nous allons fournir aux médecins, qui sont maintenant informatisés, des logiciels de prescription. Espérons que ce sera efficace. Pour le reste, avec les caisses d'assurance maladie, nous commençons, début janvier, une très grande campagne sur les génériques, destinée au grand public. Que peut-on faire d'autre ?

M. Jean-Pierre Foucher. Y associer la DCI !

M. le ministre délégué à la santé. Je veux bien, et j'espère que ça marchera, mais cela me paraît extrêmement compliqué.

M. Jean-Luc Prével. C'est vous-même qui le proposez !

M. le ministre délégué à la santé. Oui, et c'est pourquoi je dis qu'il faut essayer. Mais je me souviens d'avoir dit qu'il fallait essayer pour le générique. C'était très simple, ça marchait dans les autres pays, mais cela n'a pas marché chez nous. N'oublions pas que les blocages entre les pharmaciens et les médecins sont, hélas, beaucoup plus importants qu'on ne l'imagine. J'espère qu'ils seront levés par la DCI.

M. Jean-Pierre Foucher. Ça va y contribuer.

M. le ministre délégué à la santé. Je ne cesse d'essayer.

Quant aux médicaments que vous appelez « de prévention », en particulier les molécules relatives à l'ostéoporose, certes, ils sont intéressants, mais ils coûtent très cher.

M. Jean-Pierre Foucher. Mais ça fait partie des économies dont parle Jean-Luc Prével.

M. le ministre délégué à la santé. On pense toujours faire des économies, mais tout s'additionne et on dépense beaucoup plus.

M. Jean-Pierre Foucher. On n'a jamais eu les chiffres.

M. le ministre délégué à la santé. C'était une réponse brève que je compléterai plus tard si besoin est, monsieur Prével.

M. Jean-Luc Prével. Je vous remercie, monsieur le ministre.

M. le président. L'amendement n° 116 de M. Goulard n'est pas défendu.

Le Gouvernement a présenté un amendement, n° 364, ainsi libellé :

« Rédiger ainsi le deuxième alinéa du 1^{er} du I de l'article 10 :

« Le pharmacien ne peut délivrer un médicament ou produit autre que celui qui a été prescrit, ou ayant une dénomination commune différente de la dénomination commune prescrite, qu'avec l'accord exprès et préalable du prescripteur, sauf en cas d'urgence et dans l'intérêt du patient. »

La parole est à M. le ministre.

M. le ministre délégué à la santé. L'amendement n° 364 satisfiera ceux qui souhaitent voir figurer dans la loi les mots « dénomination commune ». Nous acceptons les amendements des parlementaires, n°s 61, 236 et 199, et les amendements du Gouvernement dont je parlais en sont la conséquence.

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

M. Claude Evin, rapporteur. La commission avait adopté un amendement qui sera appelé un peu plus tard et qui retient le titre « dénomination commune internationale ». Il semble que, juridiquement, il vaut mieux retenir le titre « dénomination commune ». Je considère que l'amendement du Gouvernement répond à la préoccupation de la commission comme à celles exprimées par M. Prével et M. Foucher.

M. Jean-Luc Prével. Ça veut vraiment dire la même chose ?

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

M. Jean-Pierre Foucher. Monsieur le rapporteur, pour moi, la dénomination commune internationale représente une notion bien codifiée...

M. Claude Evin, rapporteur. Non.

M. Jean-Pierre Foucher. Si, il existe une liste des dénominations communes internationales. J'ai peur que l'on aille au devant de conflits si l'on ne parle que de dénomination commune. Qu'est-ce qu'une dénomination commune qui ne figure pas dans la liste des DCI reconnues ?

M. Maxime Gremetz. Il a raison.

M. Jean-Pierre Foucher. On risque de créer des conflits encore plus grands entre médecins et pharmaciens puisqu'il y aura eu substitution sur un produit qui ne

sera pas de même dénomination commune internationale. Je suis très réservé. Je voudrais être sûr qu'on ne risque pas de faire une erreur en votant cet amendement.

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

M. Claude Evin, rapporteur. Nous avons tous le même objectif : introduire dans le texte de loi ce qui n'existait pas dans le projet, la référence à une dénomination commune internationale.

M. Jean-Pierre Foucher. Absolument.

M. Claude Evin, rapporteur. Clarifions l'intention du législateur, et nous examinerons les problèmes plus tard, s'il y en a. On me dit – j'avoue que, de ce point de vue, je fais confiance au Gouvernement – que, pour l'OMS, la classification officielle ne s'appelle pas dénomination commune internationale, mais dénomination commune, et c'est pour cette raison qu'il convient de la préférer.

M. Maxime Gremetz. Vous êtes sûr ?

M. Claude Evin, rapporteur. Oui, le Gouvernement est sûr !

M. le ministre délégué à la santé. Oui, j'en suis sûr !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 364.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements, n°s 365, 59 et 235, pouvant être soumis à une discussion commune.

L'amendement n° 365, présenté par le Gouvernement, est ainsi rédigé :

« I. – Dans le dernier alinéa du 1^o du I de l'article 10, substituer aux mots : "ne comportant pas de dénomination de spécialité", les mots : "libellée en dénomination commune".

« II. – En conséquence, procéder à la même substitution dans le dernier alinéa du 3^o du I et le dernier alinéa du 1^o du II de ce même article. »

L'amendement n° 59, présenté par M. Evin, rapporteur, MM. Accoyer, Bur et Nauche, est ainsi rédigé :

« Dans le dernier alinéa du 1^o du I de l'article 10, après les mots : "article L. 5121-1", insérer les mots : "et lorsque la prescription est libellée en dénomination commune internationale assortie du dosage." »

L'amendement n° 235, présenté par M. Accoyer, est ainsi rédigé :

« Dans le dernier alinéa du 1^o du I de l'article 10, après la référence : "L. 5121-1", insérer les mots : " ; lorsque la prescription est libellée en dénomination commune internationale assortie du dosage." »

La parole est à M. le ministre, pour soutenir l'amendement n° 365.

M. le ministre délégué à la santé. Cet amendement se justifie par son libellé.

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

M. Claude Evin, rapporteur. La commission est favorable à cet amendement. De ce fait, l'amendement n° 59 n'a plus lieu d'exister.

M. le président. L'amendement n° 59 est retiré.

La parole est à M. Pierre Morange, pour défendre l'amendement n° 235.

M. Pierre Morange. Je me rallie à l'amendement n° 365.

M. le président. L'amendement n° 235 est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 365.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, les amendements n°s 61 de la commission, 236 de M. Accoyer et 199 de M. Veyret n'ont plus d'objet.

L'amendement n° 233 de M. Accoyer n'est pas soutenu.

M. le président. M. Evin, rapporteur, a présenté un amendement, n° 60, ainsi rédigé :

« Dans le 2° du I de l'article 10, substituer au mot : "troisième", le mot : "deuxième". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Claude Evin, rapporteur. Amendement rédactionnel.

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

M. le ministre délégué à la santé. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 60.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. M. Veyret a présenté un amendement, n° 200, ainsi rédigé :

« Dans le dernier alinéa du 1° du II de l'article 10, substituer aux mots : "conforme à la prescription", les mots : "du même groupe générique". »

La parole est à M. Alain Veyret.

M. Alain Veyret. La politique actuelle favorise l'utilisation des génériques, et il faut continuer dans cette voie, dans des conditions de sécurité optimale. La prescription en DCI a justement pour but de renforcer cette logique. Trois types de médicaments peuvent faire l'objet d'une prescription en DCI, le but étant de faire faire des économies à la sécurité sociale. Le premier type est représenté par l'ensemble des génériques dans le cadre des groupes génériques. Cela porte à peu près sur 10 milliards de francs de chiffres d'affaires, et on peut espérer réaliser une économie de 2 milliards de francs.

Le deuxième type de médicaments regroupe ceux qui sont exploités en « comarketing », c'est-à-dire par plusieurs entreprises qui ont décidé de développer un médicament toujours breveté, qui n'est pas encore tombé dans le domaine public. Cela porte à peu près sur 10 milliards de francs remboursés par la sécurité sociale. Aucune économie n'est à espérer, puisque toutes les formes de ces médicaments sont exactement au même prix. De toute façon, même prescrit en DCI, le choix de l'un ou de l'autre ne modifiera pas l'équilibre de la sécurité sociale.

Le troisième type de médicaments est constitué par ceux qui sont tombés depuis très longtemps dans le domaine public. Ils ont donc déjà subi la loi du marché, leurs coûts de production et leurs prix sont au plus bas. Ces médicaments sont essentiellement l'aspirine et le paracétamol. Ils représentent 35 à 40 % de l'automédication, et 60 % de remboursement par la sécurité sociale, avec un chiffre d'affaires de l'ordre de 1,2 milliard à 1,3 milliard de francs. Les économies prévisibles sont de l'ordre de 200 millions.

Le seul problème, c'est que ces produits risquent de se retrouver immédiatement concurrencés par d'autres qui seraient fabriqués à des coûts nettement plus faibles, à cause non du prix princeps de la molécule, mais de celui de la main-d'œuvre – je pense en particulier à la concurrence qui pourrait se mettre en place dans les pays de l'Est ou en Inde.

De plus, les laboratoires qui fabriquent ces produits pourraient délocaliser pour tenter de diminuer encore leurs coûts de production en profitant du faible coût de la main-d'œuvre.

Par ailleurs, l'économie de 200 millions de francs réalisée serait immédiatement annulée par des dépenses nettement plus élevées résultant de suppressions d'emplois et de pertes de cotisations sociales. Je rappelle que près de 4 000 à 5 000 personnes travaillent sur les molécules dans trois ou quatre sites en France.

L'amendement n° 200 tend donc à bien préciser quels sont les génériques concernés par l'article 10 et il ne met nullement en cause la politique du générique. Bien au contraire.

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

M. Claude Evin, rapporteur. La commission a adopté l'amendement contre l'avis de son rapporteur.

Sans pour autant négliger les problèmes que M. Veyret vient d'exposer, j'estime que nous devons être guidés dans notre choix, non par des considérations sur le coût de la mesure, mais par la volonté de voir les prescripteurs adopter une démarche de prescription en DCI. J'ai fait valoir en commission le fait qu'en réduisant la substitution au seul groupe du générique, nous ferions passer un message négatif auprès des prescripteurs.

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

M. Jean-Pierre Foucher. C'est une vraie question, monsieur le ministre. Nous comptons sur vous pour y répondre.

M. Jean-Luc Prél. C'est d'ailleurs pour cela que vous êtes ministre.

M. le ministre délégué à la santé. Ben... *(Sourires.)*

M. Jean-Pierre Foucher. Je constate que nous en sommes tous au même point.

M. le ministre délégué à la santé. Je comprends le raisonnement de Claude Evin. Si l'on écrit que la mesure ne concerne en fait que le paracétamol et l'acide acétylsalicylique, le pharmacien risque évidemment de donner la molécule la plus chère.

Demain, d'autres corps chimiques pourraient être concernés...

M. Alain Veyret. Ce n'est pas possible !

M. le ministre délégué à la santé. J'ai bien entendu vos arguments, monsieur le député, mais, franchement, je ne sais que penser. Je m'en remets à la sagesse.

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

M. Jean-Pierre Foucher. Comme M. le ministre, je m'interroge.

Si la mesure ne concerne que deux molécules – l'acide acétylsalicylique, plus connu sous le nom d'aspirine, et le paracétamol –, je peux la comprendre. Mais je voudrais être sûr qu'il ne s'agisse pas d'une exception.

Le paracétamol et l'aspirine sont tombés dans le domaine public depuis très longtemps et n'ont jamais été « génériques ». Mais le fait de les prescrire en DCI pourrait amener ultérieurement à considérer de la sorte d'autres produits.

La difficulté tient au fait que nous avons affaire à deux corps chimiques relativement simples et qui sont des matières premières mises sous forme générique.

Je pourrais être d'accord avec Alain Veyret, si j'étais sûr qu'il ne s'agit pas d'une exception qui risque de s'étendre et de permettre un jour de contourner complètement le système des génériques.

M. le président. La parole est à M. Alain Veyret.

M. Alain Veyret. C'est une inquiétude qu'il n'y a pas lieu d'avoir. En dehors du paracétamol et de l'acétylsalicylique je ne connais pas d'autres médicaments qui soient tombés dans le domaine public ces vingt dernières années ; il y a peut-être la yohimbine, mais elle n'est plus prescrite : on a trouvé autre chose depuis.

M. le ministre délégué à la santé. Le Viagra !

M. Alain Veyret. Les groupes qui peuvent actuellement bénéficier de la prescription en DCI sont soit des groupes qui aujourd'hui sont sous brevet et qui, lorsqu'ils tomberont dans le domaine public, rejoindront immédiatement le groupe des génériques, soit des groupes qui sont en comarketing.

Quel risque court-on de voir apparaître d'autres molécules ? Aucun, puisque toute nouvelle molécule passera forcément dans le groupe des génériques une fois qu'elle tombera dans le domaine public.

En revanche, si vous repoussez cet amendement, vous risquez d'ouvrir la porte à des délocalisations. Déjà, des laboratoires installés en France ont des intérêts dans des usines qui se trouvent en Hongrie et qui peuvent fabriquer du paracétamol. De telles délocalisations ne manqueraient pas non plus d'avoir des conséquences sociales, en particulier dans des villes moyennes comme Lisieux, Péage de Roussillon ou Agen.

Si je prends dans l'exemple d'Agen, ce sont 130 millions d'euros qu'ont été investis ces huit dernières années et 13 millions d'euros qui devraient l'être dans les deux prochaines années. Mais de tels investissements risquent d'être abandonnés : les laboratoires préfèrent investir dans des pays où la main-d'œuvre est moins chère.

Il ne s'agit pas de protectionnisme. Mais arrive un moment où il faut tout de même être attentif à ce que les économies que l'on veut réaliser n'entraînent pas un surcoût pour l'assurance maladie et des conséquences graves en matière d'emploi.

Quant au risque de contournement dont il a été question, ils sont nuls.

M. le président. La parole est à M. Maxime Gremetz.

M. Maxime Gremetz. Il y a eu un débat comme celui-là en commission et je n'y ai rien compris, jusqu'au moment où j'ai demandé que l'on s'exprime un peu en français ou à la rigueur en picard – après tout, Château-Thierry, c'est en Picardie, et la langue française doit beaucoup à l'héritage de Château-Thierry.

Donc, quand mes collègues se sont mis à parler français, j'ai compris de quoi il retournait.

M. Yves Bur. Expliquez-nous !

M. Maxime Gremetz. On commence à mieux comprendre de quoi il s'agit quand on se rend compte que ce sont 5 000 salariés qui risquent de subir les conséquences d'une concurrence déloyale. Bref, ce sont des unités de production, des emplois, des villes, des régions qui risquent d'être touchés par cette concurrence. Je n'ai donc vraiment pas de scrupule à dire que la sagesse doit prévaloir dans l'intérêt de tous, y compris de la sécurité sociale. Les plans de licenciements, ça suffit !

C'est pourquoi j'estime que la sagesse de la commission doit l'emporter sur l'avis du rapporteur, quoi qu'il puisse penser.

M. Claude Evin, rapporteur. Qu'est-ce que cela veut dire ?

M. Maxime Gremetz. Cela veut dire que vous vous êtes surtout prononcé en fonction de principes éthiques et philosophiques. Moi aussi, j'en ai, mais ce ne sont peut-être pas les mêmes que les vôtres.

En tout cas, la commission, après une longue réflexion, a, dans sa sagesse, accepté l'amendement n° 200.

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

M. Claude Evin, rapporteur. Je ne veux pas qu'il y ait d'ambiguïté, monsieur Gremetz. Je n'ai jamais nié que des problèmes industriels puissent se poser, mais je n'ai pas la même appréciation des risques que M. Veyret : je pense que ce dernier les surestime.

Pour ma part, je me suis prononcé – mais j'admets que l'on puisse faire un autre choix – pour le développement de la politique du générique plutôt que pour la résolution d'un problème industriel, mais sans pour autant nier qu'il pourrait y en avoir un.

Je crains qu'« en rognant » la prescription en DCI, on ne « plombe » la politique du générique.

M. Maxime Gremetz. Il ne faut pas exagérer !

M. Claude Evin, rapporteur. Après, il ne faudra pas se plaindre que les génériques ne représentent que 4 % des médicaments consommés en France.

Cela étant, je reconnais que je peux me tromper.

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

M. Jean-Pierre Foucher. Alors que j'avais tendance à partager l'avis d'Alain Veyret, sa dernière intervention me fait douter. Il a parlé de la yohimbine, mais d'autres molécules comme l'atropine ou la digitaline sont dans le même cas.

En définitive, j'ai peur qu'il y ait une extension.

M. Denis Jacquat, rapporteur. C'est évident !

M. Jean-Pierre Foucher. Ça me gêne terriblement, car ces molécules, qui sont d'origine naturelle, ne sont pas brevetées, tout comme d'autres plus anciennes telles que l'aspirine et le paracétamol.

Je ne sais pas ce qu'il faut faire. Autant, précédemment j'étais pour l'adoption de l'amendement de M. Veyret, autant maintenant je m'interroge.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 200.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 234 de M. Accoyer n'est pas défendu.

M. Evin, rapporteur, a présenté un amendement, n° 62, ainsi rédigé :

« Au début du 2° du II de l'article 10, substituer au mot : "troisième", le mot : "deuxième". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Claude Evin, rapporteur. Cet amendement est rédactionnel.

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

M. le ministre délégué à la santé. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 62.
(L'amendement est adopté.)

M. le président. M. Evin, rapporteur, a présenté un amendement, n° 63, ainsi rédigé :

« Au début du 3^e du II de l'article 10, substituer au mot : "quatrième", le mot : "troisième". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Claude Evin, rapporteur. C'est encore un amendement rédactionnel.

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

M. le ministre délégué à la santé. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 63. (L'amendement est adopté.)

M. le président. M. Evin, rapporteur, a présenté un amendement, n° 64 corrigé, ainsi rédigé :

« Compléter l'article 10 par le paragraphe suivant :

« III. – Dans l'article L. 5521-2 du code de la santé publique, après les mots : "L. 5125-23", les mots : "premier alinéa" sont remplacés par les mots : "premier et deuxième alinéas". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Claude Evin, rapporteur. C'est toujours un amendement rédactionnel.

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

M. le ministre délégué à la santé. Même position que pour l'amendement précédent.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 64 corrigé.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 2 de la commission des finances n'est pas défendu.

Je mets aux voix l'article 10, modifié par les amendements adoptés.

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

Article 11

M. le président. « Art. 11. – I. – Le troisième alinéa de l'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Pour chaque part de l'assiette correspondant à l'une des quatre tranches définies ci-après, le taux applicable est fixé comme suit :

PART DE L'ASSIETTE correspondant aux rapports « R » – entre les charges de prospection et d'information et le chiffre d'affaires hors taxes – suivants	TAUX de la contribution par tranche (en pourcentage)
R 1 à 10 %	10,5
R égal ou L à 10 % et 1 à 12 %	17
R égal ou L à 12 % et 1 à 14 %	25
R égal ou L à 14 %	31

« II. – Les dispositions du présent article entreront en vigueur pour la détermination de la contribution due le 1^{er} décembre 2002. »

La parole est à Mme Muguette Jacquaint, inscrite sur l'article.

Mme Muguette Jacquaint. Mon intervention porte encore sur la politique du médicament.

L'industrie pharmaceutique est une des plus profitables qui soient. Quand les trente-neuf plus gros laboratoires du monde intentent un procès à l'Afrique du Sud, coupable selon eux de chercher à se procurer des médicaments pour lutter contre le sida en contournant les prix fixés par le monopole, ils le font au nom de la nécessité de financer la recherche. Mais quelle hypocrisie ! Nous savons bien que les plus grands laboratoires consacrent autant d'argent – voire davantage – à leurs dépenses de promotion et de marketing qu'à celles de recherche.

Je veux, en prenant l'exemple d'Aventis, montrer l'importance de la question de la recherche pharmaceutique.

Je connais bien les centres de recherche d'Aventis – le pôle de Romainville, ex-Roussel-Uclaf, et celui de Vitry, ex-Rhône-Poulenc – qui sont encore les deux plus grands pôles de recherche pharmaceutique en France. Je dis « encore », car les salariés et les chercheurs de ces centres sont inquiets sur leur avenir – et je reprends leur inquiétude à mon compte. J'ai participé le mois dernier à une tentative de « journée portes ouvertes » organisée par les syndicats à Romainville et, à cette occasion, j'ai pu voir des bâtiments ultra-modernes qui sont proposés à la vente.

J'ai d'ailleurs appelé l'attention de M. Pierret, secrétaire d'Etat à l'industrie, sur cette situation, lui qui se dit attentif au maintien du potentiel de recherche pharmaceutique en France et en Ile-de-France.

Aujourd'hui, un véritable plan social qui ne dit pas son nom est mis en œuvre. Des équipes de recherche de Romainville sont démantelées ; d'autres comme celle travaillant sur la thérapie génique à Vitry sont externalisées.

La direction d'Aventis déclare qu'elle accroît ses dépenses de recherche. Mais elle oublie de préciser qu'il s'agit d'un chiffre global. En fait, ce qui augmente considérablement, ce sont les investissements de recherche aux USA. Pour la recherche en France, c'est, hélas ! l'inverse.

Nous savons tous que la pharmacie mondiale est en pleine restructuration. Les fusions se multiplient. L'argument avancé est celui des besoins de financement de la recherche. Mais la réalité, c'est qu'à chaque fusion des usines ferment : cela a été le cas de dizaines de centres de production lors de la fusion entre HMR et Rhône-Poulenc.

Quand Aventis fusionnera avec tel ou tel, verra-t-on disparaître le centre de recherche de Paris, qui regroupe essentiellement Romainville et Vitry ?

Cette course au profit dans une industrie qui ne peut pas être considérée comme une autre, puisqu'elle concourt à la santé des gens, aboutit à des résultats aussi absurdes que révoltants, à un véritable gâchis d'intelligence !

Ainsi, j'ai eu l'occasion d'intervenir il y a quelques années – M. Kouchner était déjà ministre – sur l'abandon par Roussel-Uclaf de recherches qui auraient pu aboutir à la mise au point de médicaments nouveaux pour certains cancers du sein.

De telles pratiques sont aujourd'hui généralisées. Ce n'est plus une molécule qu'on abandonne, mais des secteurs entiers de recherche comme celui concernant les maladies de l'os qui était parmi les points forts de Romainville. La règle d'or d'aujourd'hui, c'est d'abandonner tout ce qui ne permet pas d'espérer un chiffre d'affaires de 500 millions, voire d'un milliard de dollars. En clair, on fait le choix de recherches sur les maladies des pays riches, au détriment de celles qui portent sur des maladies qui sévissent dans les pays pauvres, ou qui sont en sommeil comme la tuberculose en France.

Il faut vraiment engager des réformes structurelles pour que la morale et l'efficacité sociale l'emportent un jour sur les règles du profit capitaliste en matière de médicaments.

Tel n'est pas l'objectif de l'amendement que je défends aujourd'hui. Je propose simplement un dispositif qui obligerait une entreprise dont le chiffre d'affaires en France augmenterait de 10 %, ce qui est la moyenne actuelle, à accroître ses dépenses de recherche dans notre pays de 10 %, faute de quoi elle devrait acquitter une taxe, dont le taux, pour être efficace, devrait être suffisamment conséquent, et dont l'affectation va de soi.

Notre groupe serait prêt à revoir les modalités prévues dans l'amendement si le Gouvernement nous proposait toute autre mesure de nature à garantir qu'il est décidé à empêcher le saccage qui menace l'avenir même de la recherche pharmaceutique française.

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

M. le ministre délégué à la santé. Madame Jacquaint, je ne voudrais pas laisser passer ce long plaidoyer sans dire l'accord du Gouvernement sur vos motivations.

Il y a cependant une petite contradiction entre la volonté d'encourager la recherche pharmaceutique française - encouragement nécessaire - et la proposition de la taxer davantage. Pourtant, il nous faut tenir les deux bouts de la corde !

Je suis comme vous désolé que la recherche pharmaceutique n'occupe plus la place éminente qu'elle a occupé pendant des années, où le nombre des brevets que nous déposions à travers le monde était très élevé, ce qui n'est, hélas, plus vrai.

Il faut donc d'autant plus encourager les investissements et la recherche dans les créneaux qui nous restent, tels que la pathologie ostéo-articulaire.

Vous avez parlé du procès en Afrique du Sud à propos de l'utilisation éventuelle, chez les pauvres, des médicaments des riches. Je partage à cet égard votre sentiment.

Mais hier, alors que j'étais en séance avec vous, est tombée une dépêche qui m'a d'autant plus stupéfié que l'Afrique du Sud a témoigné, à travers ses militants, d'une très belle obstination et que le procès s'est finalement interrompu, certains industriels de l'industrie pharmaceutique ayant été assez sages pour l'interrompre. D'après cette dépêche, le président de l'Afrique du Sud, M. Thabo Mbeki, a déclaré hier que les antirétroviraux constituaient un fléau comparable au sida... Cette démarche est vraiment incompréhensible !

M. Gremetz m'a demandé où nous en étions s'agissant des commandes à l'industrie pharmaceutique liées en particulier à la maladie du charbon. Une polémique a éclaté entre le Canada et Bayer. Au Canada, conformément d'ailleurs aux réglementations de l'Organisation mondiale du commerce, on a le droit, dans le cas d'urgences nationales, de fabriquer des produits génériques, alors même que les brevets ne sont pas périmés. C'est ce que le Canada a failli faire. Hier, Bayer a finalement consenti à baisser ses prix.

Madame la députée, nous partageons entièrement votre sentiment sur la nécessité de soutenir la recherche pharmaceutique française.

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n^{os} 132 et 237.

L'amendement n^o 132 est présenté par MM. Foucher, Prél, Bur, Goulard, Accoyer, Morange, Delnatte et Blesig ; l'amendement n^o 237 est présenté par M. Accoyer.

Ces amendements sont ainsi rédigés :

« Supprimer l'article 11. »

La parole est à M. Jean-Pierre Foucher, pour soutenir l'amendement n^o 132.

M. Jean-Pierre Foucher. Monsieur le ministre, je ne suis pas sûr qu'on améliore la recherche en augmentant la taxe sur la publicité des médicaments. Il faudrait trouver un juste milieu. Ne serait-il pas judicieux de prévoir un taux progressif au lieu que tous les intéressés subissent une augmentation de 2,5 % ?

L'amendement vise précisément à supprimer l'augmentation prévue.

En France, on crée trop facilement des taxes quand on n'arrive pas à supprimer des dépenses.

En l'occurrence, on préfère donc augmenter les taxes. L'industrie pharmaceutique en subit les conséquences.

On a ainsi institué une taxe sur les ventes directes, une contribution exceptionnelle, une clause de sauvegarde, une taxe sur la publicité et la promotion, et j'en passe.

Par ailleurs, je crains que l'augmentation la taxe dont il s'agit ici ne touche aussi la promotion qui est faite dans les journaux médicaux et qui permet à cette presse spécialisée, laquelle est une source d'information véritable et objective pour les laboratoires, d'exister.

La solution proposée n'est pas une bonne solution. Elle pénalisera l'innovation. En effet, ce sont les grands laboratoires, ceux qui innovent et qui font le plus de promotion, qui, se trouveront une fois de plus pénalisés.

M. Jean-Luc Prél. Très juste !

M. le président. La parole est à Pierre Morange, pour défendre l'amendement n^o 237.

M. Pierre Morange. Je m'associe aux excellents propos de mon collègue Foucher.

Nous proposons de supprimer l'article 11, dont la philosophie générale s'inscrit dans une volonté d'alourdir les taxes qui pèsent sur l'industrie pharmaceutique.

Il n'y a pas lieu de diaboliser cette industrie dans le cadre d'une vision internationale qu'on pourrait qualifier d'un peu floue, voire de réductrice : elle a pour vocation de servir l'intérêt bien compris des patients.

Il est évident que l'alourdissement de taxes qui sont venues s'amonceler les unes sur les autres aura un retentissement sur les secteurs de la recherche - développement et de la production, sans oublier les risques de délocalisation. Tout à l'heure, l'un de nos collègues exprimait ses craintes pour ce qui concerne ses bassins d'emploi. Nous en aurons là encore la démonstration que ces craintes sont tout à fait fondées.

A l'article précédent, à propos de la DCI, on a déploré une vision quelque peu administrative. Nous nous élevons, à l'article 11, contre un tarif unique qui serait lui aussi fixé de façon administrative et c'est pourquoi nous proposons de supprimer cet article.

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

M. Claude Evin, rapporteur. La commission n'a évidemment pas accepté ces amendements de suppression.

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

M. le ministre délégué à la santé. Le Gouvernement est également défavorable à ces amendements.

Permettez-moi de vous rappeler, monsieur Morange, que la taxe sur la publicité ne tombe pas du ciel. Ce serait très méchant de s'attaquer aux gentils laboratoires,

mais nous savons tous, pour l'avoir très souvent constaté, que la visite médicale induit la manière de prescrire, incite à prescrire, voire force à la prescription.

La France est le pays où la pression exercée sur les médecins est la plus forte. Cette situation a des résultats extrêmement positifs pour les laboratoires et, parfois, pour les malades.

Que s'est-il passé avec la cévistatine, fabriquée par Bayer ? Rapidement, les médecins ont été très désemparés parce qu'on ne leur avait pas dit que ce produit risquait d'avoir des effets secondaires et ils ont été surpris par la décision d'arrêter sa fabrication. Il est vrai que cette suppression, un peu rapide, décidée par le laboratoire avait de quoi étonner. Mais les médecins ne s'étaient pas étonnés que, très vite, en un an, sous la pression évidemment plus importante de la part des gros laboratoires que des petits, ils soient arrivés à prescrire ce médicament à 400 000 ou 500 000 malades. Pourquoi a-t-on atteint aussi vite de tels chiffres ? Parce que l'industrie a fait pression.

D'un côté comme de l'autre, la situation nous paraît excessive. En Allemagne, en Angleterre, en Espagne et en Italie, il y a beaucoup moins de visiteurs médicaux par médecin. Il serait plus raisonnable de diffuser une information satisfaisante.

M. Jean-Pierre Foucher. Absolument !

M. le ministre délégué à la santé. La taxe de 10 % sur la publicité permet que l'information soit diffusée autrement que sous la pression, à mon avis excessive, que l'on a appelée l'« acharnement prescriptif ».

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

M. Pierre Morange. Mon propos avait une portée beaucoup plus générale, monsieur le secrétaire d'Etat.

M. le ministre délégué à la santé. Certes !

M. Pierre Morange. J'ai simplement dénoncé l'amoncellement des taxes qui pesaient sur l'industrie pharmaceutique. D'ailleurs, mon opinion n'est pas inhérente au groupe parlementaire auquel j'appartiens, ni même à celui de mon excellent collègue Jean-Pierre Foucher : cette opinion est partagée par certains membres du Gouvernement. Si je ne m'abuse, M. Fabius a en effet reconnu, lors d'un entretien accordé à un célèbre quotidien relaté le 11 septembre, que les efforts demandés à chacun des acteurs du système étaient inégalement répartis et que les actions à court terme sur les prix avaient été largement privilégiées.

Je déplore en fait une gestion qui est plus une gestion à court terme qu'une gestion à moyen ou à long terme, au service de nos concitoyens.

M. le président. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 132 et 237.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. L'amendement n^o 117 de M. Goulard n'est pas défendu.

M. Evin, rapporteur, a présenté un amendement, n^o 65, ainsi libellé :

« Rédiger ainsi le I de l'article 11 :

« I. - Le troisième alinéa de l'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Pour chaque part de l'assiette correspondant à l'une des quatre tranches définies ci-après, le taux applicable est fixé comme suit :

PART DE L'ASSIETTE correspondant aux rapports « R » - entre les charges de prospection et d'information et le chiffre d'affaires hors taxes - suivants	TAUX de la contribution par tranche (en pourcentage)
R 1 à 10 %	9,5
R égal ou \geq à 10 % et 1 à 12 %	17
R égal ou \geq à 12 % et 1 à 14 %	25
R égal ou \geq à 14 %	31

La parole est M. le rapporteur.

M. Claude Evin, rapporteur. Il s'agit de réduire légèrement le taux de la première tranche de la taxe sur la promotion, afin de ne pas trop pénaliser les entreprises qui respectent une certaine modération.

M. Jean-Pierre Foucher. Voilà qui est déjà un peu mieux !

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

Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité. L'augmentation des taux prévue par le Gouvernement est progressive, ce qui renforce le caractère dissuasif des taux des tranches supérieures de la contribution.

Le Gouvernement ne vise pas seulement l'objectif d'augmenter par une taxation supplémentaire les ressources de l'assurance maladie. Le principal intérêt de la mesure qu'il propose réside dans son caractère incitatif à la modération des dépenses de publicité. Et il s'agit bien là d'une préoccupation de santé publique.

Vous proposez, monsieur le rapporteur, de laisser inchangé le taux de la première tranche de la contribution pour ne pas pénaliser les entreprises dont l'effort promotionnel engagé en direction des praticiens reste modéré.

Je comprends votre préoccupation, alors même que votre proposition se traduirait par une diminution sensible du rendement supplémentaire attendu du relèvement des taux de la contribution. Je comprends aussi qu'après avoir examiné la modulation, vous puissiez faire cette proposition. Je m'en remettrai donc à la sagesse de l'Assemblée.

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

M. Jean-Pierre Foucher. Je partage dans une certaine mesure l'esprit de l'amendement.

La seule chose qui m'ennuie, c'est que Mme la ministre ait fait allusion à une perte de recettes. Cela signifie qu'en fait on ne cherche pas à diminuer la consommation de médicaments, mais à disposer de nouvelles recettes...

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. J'ai dit l'inverse !

M. Jean-Pierre Foucher. Je vous ai donc mal comprise, madame la ministre, et je vous prie de m'en excuser.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n^o 65. *(L'amendement est adopté.)*

L'amendement n^o 11 de M. Charles n'est pas défendu, non plus que l'amendement n^o 265, du même auteur.

M. Evin, rapporteur, a présenté un amendement, n^o 66, ainsi rédigé :

« Après le I de l'article 11, insérer le paragraphe suivant :

« I bis - A. - Dans la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale, le taux "30 %" est remplacé par le taux "40 %".

« B. – La perte de recettes est compensée par l'augmentation à due concurrence du taux de la contribution à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques visée à l'article L. 245-6-1 du code de la sécurité sociale. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Claude Evin, *rapporteur*. Les deux amendements n^{os} 66 et 67 concernent tous deux l'assiette du prélèvement.

Nous aurions souhaité que la définition de l'assiette ne soit pas d'ordre législatif.

Il s'avère que la circulaire d'avril dernier qui a défini cette assiette fait l'objet d'un contentieux. Nous ne pouvons demander au Gouvernement de revoir sa circulaire. Nous devons donc légiférer pour réduire l'assiette.

Si vous le permettez, monsieur le président, je défendrai en même temps les deux amendements n^{os} 66 et 67, qui procèdent du même esprit.

M. le président. Je vous en prie.

Je suis en effet saisi d'un amendement, n^o 67, présenté par M. Evin, rapporteur, et M. Charles.

« Après le I de l'article 11, insérer le paragraphe suivant :

« I *ter*. – A. – Le premier alinéa de l'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale est complété par la phrase suivante :

« Il est également procédé sur cette assiette à un abaissement de 3 % du montant des rémunérations versées au titre de l'emploi des salariés mentionnés à l'article L. 5122-11 du code de la santé publique. »

« B. – La perte de recettes est compensée par l'augmentation à due concurrence du taux de la contribution à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques visée à l'article L. 245-6-1 du code de la sécurité sociale. »

Vous avez la parole, monsieur le rapporteur.

M. Claude Evin, *rapporteur*. L'amendement n^o 66 a pour objet d'augmenter l'abattement consenti aux laboratoires qui fabriquent des génériques.

L'amendement n^o 67 a pour objet de retirer de l'assiette les actions de visite médicale qui s'inscrivent dans le cadre de la procédure de pharmacovigilance. Il ne s'agit pas de l'ensemble de la visite médicale, mais du cas où l'on demande aux visiteurs médicaux de faire « remonter » certains faits dont ils ont connaissance dans la procédure de pharmacovigilance.

Il est évident qu'il ne faut pas introduire dans l'assiette ces actions, qui s'inscrivent quasiment dans une démarche de santé publique.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur les deux amendements en discussion ?

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Je suis favorable à l'amendement n^o 66, qui tend à porter le taux de l'abattement au titre du chiffre d'affaires réalisé sur la vente des génériques de 30 % à 40 %. Il s'inscrit bien dans la politique de promotion de ce marché souhaitée par le Gouvernement.

Je note aussi qu'il bénéficiera aux médicaments orphelins, dont nous souhaitons le développement.

L'amendement n^o 67 vise à déduire de l'assiette de la contribution le temps consacré par les visiteurs médicaux à l'activité de pharmacovigilance lors de leurs rencontres avec les médecins.

Cette activité constitue une obligation de santé publique pour les visiteurs médicaux. Sur le principe, je ne peux donc que souscrire à l'idée que les laboratoires pharmaceutiques puissent déduire de leur déclaration les charges qu'ils supportent à cet égard. Mais il est vrai aussi que, du principe à la mise en œuvre pratique, on se heurte à quelques difficultés : l'activité de pharmacovigilance est difficilement dissociable de l'activité promotionnelle des visiteurs médicaux. Il était donc, me semble-t-il, judicieux de retenir, dans un souci de simplification administrative, le principe d'un abattement forfaitaire.

Une autre difficulté tient à la détermination du taux de l'abattement. Au dire des industriels, leur activité dans le domaine de la pharmacovigilance est très variable et, au vu des incitations qu'ils m'ont données, un taux de 3 % semble raisonnable.

Voilà pourquoi je m'en remets, au total, à la sagesse de l'Assemblée.

M. le président. Madame la ministre, levez-vous les gages ?

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Concernant le premier amendement, je propose de ne pas retenir le gage prévu. Concernant le second, sagesse !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n^o 66, compte tenu de la suppression du gage.

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

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n^o 67.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 11, modifié par les amendements adoptés.

(L'article 11, ainsi modifié, est adopté.)

Après l'article 11

M. le président. M. Cahuzac, rapporteur pour avis de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan, a présenté un amendement, n^o 3, ainsi rédigé :

« Après l'article 11, insérer l'article suivant :

« I. – Dans le deuxième alinéa de l'article L. 245-6-1 du code de la sécurité sociale, le taux : "2,5 %" est remplacé par les mots : "3,5 % pour les spécialités pharmaceutiques qui ne peuvent être délivrées que sur prescription, et de 1 % pour les autres spécialités pharmaceutiques".

« II. – La perte de recettes éventuelle pour la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés est compensée par la création d'une taxe additionnelle aux droits de consommation sur la tabac prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts. »

La parole est à M. le rapporteur pour avis de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan.

M. Jérôme Cahuzac, *rapporteur pour avis de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan*. Monsieur le président, je prendrai quelques minutes pour défendre cet amendement. N'ayant pu être présent en commission des affaires culturelles, pour le défendre, celle-ci l'a rejeté. Je souhaiterais m'en expliquer.

Le système de distribution du médicament en France présente deux spécificités, ceci expliquant peut-être cela : il est compliqué et il est onéreux.

Le système est compliqué car, de l'industriel qui fabrique le médicament au consommateur, il peut y avoir deux intermédiaires : le grossiste répartiteur et, bien sûr, le pharmacien. Mais les médicaments peuvent aussi être vendus par l'industriel au pharmacien, ce qui en diminue le coût pour la sécurité sociale, le coût de distribution par les grossistes répartiteurs étant de l'ordre de 10 % du coût pharmaceutique supporté par la sécurité sociale. On comprend donc qu'éviter cette étape-là revient à diminuer le coût supporté par la sécurité sociale.

Or il se trouve qu'une taxe a été instituée sur la vente directe des médicaments, laquelle a réduit le volume de celle-ci.

Si je propose cet amendement, c'est sans doute à titre expérimental, mais c'est à coup sûr pour voir quel effet aurait une vente directe par les industriels aux pharmaciens. Je suggère que les médicaments qui peuvent être délivrés sans ordonnance ne soient plus taxés qu'à 1 %, contre 2,5 % aujourd'hui. Afin d'éviter des pertes de recettes pour la sécurité sociale, je propose en revanche de majorer d'un point la taxation de la vente directe des médicaments, qui, eux, nécessitent une prescription pour être délivrés aux patients. Cette taxation passerait en conséquence de 2,5 % à 3,5 %.

Je propose également de taxer à 1 % les spécialités pharmaceutiques qui ne sont pas obligatoirement délivrées sur prescription.

Nous verrons bien si cette disposition développera l'automédication, et ce pour un coût qui sera plus supportable pour la sécurité sociale. Car, mes chers collègues, je vous rappelle que le fait qu'un médicament ne soit pas délivré nécessairement sur ordonnance ne signifie pas que ce médicament n'est pas remboursé.

Il s'agit d'une classification différente, qui ne recouvre pas totalement la prise en charge par la sécurité sociale, tant s'en faut.

Je suggère donc d'adopter cet amendement pour tester ce que peut donner la mise en place d'un système de distribution directe, système du reste adopté par de nombreux pays, notamment par tous nos partenaires européens, les grossistes-répartiteurs étant l'une des originalités de notre système de distribution du médicament.

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

M. Claude Evin, rapporteur. La commission n'a pas accepté cet amendement, malgré l'avis de son rapporteur, peut-être parce qu'elle n'était pas suffisamment éclairée sur son objectif.

Cela dit, je voudrais en profiter pour rappeler au Gouvernement qu'il y a deux ans notre commission lui avait demandé de produire un rapport sur la question de la distribution du médicament. Nous nous interrogeons en effet, et la Cour des comptes également, sur l'organisation de cette distribution, notamment sur le rôle des grossistes-répartiteurs dont il faut bien reconnaître que c'est une particularité française. J'insiste donc sur le souhait de la commission d'y voir clair en ce qui concerne la distribution du médicament. Je ne sais pas si nous aurons l'occasion d'aborder ce sujet avant la fin de cette législature, mais je tenais à le rappeler à cette occasion.

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

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. C'est une question qui a déjà été discutée dans cette assemblée. On comprend pourquoi après les interventions de Jérôme Cahuzac et Claude Evin.

La taxe sur les ventes directes de médicaments remboursables a été instituée en 1998. Due par les laboratoires, elle est assise sur leur chiffre d'affaires trimestriel réalisé auprès des pharmacies au titre des spécialités remboursables, à l'exception des spécialités génériques. Le taux de cette taxe est fixé à 2,5 %. La taxe sur les ventes directes a pour objectif de rétablir l'égalité des conditions de concurrence entre deux circuits de distribution, les ventes directes et les ventes par les grossistes. Elle vise à compenser l'avantage dont bénéficie le circuit des ventes directes, où laboratoires et officines se partagent une rémunération égale à celle des grossistes. En effet, les laboratoires qui font de la vente directe ont droit à la même marge de distribution que les grossistes répartiteurs, alors que seuls ces derniers sont soumis à des obligations de service public.

Instaurer un régime de taxation des ventes directes différent, selon que les médicaments sont soumis ou non à prescription obligatoire, me semble rompre la logique de la taxe, qui est de rééquilibrer les conditions de concurrence entre grossistes et laboratoires en vente directe. Cela pourrait donc constituer une inégalité de traitement. Il importe à mon sens d'approfondir la réflexion. C'est pourquoi je m'en remets à la sagesse de l'Assemblée.

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

M. Jean-Luc Prél. Cet amendement pose deux questions.

D'abord, comme l'a dit Claude Evin, il est indispensable que nous disposions d'une étude sur la distribution du médicament. J'espère qu'un jour nous y verrons plus clair en la matière.

Ensuite, et je suis désolé si je vais là à contre-courant, se pose le problème de la définition du médicament et de l'autoprescription. Un médicament est-il une molécule active ou non ? Si ce n'est pas une molécule active, ce n'est pas, à mon sens, un vrai médicament. Et si c'est une molécule active, celle-ci a presque toujours un effet pervers. Il me paraît donc indispensable qu'elle soit prescrite à bon escient par un médecin connaissant le malade, sa constitution, sa pathologie et les autres médicaments qui lui sont prescrits, pour éviter des interactions. En effet, l'automédication, le fait de permettre à n'importe qui d'acheter une molécule active, risque d'induire des complications et des effets pervers.

Je sais bien qu'un tel système a été adopté par de nombreux pays et que les laboratoires aimeraient qu'il soit mis en place – je comprends très bien pourquoi –, mais du point de vue de la santé publique, il me paraît souhaitable de limiter autant que possible l'automédication pour que les médicaments ne soient utilisés qu'en cas de nécessité et en toute connaissance de cause.

Je suis désolé d'aller à contre-courant de ce que vous proposez, monsieur Cahuzac, parce que je sens que vous êtes favorable au développement de l'automédication. Mais j'ai vu une publicité pour un médicament générique, le Tagamet, dont l'association avec un autre produit peut occasionner des complications gastriques. Il me paraît donc anormal de développer l'automédication.

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

M. Jérôme Cahuzac, rapporteur pour avis. Je serai bref, mais je souhaite dissiper les inquiétudes de Jean-Luc Prél.

D'abord, certains médicaments peuvent aujourd'hui être délivrés sans ordonnance, ce n'est pas une nouveauté.

M. Jean-Luc Prél. Est-ce un bien ?

M. Jérôme Cahuzac, *rapporteur pour avis*. Ensuite, pour éviter toute ambiguïté entre nous, mettons-nous d'accord sur le terme « médicament ». Ce n'est ni à vous ni à moi de le définir ici. Il existe une définition juridique, nationale et communautaire – je vous renvoie à la directive 65/65 CEE –, selon laquelle est un médicament « toute substance potentiellement bénéfique pour la santé ». Pourquoi cette définition est-elle aussi large ? Pour une raison très simple. Dès lors qu'une substance est considérée comme un médicament, sa production et sa distribution sont précisément encadrées par des normes, ce qui est tout à fait souhaitable, sauf à risquer de voir se développer des productions tenant davantage du charlatanisme que de la médecine. Il faut donc conserver cette définition extrêmement large du médicament. L'essentiel de votre argumentation, intéressante au demeurant, devient sans objet dès lors que nous parlons bien de médicaments au sens juridique et que nous souhaitons nous en tenir à cette définition. J'espère d'ailleurs que vous ne mènerez pas le combat qui consisterait à revenir sur une telle définition, car ce serait tout à fait regrettable.

Quant à la nécessité absolue d'une prescription, des organismes tels que l'Agence du médicament ont justement pour rôle de définir quels sont les médicaments qui doivent être délivrés uniquement sur ordonnance et ceux qui peuvent être délivrés sans. Mais, encore une fois, ce n'est ni à vous ni à moi de définir la limite entre ces deux catégories de médicaments, dans la mesure où cette limite est uniquement fonction de critères scientifiques et médicaux, en aucun cas de critères politiques.

Le débat que vous soulevez est donc très intéressant, mais il n'est pas adapté à la question posée qui est la suivante : faut-il, oui ou non, développer un mode de distribution du médicament qui, en définitive, permettra aux patients de disposer de ce dont ils ont besoin, pour un coût supportable au regard du service rendu ?

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

M. Jean-Luc Prével. Je vous rassure, monsieur Cahuzac, mon intention n'était pas de revenir sur la définition du médicament. Ce n'est pas notre rôle.

En revanche, il est un point sur lequel je ne change pas d'avis : l'automédication dans le cas de molécules actives provoque souvent des complications iatrogènes. Je regrette que M. Kouchner ne soit plus là, car il connaît le nombre d'hospitalisations dues à des complications résultant de l'absorption de médicaments délivrés sans ordonnance. C'est un phénomène particulièrement fâcheux. On a parlé de l'aspirine tout à l'heure. C'est un produit qui peut avoir une incidence très sérieuse pour quelqu'un sous anticoagulants, car il modifie le taux de coagulation. Est-il normal de pouvoir se procurer sans ordonnance des molécules qui peuvent provoquer des complications ? C'est la question que je voulais poser.

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

M. Jean-Pierre Foucher. M. Cahuzac a réussi à semer la discorde entre mon ami Prével et moi-même ! En effet, je souhaite que soit développée ce que j'appellerai non pas l'automédication, car je n'aime pas ce mot, mais plutôt la médication familiale ou officinale,...

M. Jérôme Cahuzac, *rapporteur pour avis*. Sur conseil du pharmacien !

M. Jean-Pierre Foucher. ... placée sous la responsabilité de celui qui délivre le médicament, c'est-à-dire le pharmacien. M. Prével a malheureusement pris un mauvais

exemple, puisque chacun sait que l'aspirine n'aurait pas aujourd'hui d'AMM en raison de tous ses effets secondaires maintenant connus.

M. Jean-Luc Prével. Mais on peut en prendre sans ordonnance !

M. Jean-Pierre Foucher. Oui, mais on en a déjà parlé ; cela tient à l'histoire.

La seule chose qui me préoccupe s'agissant de l'amendement de M. Cahuzac, c'est que je me demande comment l'on va discerner, chez le pharmacien, le produit qui est délivré sur ordonnance de celui qui ne l'est pas, auquel s'appliquera un taux différent. Le pharmacien pourra en effet s'approvisionner directement au laboratoire avec une taxe plus faible, même si le médicament est ensuite conseillé en médication familiale.

M. Jérôme Cahuzac, *rapporteur pour avis*. C'est le but !

M. Jean-Pierre Foucher. C'est simplement l'application qui me gêne un peu. Sinon, je suis tout à fait d'accord avec la proposition de M. Cahuzac.

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

M. Jérôme Cahuzac, *rapporteur pour avis*. Cet amendement ne change rien à un dispositif qui existe déjà. Dès lors qu'un médicament peut être délivré sans prescription, il a de fait un statut qui, au demeurant, est visible dans la mesure où il occupe une place bien particulière dans les établissements officinaux, les médicaments ne pouvant être délivrés que sur ordonnance se trouvant derrière le comptoir du pharmacien.

M. Jean-Pierre Foucher. Par définition, le médicament est toujours derrière ! Il ne peut pas être accessible directement au public !

M. Jérôme Cahuzac, *rapporteur pour avis*. Vous savez très bien comme moi ce que signifie OTC : *over the counter*. Cela veut bien dire, par opposition, que certains médicaments sont de l'autre côté. Mais, si vous êtes d'accord sur l'essentiel, cher collègue, je vous suggère de continuer cette discussion en tête à tête.

M. Jean-Pierre Foucher. Il ne faut pas confondre médicaments remboursés et médicaments qui peuvent être conseillés !

M. le président. Madame la ministre, levez-vous le gage sur l'amendement n° 3 ?

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Oui, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 3, compte tenu de la suppression du gage.

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

M. le président. Mme Fraysse, Mme Jacquaint, M. Gremetz et les membres du groupe communiste ont présenté un amendement, n° 272, ainsi rédigé :

« Après l'article 11, insérer l'article suivant :

« Le Gouvernement présentera au Parlement, dans le délai d'un an suivant la promulgation de la présente loi, un rapport sur les modes de détermination des prix des médicaments. »

La parole est à Mme Muguette Jacquaint.

Mme Muguette Jacquaint. Nous venons de parler de la transparence des circuits de distribution des médicaments. J'insisterai quant à moi sur la transparence dans le mode de détermination de leur prix. L'argument avancé

en commission pour refuser notre amendement est celui selon lequel nous disposerions déjà d'éléments d'information. On nous dit chaque année que les Français consomment trop de médicaments, mais j'aimerais savoir de quoi on parle puisque nous sommes en présence d'une enveloppe globale mélangeant les prix et les volumes. Qu'est-ce qui augmente trop ? Les prix ou les volumes ?

M. Claude Evin, rapporteur. Les volumes !

Mme Muguette Jacquaint. C'est ce que nous voulons savoir. Au nom du secret du procédé et de la stratégie industrielle, on nous refuse ces informations pourtant indispensables à notre réflexion et à la prise de décision. C'est bien là que le bât blesse. La vérité, c'est qu'avec le système de brevet, les laboratoires négocient en fait en position de quasi-monopole. Je ne prendrai qu'un exemple. Que penser du prix initialement fixé d'un médicament contre le sida lorsque les laboratoires proposent, du jour au lendemain, de le diviser par huit ou par dix ? Mme Guigou avait d'ailleurs provoqué l'indignation des laboratoires en baissant le prix de quelques médicaments innovants. Nous la soutenons dans sa démarche et nous pensons qu'elle serait confortée si elle pouvait s'appuyer sur une réelle transparence. Tel est l'objet de cet amendement.

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

M. Claude Evin, rapporteur. La commission n'a pas retenu cet amendement, non pas qu'elle soit contre la transparence, mais parce qu'il existe déjà des documents sur le prix des médicaments. En fait, le problème c'est que ces documents ne sont pas tous accessibles à la représentation nationale. Toutefois, je rappelle à Mme Jacquaint que la question de l'augmentation des volumes ou des prix des médicaments est traitée dans le rapport de la Cour des comptes de cette année, qui insiste d'ailleurs sur le fait que c'est le volume qui augmente le plus rapidement. Quant aux informations concernant la fixation des prix, elles figurent notamment dans le rapport du Comité économique des produits de santé, mais ce rapport n'est pas adressé à l'ensemble des parlementaires et il serait opportun qu'il le soit. Si tel était le cas, cela répondrait à la préoccupation des auteurs de l'amendement.

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

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Bien entendu, le Gouvernement est favorable à l'objectif poursuivi par cet amendement d'introduire davantage de transparence sur les mécanismes de mode de détermination des prix des médicaments. Nous nous sommes d'ailleurs déjà engagés dans cette voie puisque, depuis le mois de septembre, à la suite du remaniement des textes réglementaires intervenu depuis 1999, les avis de la commission de la transparence qui déterminent le service médical rendu et son amélioration sont disponibles sur le site Internet de l'Agence de sécurité sanitaire des produits de santé dès qu'ils sont définitifs, sans attendre les décisions ultérieures des ministres et du comité économique sur le remboursement et le prix des produits concernés. Cela nous a permis de mieux faire comprendre le sens des décisions que nous prenons et je remercie Mme Jacquaint de l'appui qu'elle nous a apporté.

Les résultats de la réévaluation sont disponibles sur ce même site et la commission de la transparence vient d'adopter son règlement intérieur décrivant la procédure d'instruction des dossiers, notamment la phase contradictoire où les entreprises ont la possibilité de faire valoir leurs observations avant que l'avis ne devienne définitif. Nous avons aussi décidé, comme l'a souhaité la Cour des

comptes, de renforcer le secrétariat de la commission pour améliorer son fonctionnement administratif et scientifique.

Il reste que, comme vous, madame, je pense que nous pouvons encore faire des progrès et notamment qu'il serait utile de prévoir la transmission au Parlement d'un rapport. Cela dit, je souhaiterais que celui-ci soit le rapport annuel du comité économique des produits de santé, qui est justement destiné à dresser chaque année le bilan de l'activité du comité dans le domaine de la négociation des prix et de la régulation des dépenses de médicament. En effet, ce rapport contient tous les éléments d'information souhaités par les parlementaires. En outre, cela me semble correspondre à l'avis que vient d'émettre M. le rapporteur. Je fais donc parvenir un amendement en ce sens à la présidence et je vous demande, madame Jacquaint, de retirer le vôtre au profit de celui du Gouvernement.

M. le président. Le Gouvernement vient donc de présenter un amendement, n° 379, ainsi rédigé :

« Après l'article 11, insérer l'article suivant :

« L'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale est complété par le paragraphe suivant :

« III. – Le rapport d'activité établi par le comité économique des produits de santé est remis chaque année au Parlement. »

Madame Jacquaint, retirez-vous l'amendement n° 272 ?

Mme Muguette Jacquaint. Bien sûr, monsieur le président !

M. le président. L'amendement n° 272 est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 379.

(L'amendement est adopté.)

Article 12

M. le président. « Art. 12. – Pour le calcul de la contribution due au titre de l'année 2002 en application de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, le taux de 3 % est substitué au taux K mentionné dans le tableau figurant au deuxième alinéa du même article. »

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

M. Jean-Luc Prével. Je rappelle que le médicament n'est pas un produit comme les autres. Son objet de soigner et, si possible, de guérir, ce qui permet de réaliser des économies en dépenses de santé et en indemnités journalières. Comme souvent en matière d'assurance maladie, on ne remarque que les dépenses et on oublie les économies réalisées par ailleurs.

Je ne m'étendrai pas sur la place particulière occupée par l'industrie pharmaceutique et sur la nécessité d'aider la recherche afin de trouver des nouvelles molécules toujours plus coûteuses, sinon pour regretter que la France ait hélas ! beaucoup régressé dans la découverte de ces nouvelles molécules et dans le dépôt des brevets.

Les relations entre le Gouvernement et l'industrie devraient se pacifier et s'orienter vers une réelle politique contractuelle. Je m'explique : quand on signe un contrat – je ne vais pas prendre l'exemple du mariage qui ne se réduit pas à une signature – on s'engage l'un envers l'autre et il faut avoir confiance. Les décisions sont souvent prises ultérieurement.

M. Jérôme Cahuzac. La confiance n'exclut pas le contrôle !

M. Jean-Luc Prél. Vous le vivez tous les jours, monsieur Cahuzac ? Vous effectuez des contrôles réguliers ? (*Sourires.*)

Il serait souhaitable que le contrat ne soit pas dénoncé unilatéralement, comme c'est souvent le cas. Or on voit souvent, en cours d'année, des taxes supplémentaires ou des baisses de prix imposées aux entreprises pharmaceutiques sans qu'il y ait eu véritablement négociation. Mais encore faudrait-il, pour parvenir à une réelle contractualisation, que le taux d'augmentation prévu soit réaliste.

Nous avons tous entendu Claude Le Pen parler de « bien supérieur » – M. Le Garrec parle de « bien premier » mais, en fait, c'est la même chose. Si on défend ce concept, il faut accepter un taux d'augmentation réaliste, soit de l'ONDAM, soit des dépenses pharmaceutiques. Dans tous les pays, les dépenses du médicament augmentent en moyenne de 6 % à 7 % par an. Par conséquent, fixer un taux à 3 % est totalement irréaliste. Tout le monde sait d'avance qu'il ne sera pas appliqué et tenu.

J'ai une question à poser à Mme la ministre ou à M. le rapporteur. Le taux de 3 %, dans cet article, est-il appliqué à l'ONDAM 2001 ou à l'ONDAM rebasé ? Et rebasé globalement ou rebasé au niveau des dépenses pharmaceutiques ?

Fixer une clause de 3 % est irréaliste et signifie que les sanctions deviendront automatiques. Et savoir, en début d'année, que les sanctions seront automatiques est parfaitement regrettable.

J'ai bien compris, monsieur le rapporteur, que cette clause de sauvegarde ne s'applique qu'aux laboratoires qui n'ont pas conclu de convention. Mais en prenant un seuil de 3 %, on donne au Comité économique des produits de santé le moyen de faire pression sur l'industrie pharmaceutique afin qu'elle accepte des prix à un niveau inférieur à ce qui aurait été souhaitable.

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n^{os} 119 et 275.

L'amendement n^o 119 de M. Goulard n'est pas défendu.

L'amendement, n^o 275, présenté par Mme Fraysse, Mme Jacquaint, M. Gremetz et les membres du groupe communiste, est ainsi rédigé :

« Supprimer l'article 12. »

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. L'institution d'une clause de sauvegarde qui prévoit de limiter les dépenses de médicaments à 3 % est une mesure arbitraire qui s'inscrit dans la démarche comptable que nous contestons, pour le médicament comme pour le reste. Je préfère, et de loin, la démarche courageuse de Mme la ministre visant à intervenir sur les prix – même si cela ne plaît pas aux laboratoires – à celle visant à restreindre *a priori* les volumes.

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

M. Claude Evin, rapporteur. La commission n'est pas favorable à cet amendement.

Je rappelle que le dispositif concerné par cet article 12 s'adresse aux entreprises qui n'ont pas passé d'accord avec le Comité économique des produits de santé. Je dois à l'honnêteté de le dire, ce comité a bien évidemment en vue le taux « K » lorsqu'il négocie avec les laboratoires pharmaceutiques. Cela étant, le comité n'exclut pas de tenir compte, au cours des négociations, des contraintes

supportées par chaque entreprise dans le domaine de la recherche, ou de la situation dans laquelle se trouve tel ou tel laboratoire pharmaceutique.

M. Jean Le Garrec, président de la commission. Et il y a combien d'entreprises qui n'ont pas passé d'accord avec le CEM ?

M. Claude Evin, rapporteur. Très peu. Quelques-unes... Mais il faut inciter les entreprises pharmaceutiques à contractualiser avec le Comité économique des produits de santé.

Pour celles qui ne contractualisent pas, nous sommes obligés de prévoir un dispositif dont le seuil paraît bas, mais qui correspond malgré tout à la réalité.

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

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Madame Fraysse, si l'objectif poursuivi par le Gouvernement est bien sûr de réguler les dépenses, il est aussi d'assurer aux assurés un meilleur accès aux traitements médicaux. Je comprends votre crainte, mais il ne s'agit nullement de rationner les soins : il s'agit simplement de faire en sorte qu'une industrie, dont le taux de croissance est particulièrement élevé, apporte une juste contribution au financement de l'assurance-maladie. N'y voyez pas une limite impérative aux dépenses de médicaments – reproche que vient de nous adresser M. Prél.

Il va de soi que le Gouvernement est attaché à une évolution modérée des dépenses de médicaments. Mais il ne peut pas s'agir de rationner les soins. Le système vise à réguler les ressources accrues que les laboratoires pharmaceutiques tireraient, à la charge de la collectivité, d'une croissance accélérée de leurs ventes. C'est la politique des remises : les laboratoires reversent à l'assurance maladie au-delà du taux fixé.

Dans la plupart des cas, la clause de sauvegarde ne trouve pas à s'appliquer puisque les laboratoires qui s'inscrivent dans une logique conventionnelle en sont exonérés. Ainsi, l'année dernière, elle n'a touché que douze entreprises.

L'article 12 a donc pour objet de définir un taux de croissance du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique, spécifique à l'année 2002, taux au-delà duquel celle-ci est appelée à contribuer à l'équilibre de l'assurance maladie.

Voilà pourquoi, madame Fraysse, tout en comprenant votre préoccupation, je ne peux pas être favorable à votre amendement.

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

Mme Jacqueline Fraysse. Au bénéfice de ces explications, je retire cet amendement, quitte à le redéposer en nouvelle lecture si des difficultés subsistaient.

M. le président. L'amendement n^o 275 est retiré.

MM. Foucher, Prél, Bur et Blessig ont présenté un amendement, n^o 175, ainsi libellé :

« Rédiger ainsi l'article 12 :

« I. – Le deuxième alinéa de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Le montant total de cette contribution est rédigé comme suit :

TAUX D'ACCROISSEMENT du chiffre d'affaires T de l'ensemble des entreprises redevables	TAUX DE LA CONTRIBUTION global exprimée en pourcentage de la tranche du chiffre d'affaires déclaré par l'ensemble des entreprises redevables
T supérieur à K et/ou égal à + 0,5 point.....	30
T supérieur à K et/ou égal à + 0,5 point et inférieur à + 1 point	40
T supérieur à K + 1 point.....	50

« II. – Les pertes de recettes sont compensées à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle au titre de l'article 575 et 575 A du code général des impôts. »

La parole est à M. Jean-Pierre Foucher.

M. Jean-Pierre Foucher. M. Prél a demandé si cette clause était calculée à partir d'un ONDAM global rebasé, ou simplement par rapport à l'ONDAM médicament, rebasé ou non. Je crois que c'est important.

Cette clause est extrêmement élevée. Claude Evin a dit qu'elle ne s'appliquait pas, sauf dans les cas extrêmes où il n'y avait pas de convention. Cela veut dire qu'elle est très dissuasive. Car, en réalité, les laboratoires n'ont pas tout à fait le choix ! Ou ils acceptent les conditions de la convention, ou la clause leur est appliquée, et c'est le pire qui puisse leur arriver.

Nous proposons par cet amendement que le taux de taxation, qui est à 70 %, ce qui est vraiment trop élevé, voire confiscatoire, soit abaissé.

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

M. Claude Evin, rapporteur. La commission n'a pas suivi M. Foucher.

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

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Défavorable également.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 175.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. M. Accoyer a présenté un amendement, n° 238, ainsi rédigé :

« I. – Dans l'article 12, substituer au taux : "3 %", le taux : "4,8 %".

« II. – Compléter cet article par le paragraphe suivant :

« La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts ».

La parole est à M. Pierre Morange, pour soutenir cet amendement.

M. Pierre Morange. Cet amendement relève de la même philosophie que le précédent. Il vise à substituer au taux de 3 % le taux de 4,8 %, afin de s'aligner sur le seuil de taxation sur l'hôpital.

Nous constatons que le besoin de financement se situe aux alentours de 7 % et que les contraintes macro-économiques sur les équilibres des comptes sociaux limitent l'ONDAM à 3,8 %.

Par ailleurs, comme l'histoire nous le rappelle, nous n'avons jamais été capables de respecter les différents taux qui avaient été fixés. Ne pénalisons donc pas l'ensemble de nos concitoyens au nom du principe des enveloppes.

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

M. Claude Evin, rapporteur. La commission a repoussé cet amendement.

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

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Défavorable.

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

M. Jean-Luc Prél. Monsieur le président. Je voudrais poser une question à Mme la ministre ou à M. le rapporteur : le taux K s'applique-t-il aux dépenses prévisionnelles ou aux dépenses réalisées ?

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

M. Claude Evin, rapporteur. Je préfère laisser au Gouvernement le soin de répondre à cette question, en partie technique, sur les conditions de rebasage. Grosso modo, c'est un ONDAM en partie rebasé.

M. Jean-Luc Prél. Sur quoi ?

M. Pierre Morange. A quelle hauteur ?

M. Claude Evin, rapporteur. Sinon, la mesure serait effectivement confiscatoire. Je ne dispose pas ici des éléments permettant de vous dire quelle technique exacte utilisent les services et le comité économique. Une note pourra vous être envoyée si vous le souhaitez. Mais vous pouvez aussi vous adresser aux laboratoires qui, eux, connaissent bien le sujet. *(Sourires.)*

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

M. Jean-Luc Prél. Quand on vote l'ONDAM, des enveloppes sont proposées pour l'hôpital. Il n'y a pas d'enveloppe « médicaments ». Mais, dans la réalité, cette enveloppe existe. L'année dernière, l'augmentation des dépenses de médicament a été nettement supérieure à ce qui était prévu par l'ONDAM. Dans la mesure où l'on rebase globalement l'ONDAM, est-ce que le taux de cette année s'appliquera à l'ONDAM prévu l'année dernière...

M. Claude Evin, rapporteur. Non. Autrement, on serait en dessous de la dépense !

M. Jean-Luc Prél. ... ou aux dépenses réalisées effectivement en 2001 ? Ma question est simple.

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

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. En répondant à Mme Fraysse, j'ai expliqué quelle était notre logique s'agissant du taux K et de la clause de sauvegarde.

La logique de l'enveloppe « hôpital » est très différente. L'enveloppe hôpital est une enveloppe fermée. Le taux retenu pour le secteur « hôpital » en 2002 s'explique par le fait que les établissements publics assureront la mise en œuvre de la réduction de la durée du travail. C'est pourquoi il a été porté à 4,8 %.

M. Jean-Luc Prél. Mais le taux K s'applique à quoi ?

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Le taux « K », lui, relève d'une autre logique. Le système vise à réguler les ressources accrues que les laboratoires pharmaceutiques tiraient d'une croissance accélérée de leurs ventes.

Par conséquent, les deux systèmes ne sont pas analogues.

M. Jean-Luc Prél. Je suis désolé, mais je n'ai pas compris !

M. Pierre Morange. Pourrait-on nous préciser quels critères sanitaires inspirent le comité économique des produits de santé ?

M. Claude Evin, *rapporteur*. Ce comité n'est pas là pour faire de la santé publique !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 238.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 12.

(L'article 12 est adopté.)

Après l'article 12

M. le président. M. Evin, rapporteur, a présenté un amendement, n° 349, ainsi libellé :

« Après l'article 12, insérer l'article suivant :

« Après l'article L. 165-3 du code de la sécurité sociale, sont insérés deux articles ainsi rédigés :

« *Art. L. 165-3-1.* – Lorsqu'un organisme d'assurance maladie constate à l'encontre d'un fournisseur de l'un des produits ou prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 le non-respect fixé dans les conditions mentionnées à l'article L. 165-3, le directeur de cet organisme adresse au fournisseur une notification par laquelle il lui indique les faits reprochés. Une copie de ce courrier est adressée à l'assuré. Le fournisseur a la possibilité de faire parvenir ses observations à l'organisme, notamment lorsque l'arrêté mentionné à l'article L. 165-3 a prévu des possibilités de dépassement. L'assuré peut également faire part de ses propres observations à l'organisme d'assurance maladie.

« En cas de confirmation de la matérialité des faits, l'organisme d'assurance maladie adresse au fournisseur une mise en demeure de rembourser à l'assuré la différence entre le prix facturé et le prix fixé par arrêté. Une copie de ce courrier est adressée à l'assuré.

« En cas de non-exécution de la mise en demeure, l'organisme peut prononcer à l'encontre du fournisseur, en fonction de la gravité des faits reprochés, une pénalité financière dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. L'organisme verse à l'assuré la différence entre le prix facturé et le prix fixé par arrêté.

« Lorsque la gravité ou la répétition des faits est constatée, une suspension du conventionnement, pour une durée maximale de deux ans, peut également être prononcée. La mesure prononcée par l'organisme d'assurance maladie est exécutoire à compter de sa notification au fournisseur. La mesure prononcée par l'organisme d'assurance maladie est motivée et peut faire l'objet d'un recours de pleine juridiction devant le tribunal administratif.

« Les modalités d'application du présent article, notamment les règles et délais de procédures, ainsi que les modes de calcul de la pénalité financière, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

« *Art. L. 165-3-2.* – Pour le recouvrement des sommes exigées des fournisseurs au titre des dispositions de l'article L. 165-3-1, l'organisme d'assurance maladie peut faire usage de prérogatives et des règles applicables par les organismes de recouvrement des cotisations de sécurité sociale. L'organisme d'assurance maladie, lorsqu'il est débiteur vis-à-vis du fournisseur, peut également déduire la somme des montants dus. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Claude Evin, *rapporteur*. Nous avons introduit, dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, une procédure de fixation du prix des dispositifs médicaux. Il est nécessaire d'introduire, dans le code de la sécurité sociale, une disposition permettant à la Caisse nationale d'assurance maladie, qui est généralement la première à constater les manquements, d'intervenir dans le cas où le prix de ces dispositifs n'est pas respecté ; donc, en cas de fraude.

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

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Très favorable.

M. le président. La parole est à M. Maxime Gremetz.

M. Maxime Gremetz. Je désire interroger très sérieusement et très solennellement le Gouvernement, qui, je l'espère, me répondra précisément.

Nous avons voté l'année dernière, en accord avec le Gouvernement, un amendement de principe concernant la concertation à engager avec les organisations syndicales pour organiser des élections à la sécurité sociale. Cet amendement a été adopté. Où en est-on aujourd'hui ? Le Gouvernement devait rencontrer les organisations syndicales pour mettre au point cette question des élections. Et il devait nous faire une proposition cette année.

Cette année toujours, nous avons déposé un autre amendement sur le sujet. Mais on lui a opposé les articles 92 et 98 du règlement. Là, mon incompréhension est totale : il ne prévoit pas de dépenses ! Au nom de quoi ne viendrait-il pas en discussion ? On nous dit que c'est un cavalier ! Discuter des élections à la sécurité sociale dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale n'aurait donc rien à voir avec le sujet ?

Expliquez-moi, parce que je vais bientôt mourir (« Non ! » sur divers bancs) et je mourrai idiot (*Sourires*)...

M. Denis Jacquat. C'est impossible !

M. Maxime Gremetz. ... car je n'aurai rien compris au fonctionnement de cette assemblée !

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

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Monsieur Gremetz, la question que vous posez sera en effet traitée dans le projet de loi de modernisation sociale, qui doit revenir bientôt devant votre assemblée.

M. Maxime Gremetz. Vous ne m'avez pas expliqué en quoi notre amendement était un cavalier !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 349.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. M. Accoyer a présenté un amendement, n° 239, ainsi rédigé :

« Après l'article 12, insérer l'article suivant :

« I. – Les articles L. 245-6-1 à L. 245-6-4 du code de la sécurité sociale sont abrogés.

« II. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts. »

La parole est à M. Pierre Morange.

M. Pierre Morange. Cet amendement vise à abroger les articles L. 245-6-1 à L. 245-6-4 du code de la sécurité sociale. En effet, la taxe additionnelle sur les ventes

directes, mise en place en 1998, avait pour objectif affirmé de rétablir l'égalité entre les circuits de distribution, les grossistes répartiteurs supportant en vertu des textes un certain nombre d'obligations de santé publique. Or deux laboratoires ayant fait valoir que cette taxe pouvait être assimilée à une aide d'Etat prohibée par le traité de Rome, il en est résulté de nombreux problèmes juridiques. Et en attendant qu'une décision définitive soit rendue, les laboratoires redevables de la taxe ont introduit des recours.

En fait, ce contentieux a été initié par des laboratoires, qui n'ont pas le libre choix d'opter pour l'un ou l'autre des circuits de distribution en présence. Dans un cas, le nombre de références est tel que le laboratoire est contraint d'organiser son propre réseau de distribution ; dans l'autre cas, le caractère quasi orphelin des produits interdit au laboratoire tout recours à une distribution en gros.

Cet amendement tend donc à régler à la fois le problème de la liberté d'accès au réseau de distribution, et celui, plus général, de ces taxes qui peuvent être assimilées à des aides d'Etat prohibées par le traité de Rome.

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

M. Claude Evin, rapporteur. Défavorable.

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

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Défavorable. J'observe d'ailleurs que l'assemblée a adopté un amendement de Jérôme Cahuzac visant à faire passer le taux de la taxe additionnelle de 2,5 % à 1 %.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 239.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Mes chers collègues, Mme la ministre m'a fait savoir qu'elle souhaitait une suspension de séance de quelques minutes.

Suspension et reprise de la séance

M. le président. La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à dix-sept heures vingt, est reprise à dix-sept heures quarante-cinq.)

M. le président. La séance est reprise.

Article 13

M. le président. « Art. 13. – Le montant du fonds mentionné au VIII de l'article 33 de la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000 est fixé à 22,87 millions d'euros pour l'année 2002. »

Plusieurs orateurs sont inscrits sur cet article.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Comme vous pouvez le constater, on change de sujet presque à chaque article. L'un des intérêts de la loi de financement de la sécurité sociale est d'ailleurs de nous permettre d'aborder l'ensemble des problèmes concernant la protection sociale dans notre pays.

L'article 13 concerne le fonds pour la modernisation des cliniques privées. Créé en 2000, il ne dispose que d'une mise modeste et il n'est pas abondé par le projet.

A son propos je tiens à souligner le rôle primordial que jouent les établissements privés, les cliniques, dans le système de soins français, alors que l'on n'en trouve aucune

mention dans le rapport annexé. S'agit-il d'un oubli ou est-ce volontaire ? Pour pallier ce manque, j'avais déposé un amendement, mais la commission l'a purement et simplement rejeté, ce qui ne me paraît pas politiquement habile. Si j'avais un conseil à vous donner, ce serait de bien marquer que les cliniques jouent un grand rôle dans notre système de soins.

En effet, les cliniques interviennent pour environ 40 % en chirurgie, 60 % en obstétrique et pour une part importante dans le traitement de malades atteints de cancers. Or elles connaissent aujourd'hui une situation extrêmement difficile. Beaucoup ont une rentabilité pratiquement nulle et elles sont de plus en plus à déposer leur bilan.

La première de leurs difficultés découle du fait qu'elles doivent s'adapter en permanence, moderniser leurs structures, appliquer les différentes directives de sécurité, celles relatives à l'incendie ou à la sécurité sanitaire, par exemple, qui sont très onéreuses. Elles ont donc besoin de fonds complémentaires, d'autant que beaucoup sont engagées dans des regroupements d'établissements, soit entre cliniques, soit, parfois, avec des hôpitaux, ce qui est intéressant mais difficile.

Le deuxième problème majeur que rencontrent aujourd'hui les cliniques est la pénurie en personnel, plusieurs fois évoquée ici depuis deux jours. Elle tient notamment au fait que les rémunérations sont inférieures à celles existant en milieu hospitalier. Cela signifie que la mise en œuvre des 35 heures à l'hôpital va encore l'accroître. Or, quand il n'y a plus de personnel dans une clinique, il n'est plus possible de soigner les malades.

Pour mettre les salaires qu'elles allouent au niveau de ceux de l'hôpital, les cliniques demandent 6 milliards de francs. Cette somme leur sera-t-elle accordée ? L'ONDAM le permettra-t-il ?

Hier et aujourd'hui, les personnels des établissements privés se sont mis en grève. Il faut considérer cela comme une grève d'avertissement, car une grève dure doit en principe débiter le 5 novembre. Il serait donc temps de renouer le dialogue avec les responsables des établissements afin de montrer qu'on les prend en considération. Dans cette optique, l'Assemblée pourrait accepter mon amendement, mais cela ne résoudra pas le problème. Il faut surtout, madame la ministre, abonder le fonds pour la modernisation des cliniques privées, comme vous avez prévu, semble-t-il, d'augmenter la dotation du fonds pour les hôpitaux.

Je ne conteste évidemment pas que cela soit également nécessaire car, même s'il y a de grandes disparités entre les cliniques et les hôpitaux – nous en reparlerons – ces derniers ont bien besoin qu'on les aide à se moderniser. Cela étant, le besoin est au moins aussi grand pour les établissements privés et, si on ne les entendait pas, cela serait préjudiciable non seulement à eux-mêmes, mais aussi à leurs salariés et, surtout, aux nombreux malades qui leur font confiance.

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

M. Yves Bur. Je vais d'abord profiter de la présence de Mme la ministre pour rétablir une vérité, car, malgré les affirmations de M. Barrot, elle a, par deux fois dans le débat, soutenu que la précédente majorité n'avait pas réuni de conférence de la famille. Or j'ai sous les yeux le compte rendu d'une réunion de la commission du 19 juin au cours de laquelle Mme Hélène Gisserot a confirmé que cette conférence a bien eu lieu le 6 mai 1996.

Comme Jean-Luc Préel et beaucoup d'autres députés de l'opposition, je tiens à vous rappeler une fois de plus, madame la ministre, que l'hospitalisation privée souffre. Ce constat est partagé non seulement par les responsables de ces cliniques, mais aussi par les médecins qui y exercent et par l'ensemble du personnel soignant. Le fait qu'ils soient actuellement en grève tous ensemble montre bien qu'il y a un véritable problème.

Les contraintes budgétaires sont telles, aujourd'hui, qu'on peut penser qu'il en va de la survie de nombreux établissements. Leur fédération a lancé un cri d'alarme et même de détresse. La grève qui a eu lieu et celle qui est prévue à partir du 5 novembre, si aucune réponse ne leur est donnée, témoignent de la détermination des intéressés. Il est en effet évident que, sans moyens supplémentaires, l'hospitalisation privée ne pourra s'opposer à l'attractivité du secteur public, renforcée par les aides que vous lui accordez au titre de la réduction du temps de travail.

Dans le secteur de l'hospitalisation privée, en effet, la mise en œuvre de la RTT a été opérée dans des conditions très contraignantes. En conséquence, les personnels ont souvent dû accroître leur productivité, alors que ce terme ne devrait pas s'appliquer dans un tel secteur. Au-delà de ces efforts ils ont souvent dû accepter aussi que leurs rémunérations soient bloquées pendant parfois près de deux ans, pour compenser le coût de la réduction du temps de travail.

Le différentiel de rémunération avec l'hôpital risque d'accroître encore la pénurie en personnel et l'hospitalisation privée, les cliniques ne pourront pas longtemps continuer à recourir, de manière massive, aux intermittents et aux contrats intérimaires. Pourtant ces établissements ne peuvent pas être abandonnés parce que le secteur public ne pourrait pas reprendre les missions qu'ils assument.

De ce fait, avec environ 23 millions d'euros, le fonds de modernisation n'est pas à la hauteur des besoins, qu'il s'agisse de compléter la restructuration du privé ou d'améliorer son fonctionnement grâce à une augmentation des rémunérations. La fédération de l'hospitalisation privée chiffre ces besoins à 915 millions d'euros, soit 6 milliards de francs.

Pour l'instant vous n'avez apporté aucune réponse. Pourtant vous avez multiplié les annonces de mesures nouvelles dont quelques-unes sont très favorables pour certains secteurs. Il ne faudrait pas oublier, madame la ministre, que les Français, s'il sont attachés à leur hôpital public, savent aussi qu'ils ont besoin de l'hôpital privé auquel ils sont également très attachés.

M. le président. M. Goulard a présenté un amendement, n° 120, ainsi rédigé :

« Supprimer l'article 13. »

Cet amendement est-il défendu ?

M. Jean-Luc Préel. Il est défendu.

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

M. Claude Evin, rapporteur. M. Goulard, l'auteur de cet amendement, devrait être plus prudent car, s'il était adopté, cela supprimerait la dotation du fonds d'aide aux cliniques privées.

La commission l'a donc rejeté.

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

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Il est en effet paradoxal de vouloir supprimer la dotation d'un fonds que, par ailleurs, on me demande d'abonder ! Je ne peux donc qu'être opposé à l'amendement de M. Goulard.

Par ailleurs je dois donner acte à M. Bur du fait que j'ai commis une erreur hier et le prier de m'en excuser. J'ai même envoyé un mot à M. Barrot à ce sujet. En effet la conférence de la famille a bien été réunie en 1996, alors qu'elle ne l'avait pas été en 1995 et qu'elle n'a pas pu l'être, en raison des décisions que l'on connaît, en 1997.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 120.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 13.

(L'article 13 est adopté.)

Après l'article 13

M. le président. MM. Préel, Foucher, Bur et Blessig ont présenté un amendement, n° 202, ainsi rédigé :

« Après l'article 13, insérer l'article suivant :

« Un rapport sera remis au Parlement avant le 31 décembre 2002 concernant la situation des cliniques privées et l'utilisation des fonds du fonds pour la modernisation des cliniques privées. »

La parole est à M. Jean-Luc Préel.

M. Jean-Luc Préel. Je regrette de nouveau, madame la ministre, que vous n'avez pas répondu aux questions que nous vous avons posées sur les établissements privés. Pensez-vous qu'il faut les aider à se moderniser et à rémunérer leurs personnels de manière satisfaisante ?

Nous examinerons plus tard un amendement visant à abonder le fonds pour les hôpitaux. Allez-vous augmenter aussi le fonds pour les cliniques, ce qui serait justifié, me semble-t-il ? Si vous n'accédiez pas à cette demande le message serait entendu et il faudrait craindre des mouvements au mois de novembre, ce qui serait regrettable à la fois pour les établissements, pour les personnels et, surtout, pour les malades. Or, je le répète, 40 % des malades se font opérer en clinique, 50 % des femmes vont y accoucher et de nombreux cancéreux y sont soignés.

Cet amendement demande un rapport, même si nous savons qu'il arrive que, malgré un vote positif, il ne soit jamais certain que son dépôt interviendra. En l'occurrence, pourtant, il serait très souhaitable qu'un rapport soit remis au Parlement avant la fin de l'année prochaine pour faire le point sur la situation des cliniques privées, sur l'utilisation du fonds pour leur modernisation et sur leurs besoins effectifs de financement.

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

M. Claude Evin, rapporteur. La commission n'a pas retenu cet amendement dans la mesure où les informations que M. Préel souhaite voir communiquées au Parlement lui sont déjà fournies, puisqu'elles sont contenues dans les rapports annexés joints à chaque loi de financement de la sécurité sociale.

M. Jean-Luc Préel. Il y a des chiffres, mais par un rapport de fond.

M. Claude Evin, rapporteur. Monsieur Préel, vous pouvez souhaiter que cette information soit améliorée et vos propos devraient contribuer à ce qu'il en soit ainsi dans les prochaines années, mais elle existe déjà. C'est pourquoi il n'a pas semblé opportun à la commission de retenir votre amendement.

Puisque vous avez aussi interrogé Mme la ministre à ce sujet, je tiens à confirmer, car nous en avons parlé au sein de la commission, combien ses membres sont préoccupés.

cupés par la situation de l'ensemble du secteur hospitalier. Nous reviendrons plus tard sur l'hospitalisation publique, mais la situation de l'hospitalisation privée nous inquiète aussi.

Il est en effet évident, aujourd'hui, compte tenu notamment de l'adoption des schémas régionaux d'organisation sanitaire que, dans de très nombreux cas, les cliniques privées assurent avec les hôpitaux publics, souvent proches géographiquement, mais parfois en partenariat avec eux, des missions qui, même si elles ne sont pas juridiquement classées comme étant de service public, s'apparentent de plus en plus à des missions de ce type. Tel est notamment le cas quand les schémas régionaux d'organisation sanitaire ont conduit à ce que l'offre de soins soit organisée séparément ou en coopération entre les établissements publics et les établissements privés.

Néanmoins, la situation des cliniques privées est différente de celle des hôpitaux publics. Elle est notamment très difficile pour ce qui est des infirmières. Cela renvoie à la discussion des conventions collectives tant entre les différents personnels qu'entre les employeurs responsables des cliniques privées et les personnels. Au-delà, il appartient aussi aux responsables de se poser la question de la rémunération des médecins dans les cliniques privées.

A ce propos, je vais prendre l'exemple du groupe Vivendi, qui assure la gestion de nombreuses cliniques privées, même si je sais qu'elles ne sont pas toutes détenues par un groupe.

M. Yves Bur. Tout à fait !

M. Claude Evin, rapporteur. Pour son entrée en bourse, Vivendi a été obligé de publier ses chiffres, en particulier ceux relatifs aux profits réalisés au cours des six premiers mois de cette année.

Je vous invite, mes chers collègues, à vous procurer ces informations. Vous pourrez ainsi constater que certaines cliniques privées se portent bien. Je veux bien admettre que ce n'est pas le cas général. C'est pourquoi j'ai pris la précaution de dire que les cliniques gérées par ce groupe sont loin de représenter la situation de l'ensemble des cliniques.

M. Yves Bur. C'est bien de le rappeler car il serait trop facile de s'abriter derrière le cas des cliniques Vivendi.

M. Claude Evin, rapporteur. Il s'agit tout de même d'une indication qu'il faut avoir en tête.

On trouve, il est vrai, des cliniques privées dont la situation est radicalement différente et nous devons les écouter ; mais chez celles-là aussi, il faudra bien rediscuter de questions telles que la répartition des bénéficiaires et les relations entre employeurs et salariés dans le cadre des conventions collectives. Il est du reste à noter – ce que j'ai fait dans le rapport – que le Gouvernement a déjà consenti un réel effort en matière de tarification en avril ou mai dernier. Par conséquent, on ne saurait prétendre que, durant l'année 2001, il soit resté insensible à la situation des cliniques privées. Qu'il faille, dans une certaine mesure, poursuivre l'effort, la commission y est tout à fait sensible, mais on ne saurait, je le maintiens, mettre sur le même plan la situation des cliniques privées et celle des hôpitaux publics.

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

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Je m'associe totalement aux remarques de Claude Evin. Dès lors que votre assemblée n'a pas retenu l'amendement n° 120 qui tendait à supprimer le fonds de modernisation des cliniques, c'est donc que celui-ci est maintenu et sera, on peut l'espérer, abondé.

Je n'irai pas jusqu'à répéter ce que j'ai déjà dit dans mon propos introductif ni ce que vient de fort bien rappeler Claude Evin, mais le dialogue avec les cliniques n'est pas interrompu, monsieur Prél. Non seulement nous le poursuivons, mais l'accord que j'ai signé le 4 avril dernier a permis une hausse des tarifs très substantielle : près de 4 % – et 8 % pour les maternités. Pour 2002, le taux de progression est fixé à 3,5 %, à comparer au 1,5 % de 1997, et prend en compte notre engagement d'assurer la convergence des rémunérations des deux secteurs de l'hospitalisation. Vous savez l'importance que j'accorde à la participation des cliniques privées à notre système de santé ; nous poursuivons, je vous le confirme, les discussions sur la mise en œuvre de cet engagement en 2002.

Sur l'amendement n° 202, je me rallierai également à la position du rapporteur. Un rapport ne m'effraie aucunement, mais dès lors que nous disposons déjà de toute une série de documents, nous devrions plutôt essayer d'améliorer cette information afin que le Parlement soit totalement éclairé sur la situation des cliniques privées comme sur l'utilisation du fonds de modernisation. En d'autres termes, les rapports existent déjà et, de mon côté, je communique toute l'information nécessaire. S'il est possible de l'améliorer, nous le ferons, c'est évident.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 202.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 14

M. le président. « Art. 14. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation sociale des établissements de santé est fixé, pour l'année 2002, à 45,73 millions d'euros. »

Plusieurs orateurs sont inscrits sur cet article.

La parole est à M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél. Nous passons à un autre volet, à un autre fonds de modernisation qui concerne cette fois-ci les hôpitaux. Le FASMO, devenu le FMES, est appelé à jouer, me semble-t-il, un rôle important.

Mme la ministre y a fait allusion hier dans sa réponse. Nous l'avons interrogée à plusieurs reprises et, pour ma part, j'avais longuement insisté sur les difficultés dans lesquelles sont plongés de nombreux hôpitaux, en particulier tous ceux dont l'activité s'accroît, par le fait que leur budget n'a pas suivi, tant et si bien que la Fédération hospitalière de France et les directeurs de CHU ont appelé à un « rebasage » du budget hospitalier.

Leurs difficultés budgétaires ont entraîné des retards dans les investissements dans le domaine de l'hôtellerie comme dans celui des équipements médicaux, IRM et PETscans notamment, ou des reports de charges d'une année sur l'autre. Ainsi, la prime de service n'est pas payée en fin d'année, mais reportée sur l'année suivante... De telles mesures de trésorerie, pour ne pas dire de cavalerie, ne peuvent évidemment être reconduites d'année en année.

Je souhaiterais, madame la ministre, appeler votre attention sur la situation de l'hôpital dont je préside le conseil d'administration. Les comptes administratifs anticipés 2001 font apparaître un déficit de 30 millions de francs pour un budget de 740 millions de francs ! Que peut faire un conseil d'administration d'hôpital lorsqu'il se trouve dans cette situation ?

Première possibilité : décider de sélectionner les malades en retardant, par exemple, les interventions faisant appel à des prothèses, dont le prix a considérablement augmenté sans que cette progression ait été prise en compte, ou en repoussant des chimiothérapies. Nous nous refusons bien entendu à de tels rationnements.

Deuxième possibilité : licencier du personnel, sachant que le budget personnel représente 70 % du budget des hôpitaux. Comme nous manquons plutôt de personnel pour s'occuper des malades, nous n'avons pas retenu cette solution.

Reste une troisième solution : ne plus payer certaines factures. Aussi avons-nous choisi de ne pas payer la taxe sur les salaires – heureusement, M. Gremetz n'est pas là. Pourquoi ?

M. Jérôme Cahuzac. Le hasard !

M. Jean-Luc Prével. Tout simplement parce que cette taxe va à l'Etat. Et contrairement aux collectivités, l'hôpital ne peut pas lever l'impôt. Voilà pourquoi, si l'Etat ne nous donne pas la dotation suffisante, nous ne lui paierons pas la taxe sur les salaires. Qu'il nous donne la dotation, et il pourra, en quelque sorte, se rembourser.

Cet exemple sera-t-il suivi ? Je ne le souhaite pas, mais je le cite pour donner des idées à ceux qui connaissent la même situation. Et pour la prochaine fois, nous pourrions songer à ne plus payer l'électricité. J'attends avec intérêt la réaction d'EDF si un hôpital décidait de ne plus payer ses factures ! Il attirerait, à coup sûr, l'attention sur son cas ! Mais je vois que M. Le Garrec est en train de vous donner de bons conseils, madame la ministre ; je ne doute pas que, ainsi éclairée, vous ne manquerez pas de suivre mes suggestions. Je vous remercie par avance de votre réponse !

M. Jean Le Garrec, *président de la commission*. Vous êtes jaloux !

M. Jean-Luc Prével. Pas du tout !

M. Jérôme Cahuzac. C'est du terrorisme ! (*Sourires.*)

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

M. Yves Bur. Madame la ministre, vous avez annoncé un effort particulier en faveur de l'investissement dans les hôpitaux publics. C'est en effet nécessaire et urgent. Certains services hospitaliers fonctionnent désormais dans des conditions inacceptables au regard, notamment, des impératifs de sécurité. L'Etat est bien plus tolérant pour lui-même qu'il ne l'est pour les collectivités locales lorsqu'il s'agit d'appliquer les règles de sécurité !

Il est tout aussi nécessaire d'investir dans de nouvelles unités. Là encore, il est regrettable que des dossiers tels que celui du CHU de Strasbourg mettent des années à se concrétiser. L'effort d'investissement devrait être non pas étalé dans le temps, mais bien resserré afin que ces projets se réalisent au plus vite.

Enfin, et je tiens à appeler l'attention des services de l'Etat sur cette question, il est urgent de prendre conscience des phénomènes d'insécurité qui se propagent à un rythme inquiétant, particulièrement dans les établissements qui accueillent des urgences ou qui se trouvent à proximité de certains quartiers sensibles. Face au comportement de plus en plus agressif, voire violent de certains individus, notamment dans les urgences de nuit, traumatisant pour les personnels hospitaliers, qui ont du mal à admettre que l'hôpital, au service de tous, de tous les malades, ne soit plus un sanctuaire, on ne peut rester sans réagir. L'aide prioritaire de la police, la

sévérité des juges, cela ne suffit plus. Il faut investir dans des réaménagements internes capables d'assurer une sécurité active. Il est vrai que ce n'était peut-être pas nécessaire il y a quelques années ; mais aujourd'hui, cela devient indispensable dans de nombreux établissements. Il faut également prévoir des moyens accrus pour garantir la sécurité des entrées, quitte à recourir au gardiennage. Cela aussi est essentiel.

Enfin, il ne faudrait pas que la crainte, voire l'angoisse générée par cette insécurité croissante en vienne à décourager davantage encore des personnels confrontés par ailleurs à un travail que la pénurie et la mise en œuvre de la RTT rendent plus difficile encore. Madame la ministre, vous ne pouvez pas rester insensible à cette préoccupation. La sécurité doit impérativement être assurée à l'hôpital pour lui permettre de remplir ses missions en toute tranquillité.

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

Mme Jacqueline Fraysse. Sur cet article, le Gouvernement nous propose un amendement qui prévoit 300 millions de francs supplémentaires pour l'année 2001 et 400 millions pour l'année 2002. Nous voterons évidemment cette rallonge, mais force est de constater qu'elle relève davantage de l'homéopathie que du traitement de choc... Observons que pour mille hôpitaux, ces 300 millions ne représentent en moyenne que 300 000 francs par hôpital, soit environ un poste en année pleine ! Et si le fonds auxquels ils seront versés voit son nom changer, le mode de financement restera le même, ces 300 millions proviendront des régimes obligatoires de l'assurance maladie. Autrement dit, c'est la sécurité sociale qui paiera ; ce ne sont pas des moyens en plus, mais des moyens que l'on déplace ! Toute la question est de savoir d'où ils ont été retirés...

Mme la ministre annonçait hier soir sa certitude de nous voir parvenir à un accord sur l'hôpital. Je le souhaite profondément et je me félicite de la voir dans cet état d'esprit. Encore faut-il, pour nous mettre d'accord, que nous trouvions ensemble des moyens réellement supplémentaires. Avec l'ensemble du monde hospitalier, nous avons demandé la suppression de la taxe sur les salaires, soit 11 milliards de francs étalés sur trois ans au rythme de création d'emplois – 45 000 créations elles-mêmes étalées sur trois ans. Les hospitaliers y tiennent. Ils nous l'ont redit aujourd'hui lorsque nous les avons reçus. Si le Gouvernement ne veut pas de cette solution, nous sommes ouvert à tout autre mécanisme, dès lors qu'il sera de même ampleur et permettra de financer les emplois au bon niveau.

Nous appuierons, je le répète, la proposition de moyens supplémentaires présentée par le Gouvernement, mais nous maintenons qu'elle n'est pas du tout à la hauteur du problème posé.

M. le président. Le Gouvernement a présenté un amendement, n° 368 rectifié, ainsi libellé :

« Rédiger ainsi l'article 14 :

« I. – La loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est ainsi modifiée :

« A. – Dans le I et le IV de l'article 40, le mot "sociale" est supprimé après le mot "modernisation".

« B. – Après le II, il est créé un III ainsi rédigé : "III. – Ce fonds finance également des dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé."

« C. – Dans le IV les mots “300 millions de francs” sont remplacés par les mots : “600 millions de francs.”

« D. – Les III, IV, V et VI deviennent respectivement IV, V, VI, VII.

« II. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé est fixé, pour l'année 2002 à 152,45 millions d'euros. »

La parole est à Mme le ministre.

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Nous sommes, en effet, à un moment important de notre débat puisque je vais vous préciser le dispositif proposé à la fois dans cet amendement et dans celui que je présenterai après l'article 32, car les deux forment un tout. Il faut lire ces deux amendements ensemble pour bien comprendre le mécanisme global que je vous présente pour améliorer la situation dans les hôpitaux.

Nous avons décidé un effort supplémentaire et exceptionnel pour l'hôpital. Il s'agit bien, j'y insiste, d'un effort supplémentaire, puisque ce sera la troisième fois cette année que nous complétons les moyens de l'hôpital. Nous l'avions déjà fait avec le protocole sur les métiers hospitaliers du 14 mars 2001, et l'on en verra dès janvier 2002 les répercussions sur les feuilles de paie de tous les agents hospitaliers, qu'ils soient personnels soignants, administratifs ou techniques. Quelques mois ont évidemment été nécessaires pour procéder aux consultations et mettre le dispositif au point. Les agents hospitaliers ne sont pas forcément tous, il est vrai, au courant des négociations conclues en mars dernier et la plupart ignorent encore les revalorisations de carrières, de rémunérations et, pour certains de retraites qui en découleront. C'était déjà un premier effort substantiel.

Après le protocole sur les métiers hospitaliers du 14 mars 2001, nous avons eu les deux protocoles, relatifs à la réduction de la durée du travail, du 27 septembre et du 22 octobre 2001. Celui du 27 septembre concerne les agents hospitaliers. Nous créons 45 000 emplois en trois ans. Nous allégeons le temps de travail pour un coût, en 2002, de 3 milliards de francs. Pour les praticiens hospitaliers, le coût sera de 700 millions de francs en 2002. C'est là un deuxième effort, considérable. Je reviendrai d'ailleurs, à l'occasion de la discussion sur l'article 17, sur les gains que tous les agents tireront de cette réduction de la durée du travail.

A cela je vous propose, par ces deux amendements, à l'article 14 et après l'article 32, d'ajouter trois efforts supplémentaires qui aboutiront dans les mois qui viennent, à donner près de 3 milliards de francs aux hôpitaux.

Je vous demande en premier lieu d'abonder la dotation globale des établissements pour 2001. Pourquoi la dotation 2001 ? Précisément pour que les crédits arrivent dès les prochaines semaines, comme vous le souhaitez : c'est en ce moment même, vous le constatez tous, que la situation est tendue. Nous allons donc ajouter 1 milliard de francs de crédits à la dotation globale 2001. Le PLFSE 2002 apparaît donc, à cet égard, comme une loi rectificative pour 2001.

La deuxième mesure concernera le fonds de modernisation sociale 2001. Nous précéderons à une accélération de la dépense en ajoutant aux 600 millions de francs disponibles 300 millions que nous ramenons de 2002 sur 2001. Au total, 900 millions de francs seront ainsi utilisables dès 2001 sur le fonds de modernisation des établissements de santé, dont nous proposons par ailleurs,

par le même amendement, d'élargir les missions afin de lui permettre de financer des dépenses d'investissement, notamment les dépenses de sécurité auxquels M. Bur, à juste titre, a fait allusion. Le fonds de modernisation des établissements de santé deviendra ainsi compétent aussi bien pour l'investissement que pour le fonctionnement général des établissements, ce qui au passage explique son changement de dénomination.

M. Alfred Recours. Ainsi, les choses seront claires.

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Exactement. Le but est bien de transcrire cet élargissement.

La troisième mesure porte sur le fonds de modernisation pour 2002. Nous ajoutons 1 milliard supplémentaire au titre du soutien à l'investissement et des formations de promotion professionnelle, au vu notamment des besoins constatés en 2001 qui, c'est vrai, n'ont pas tous été satisfaits.

Nous avons donc bien 2 milliards de francs supplémentaires, l'un sur la dotation hospitalière, l'autre sur le fonds de modernisation pour 2002, sans compter l'accélération sur les dépenses, à hauteur de 900 millions au total, pour 2001.

Le dispositif ainsi proposé dans nos deux amendements permettra en conséquence de disposer immédiatement de 1,9 milliard de francs – fonds de modernisation 2001 et dotation globale 2001 – et de près de 3 milliards de francs sur la période 2001-2002.

On peut légitimement se poser la question : les dépenses pour l'hôpital seront augmentées, soit, mais *quid* des recettes nouvelles ? Comme je l'ai dit ce matin, la contribution sociale sur les bénéfices des entreprises que nous avons créée l'année dernière verra son rendement accru de près de 3 milliards de francs cette année et l'année prochaine, soit un produit attendu de 6 milliards de francs en 2001 et 2002, à comparer aux 3,8 milliards collectés par ce biais en 2000.

L'hôpital auquel, nous le savons, nous demandons toujours davantage méritait, me semble-t-il, cet effort exceptionnel qui vient s'ajouter, j'y insiste, à ceux que nous avons réalisés depuis le début de l'année.

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

M. Claude Evin, rapporteur. L'intervention de Mme la ministre est très importante.

Nous avons été nombreux, au moment de la discussion générale – pour ma part, je me suis attaché à bien traduire les échanges au sein de la commission des affaires sociales – à souligner les tensions que connaissent aujourd'hui les hôpitaux publics. J'ai évoqué tout à l'heure, avec d'autres, les tensions qui existent aussi dans les cliniques privées, mais en l'occurrence, il est question de la situation des hôpitaux publics.

Je l'ai déjà dit, elle n'est pas le résultat d'une diminution des moyens au cours des dernières années, bien au contraire ; Mme la ministre a rappelé les accords de mars 2000 et de mars 2001, ainsi que les autres protocoles qui ont fait l'objet de discussions ces derniers mois. La tension qui existe dans les hôpitaux publics aujourd'hui est le résultat de leur succès : de plus en plus de personnes s'adressent à l'hôpital pour trouver à la fois des soins très sophistiqués mais aussi un accueil d'urgence, voire la réponse à certains problèmes sociaux. C'est dire combien les missions remplies par l'hôpital sont larges, ce qui fait, en effet, peser des tensions graves sur les conditions de travail du personnel, ainsi que sur les budgets. Les deux, d'ailleurs, sont intimement liés. A cet égard, je

ne partage pas les conclusions de M. Préel qui prétendait que, du fait des tensions budgétaires, les établissements ne payeront plus la taxe sur les salaires ou l'électricité.

Ces tensions budgétaires conduisent, c'est vrai, les gestionnaires de ces établissements, à ne plus, par exemple, assurer les remplacements...

M. Jean-Luc Préel. A ne plus poser de prothèses, à ne plus assurer les chimiothérapies anticancéreuses !

M. Claude Evin, rapporteur. ... ce qui entraîne une tension très forte sur les personnels.

Il est donc nécessaire de lever cette pression sur les budgets des hôpitaux publics pour qu'elle ne se répercute pas sur les conditions de travail du personnel, aux préoccupations duquel il faut par ailleurs répondre.

Vous venez, madame la ministre, d'annoncer deux types de mesures dont je souhaiterais montrer toute l'importance.

Vous nous avez tout d'abord annoncé qu'un milliard de francs sera immédiatement disponible au titre des dotations globales attribuées aux établissements. Celles-ci ne sont pas reconductibles pour l'année 2002, mais elles permettront de soulager immédiatement, c'est-à-dire avant la fin de cette année, la tension qui s'exprime dans les hôpitaux.

Par ailleurs, vous nous avez indiqué que vous étiez en mesure de mobiliser, pour la fin de l'année 2001 et pour l'année 2002, 2 milliards au titre du fonds de modernisation sociale, que vous nous proposez de rebaptiser, à juste raison, à cette occasion, Fonds de modernisation des hôpitaux.

Vous répondez ainsi à deux préoccupations que nous avons été nombreux à formuler. La première concernait les personnels. Le fonds de modernisation permettra de répondre à la préoccupation de formation des personnels, qui rejoint d'ailleurs celle qui s'exprime à propos des 35 heures. Ainsi des aides-soignantes pourront-elles bénéficier de bourses pour accéder à la formation d'infirmières. Elles ont été nombreuses à être reçues au concours, mais les bourses sont bien insuffisantes au regard de notre objectif, dans la perspective de la réduction du temps de travail. Dans le cadre d'accords signés dans les établissements, il sera donc possible de trouver des solutions.

D'autres mesures pourront être prises puisque le fonds de modernisation des hôpitaux permettra, dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens aux établissements de formuler des demandes à cet égard.

S'agissant des investissements, la demande était particulièrement forte. En lui retirant son qualificatif de « sociale, » et en ouvrant ses missions, vous faites en sorte que le fonds de modernisation puisse participer aux lourds investissements immédiatement nécessaires dans les établissements pour améliorer la sécurité ou l'accueil des malades.

L'annonce que seront mobilisés immédiatement 3 milliards – car ce qui ne sera pas mobilisé en 2001 sera naturellement utilisable en 2002, c'est-à-dire dans quelques semaines seulement – était très attendue dans les hôpitaux publics.

Nous reviendrons tout à l'heure, à propos de l'ONDAM, sur les moyens affectés à l'ensemble des prestataires de services de soins, dont les hôpitaux. Sans doute préciserez-vous à nouveau les moyens qui seront consacrés à la réduction du temps de travail – qui est hors ONDAM, il faut le rappeler encore, car je crains que certains établissements n'aient commis quelque confusion en votant leur budget.

Voilà un ensemble de mesures consacrant la confiance que le Gouvernement et la majorité mettent dans l'hôpital public et répondant aux préoccupations qu'ont exprimées les personnels, en particulier dans les manifestations d'aujourd'hui, mais aussi les gestionnaires d'établissements, directeurs ou conseils d'administration.

M. Jérôme Cahuzac et M. Alfred Recours. Très bien !

M. le président. La parole est à M. le président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

M. Jean Le Garrec, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales. La qualité et la précision des interventions de Mme la ministre et de M. Claude Evin vont me permettre d'être bref.

Je voulais simplement vous remercier, madame la ministre.

Nous avons, à plusieurs occasions, manifesté notre inquiétude concernant l'hôpital. Problèmes de gestion et de personnel y étaient nettement perceptibles. Cette inquiétude était exprimée tant par les rapporteurs, M. Evin, M. Recours, M. Cahuzac que par Mme Fraysse au nom du groupe communiste.

M. Jean-Luc Préel. Et par quelques autres, monsieur le président !

M. Jean Le Garrec, président de la commission. Certes, monsieur Préel, mais comme vous allez, j'en suis sûr, voter l'amendement du Gouvernement, vous serez associé à cet effort !

M. Jean-Luc Préel. Ce sont les Français qui paient !

M. Jean Le Garrec, président de la commission. Mais c'est le Gouvernement qui apporte la solution.

Nous avons trois soucis, madame la ministre : que vous fournissiez des moyens, qu'ils puissent être utilisés sagement et que l'on puisse aller vite.

Quant aux moyens, vous dégagerez au total sur 2001-2002, 2,9 milliards, pour les dotations globales ou pour le fonds de modernisation.

Vous assurez une certaine souplesse puisque vous reconfigurez le fonds de manière à favoriser l'investissement.

Et tout se fera rapidement puisque, en agissant dès 2001 sur la dotation globale, et en 2002 sur un fonds de modernisation redessiné, vous permettez que les dossiers – qui sont déjà prêts, je pense – soient traités sans tarder.

Il faut souligner publiquement l'importance de cet effort, qui vient après d'autres et qui devrait apaiser les inquiétudes.

Je vous remercie beaucoup, madame la ministre, de cette réponse.

M. le président. La parole est à M. Maxime Gremetz.

M. Maxime Gremetz. Jacqueline Fraysse a dit ce que nous pensions de cette proposition. Tout ce qui va dans le sens de l'amélioration de la situation et toute allocation de moyens supplémentaires nous agréent, évidemment.

Mais pour avoir participé à la manifestation d'aujourd'hui, avec Muguette Jacquaint et Jacqueline Fraysse, je dois vous mettre en garde : ne pensez pas que nous allons résoudre ainsi la situation catastrophique et explosive qui est celle des hôpitaux.

Je ne sais pas si vous mesurez à quel point d'exaspération sont arrivées non seulement les organisations syndicales, mais toutes ces jeunes infirmières qui défilaient :

elles ne nous croient plus et elles n'en peuvent plus. Il est donc nécessaire de fournir des moyens humains considérables.

Je me souviens qu'un jour, dans cette assemblée, lors de la discussion d'une loi de financement de la sécurité sociale, nous avons protesté que nous faisons ce qu'il fallait ! Oui, mais petitement ! Par la suite, nous avons dû voter en urgence 10 milliards de francs pour l'hôpital, où le ras-le-bol était tel que nous avons été obligés de céder à la pression, pour éviter le blocage et une crise politique et morale dans le pays.

Croyez-moi, vu l'ampleur des problèmes, nous n'allons pas les résoudre si vite, d'autant qu'il faut mettre en place la RTT qui, considérée comme une avancée sociale considérable, se retourne contre nous, en particulier dans la fonction hospitalière. Les manifestantes arboraient leur carte d'électeur ! Alors, je ne préjuge de rien, mais nous avons le devoir de dire ce que pensent les organisations syndicales, certes, mais aussi les personnels, directement. Sans quoi la gauche, la majorité plurielle, se reprocherait demain de n'avoir pas été suffisamment à leur écoute et de devoir user du bistouri.

Le sentiment d'avoir de mauvaises conditions de travail, dont leur vie de famille pâtit, et d'être mal traitées par rapport aux charges et aux responsabilités qui leur incombent, a été aggravé par le fait que les négociations se soient arrêtées sur un accord minoritaire. Comment pouvaient-elles admettre qu'un gouvernement de gauche ait accepté qu'il suffisait qu'il soit signé par des syndicats représentant 35 % de la population hospitalière ? D'autant qu'elles nous ont beaucoup entendu parler de démocratie sociale ou de refondation sociale – pas la refondation façon MEDEF, bien sûr !

Que l'on veuille remettre en cause l'ordonnance de 1982 n'a rien arrangé, c'est évident.

C'est pourquoi nous allons continuer à nous battre à propos de la taxe sur les salaires. Car ces personnels savent bien que l'impôt sur les sociétés va diminuer de 20,4 milliards de francs en trois ans, que la suppression de la taxe Juppé représente pour les entreprises une baisse de 27,4 milliards de francs en trois ans, que la suppression de la part salariale de la taxe professionnelle équivaudra à 25 milliards de diminution. Quand on sait que la CSB, contribution sociale sur les bénéficiaires, a rapporté 6 milliards – mais c'est ce qui était prévu il y a deux ans, lorsqu'elle a été créée –, et que, depuis deux ans, son taux n'a pas changé, on se demande pourquoi vous nous refusez de le porter de 3,3 % à 5 %. Imaginez ce que cela représenterait !

Comment se fait-il, nous a-t-on fait observer ce matin, que, dans les fonctions publiques d'Etat ou de collectivités territoriales, on ne paie pas la taxe sur les salaires, que seuls les hôpitaux la paient ? C'est profondément injuste.

Nous voterons l'amendement.

M. Jean Le Garrec, président de la commission. Quand même !

M. Maxime Gremetz. Evidemment, monsieur Le Garrec ! Mais on est loin du compte ! Nous continuerons à demander que la taxe sur les salaires soit réformée et que, chaque année, on revoie le taux de la CSB, afin de donner des moyens à l'hôpital.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 368 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'article 14 est ainsi rédigé.

M. Jean Le Garrec, président de la commission. M. Prél n'a pas voté l'amendement !

M. Claude Evin, rapporteur. Pire : le groupe RPR a voté contre !

Article 15

M. le président. « Art. 15. – I. – Pour 2002, le montant maximal des dépenses du fonds mentionné à l'article 25 de la loi n° 98-1114 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 est fixé à 106,72 millions d'euros.

« Ce fonds est doté de 76,23 millions d'euros au titre de l'exercice 2002.

« II. – L'article 25 de la même loi est ainsi modifié :

« 1° Le II est complété par la phrase suivante : "Les frais de gestion sont à la charge du fonds dans des conditions fixées par décret." ;

« 2° Au I, les mots : "cinq ans" sont remplacés par les mots : "huit ans" ;

« 3° L'article est complété par un V ainsi rédigé :

V. – L'impact, des financements attribués par le fonds au titre du II fait l'objet d'une évaluation au regard notamment de l'organisation, de la continuité et de la sécurité des soins ainsi qu'en ce qui concerne les dépenses des régimes obligatoires d'assurance maladie. Cette évaluation est transmise au Gouvernement et au Parlement au plus tard le 30 juin 2005. »

La parole est à M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél. Il est bien d'abonder le deuxième fonds. Mais pourquoi n'avoir rien dit ni rien fait pour les cliniques ? C'est quand même un problème majeur. Il aurait été de bonne politique de proposer un abondement des deux fonds. C'eût été normal et – comment dites-vous, monsieur Gremetz ? – équitable.

A l'article 15, il est question du troisième fonds, le fonds d'aide à la qualité des soins de ville. L'article est intéressant dans ses principes. Mais on peut s'interroger sur la multiplication des fonds, comme la Cour des comptes : est-il utile de créer tant de fonds, abondés en réalité par la CNAM ? Qui les gère ? Comment sont utilisées les sommes qui leur sont attribuées ?

Le troisième fonds n'avait pas été abondé en 2001 puisque les crédits prévus en 2000 n'avaient pas été consommés. En 2002, en revanche, sont prévus 500 millions pour les recettes et 700 millions pour les dépenses.

En réalité, ce fonds est utile car il y a de vrais besoins, pour améliorer la qualité des soins de ville. Mais il faut qu'il soit suffisamment dynamique pour prendre en charge les réseaux et les projets des unions régionales des médecins libéraux.

M. le président. Le Gouvernement a présenté un amendement, n° 366, ainsi libellé :

« Après le premier alinéa du II de l'article 15, insérer les quatre alinéas suivants :

« 1° A. – Dans la deuxième phrase du I, après les mots : "Les professionnels de santé exerçant en ville", sont insérés les mots : "et les centres de santé".

« 1° B. – Le II est complété par une phrase ainsi rédigée :

« En outre, par l'octroi d'aides aux organismes concernés, il finance des actions concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville dans le cadre de centres de santé.

« 1^o C. – Dans le IV, après les mots : “exerçant en ville”, sont insérés les mots : “et des centres de santé”. »

La parole est à Mme la ministre.

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Le fonds d'aide à la qualité des soins de ville participe, on le sait, à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, au financement d'actions concourant notamment à l'amélioration des pratiques professionnelles et à la mise en place de formes coordonnées de prise en charge. Jusqu'à présent, seuls les professionnels libéraux de santé exerçant en ville ou des regroupements de ces mêmes professionnels pouvaient bénéficier des financements accordés par ce fonds. L'intégration des centres de santé au dispositif décliné par le fonds d'aide à la qualité des soins de ville contribuera à améliorer la qualité et la coordination des soins de ville.

Si vous le permettez, monsieur le président, je donnerai quelques éléments d'indication chiffrés complémentaires sur les efforts que nous consentons. En 2001 et 2002, compte tenu de nos décisions, que j'ai déjà rappelées, et de ce que je viens d'annoncer, c'est un total de 10,6 milliards de francs supplémentaires que nous aurons injecté pour l'hôpital. Je veux préciser en particulier à M. Bur que nous faisons un effort spécial pour lutter contre l'insécurité, non seulement dans les hôpitaux, puisque nous avons déjà décidé d'une enveloppe de 100 millions de francs qui ont été versés, mais aussi auprès des professionnels libéraux. J'ai commandé un rapport à l'IGAS, qui le rendra à la fin du mois d'octobre.

Vous le voyez, nous avons prévu un dispositif pour améliorer tant la situation à l'hôpital – 10,6 milliards de francs supplémentaires en deux ans – que celle des professionnels libéraux, auxquels nous attachons également une grande importance.

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

M. Claude Evin, rapporteur. La commission est d'autant plus favorable à l'amendement n° 366 du Gouvernement qu'elle avait déposé le même. Mais le sien s'étant heurté, comme elle s'y attendait d'ailleurs, à la censure de l'article 40, nous nous félicitons que le Gouvernement l'ait repris. Il vise à faire bénéficier les professionnels qui interviennent dans les centres de santé du fonds d'amélioration de la qualité des soins de ville.

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

Mme Muguette Jacquaint. Les amendements n°s 366 et 367 concernent le fonds d'aide à la qualité des soins de ville, alimenté financièrement par les régimes d'assurance maladie et dont le montant est fixé à 500 millions de francs. Ce dispositif présente plusieurs lacunes. Les centres de santé, notamment, ne pouvaient pas solliciter ces fonds. Je suis satisfaite, car ils vont désormais pouvoir en bénéficier. Depuis plusieurs années, différents supports législatifs ont d'ailleurs permis des avancées pour la reconnaissance du statut des centres de santé, mais quelques obstacles, qui entravaient encore leur fonctionnement, devaient être levés.

Toutefois, il sera nécessaire de rendre opérationnel cet élargissement dès la ratification de la loi. De même, l'amendement n° 367 offre la possibilité aux centres de santé de bénéficier des aides pour l'informatisation liée à la carte SESAM. C'est un pas supplémentaire pour l'équipement et la modernisation de ces établissements.

Ces amendements, M. le rapporteur l'a rappelé, avaient été adoptés par la commission et sont repris par le Gouvernement. Ils visent à permettre un équilibre entre les différentes organisations d'offres de soins. C'est pourquoi nous voterons les amendements n°s 366 et 367.

M. le président. Nous examinons pour l'instant l'amendement n° 366.

La parole est à M. Yves Bur.

M. Yves Bur. Vous dites, madame la ministre, que ce fonds permettra de concourir aussi à l'amélioration de la sécurité des professionnels de santé quand ils se rendent au chevet des malades. J'imagine très mal que les professionnels, médecins, infirmières, qui doivent se rendre dans certains quartiers sensibles où, parfois, la police ne met plus les pieds, soient accompagnés de gardes ou de vigiles. Il ne faut surtout pas entrer dans ce jeu, ce serait aller au-devant des difficultés que rencontrent les sapeurs-pompiers, qui doivent parfois attendre l'arrivée d'un escadron de gendarmerie ou de police pour intervenir sur un incendie dans un quartier difficile.

M. Claude Evin, rapporteur. Il ne s'agit pas de cela !

M. Yves Bur. C'est une réalité, monsieur le rapporteur. Ça arrive régulièrement.

Je souhaite effectivement que la sécurité des urgences soit garantie et que les réflexions menées pour assurer les urgences en liaison entre l'hôpital et la médecine de ville permettent d'apporter des réponses. Mais il n'y aura pas de sécurité tant que l'Etat ne remplira pas sa mission régalienne, tant qu'il ne permettra pas aux autres acteurs de la vie sociale d'accomplir leur travail dans des conditions ordinaires.

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

M. Pierre Morange. Il paraît évident, à entendre les différents orateurs, que la multiplicité des fonds rend leur lecture assez malaisée. Ce manque de lisibilité a été dénoncé de part et d'autre de l'hémicycle ; j'ai même entendu des propos fort critiques sur les bancs opposés au mien, ce qui ne fait que traduire le caractère relativement désuni d'une majorité dite plurielle.

Par ailleurs, on voit bien qu'il y a une inégalité de traitement entre le secteur public et le secteur privé, dans le domaine hospitalier comme sur le plan des soins ambulatoires. On nous dit que ce fonds sera notamment chargé d'assurer la sécurité des personnels de santé exerçant leur mission de service public au titre sanitaire. N'est-ce pas une atteinte au principe d'égalité devant la loi ? Mon collègue Bur a bien raison de dire que le premier des devoirs de l'Etat est d'assurer la sécurité des biens et des personnes. Que l'on propose un dispositif plus adapté pour les professionnels de santé me semble justifié, comme pour tous les services de secours et d'incendie. On a parlé de cabinets médicaux protégés. Pourquoi pas des véhicules blindés ? On peut imaginer toutes les procédures, tous les matériels sécurisés du monde. Ce qu'il faut, c'est garantir la sécurité pour toutes les populations qui vivent dans ces quartiers difficiles, dans ces zones de non-droit. Mais on peut regretter que l'enveloppe financière pour ce faire soit prise à l'assurance maladie. Ne devrait-elle pas plutôt être prise sur le budget du ministère de l'intérieur ?

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 366.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 15, modifié par l'amendement n° 366.

(L'article 15, ainsi modifié, est adopté.)

Après l'article 15

M. le président. Le Gouvernement a présenté un amendement, n° 367, ainsi libellé :

« Après l'article 15, insérer l'article suivant :

« L'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« 6° Les conditions dans lesquelles les organismes d'assurance maladie participent à des actions d'accompagnement de l'informatisation des centres de santé, notamment en ce qui concerne le programme appelé SESAM-Vitale. Les centres s'engagent dans ce cadre à réaliser un taux significatif de télétransmission de documents nécessaires au remboursement des actes ou des prestations qu'ils dispensent.

« 7° Les objectifs et les modalités d'organisation de la formation professionnelle conventionnelle des différentes catégories de personnels médicaux et paramédicaux exerçant dans les centres de santé. La convention fixe le montant de la dotation annuelle des caisses nationales d'assurance maladie signataires assurant le financement de ces formations. »

La parole est à Mme la ministre.

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Cet amendement me paraît aller dans le sens que préconisait tout à l'heure Mme Jacquaint, puisqu'il prévoit des mesures permettant aux centres de santé, d'une part, d'adapter leur outil informatique au développement du programme SESAM-Vitale, et, d'autre part, d'assurer la formation professionnelle des personnels médicaux et paramédicaux qui y exercent leur activité. Il offre la possibilité aux cocontractants, dans le cadre de l'accord national prévu au code de la sécurité sociale, de prévoir le niveau de la dotation annuelle des caisses nationales au financement d'actions de formation.

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

M. Claude Evin, rapporteur. La commission avait déposé un amendement inspiré par les mêmes préoccupations et qui visait, d'une part, à permettre d'allouer aux centres de santé des aides à l'informatisation et, d'autre part, à faire bénéficier les personnels des centres de santé des mécanismes de formation professionnelle.

Je voudrais simplement, si vous en êtes d'accord, monsieur le président, proposer une correction à l'amendement du Gouvernement. Le programme SESAM-Vitale n'est pas inscrit comme tel dans le code de la sécurité sociale et il conviendrait de ne pas le nommer dans ce projet de loi.

Je propose donc la rédaction suivante pour la première phrase du 6° : « les conditions dans lesquelles les organismes d'assurance maladie participent à des actions d'accompagnement de l'informatisation des centres de santé, notamment en ce qui concerne la transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge ». Le nom SESAM-Vitale peut très bien évoluer à l'avenir.

M. le président. Madame la ministre, le Gouvernement accepte-t-il cette rectification ?

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Oui.

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

M. Yves Bur. Je ne vois aucun inconvénient à ce que les centres de santé puissent accéder aux nouvelles technologies, tant elles font maintenant partie intégrante de

l'exercice des professionnels de santé. Mais je voudrais appeler votre attention, madame la ministre, sur le fait que, si la carte SESAM-Vitale connaît un succès grandissant, il reste beaucoup trop de professions de santé où elle est totalement absente. Il serait souhaitable que vous manifestiez le même enthousiasme pour aider toutes les professions de santé, et que vous fassiez, pour les infirmières et les chirurgiens-dentistes chez qui le taux d'équipement est encore dérisoire, ce que vous avez fait pour les médecins. Cela permettrait à la carte SESAM-Vitale et à la transmission électronique des feuilles de soins de soulager la sécurité sociale qui n'en peut plus de tous ces dossiers en souffrance.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 367, compte tenu de la rectification proposée par M. Claude Evin.

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

M. le président. Le Gouvernement a présenté un amendement, n° 369 rectifié, ainsi libellé :

« Après l'article 15, insérer l'article suivant :

« I. – Après le premier alinéa de l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale sont insérés les six alinéas ainsi rédigés :

« Le bénéfice de certaines prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1 peut être subordonné à l'accord préalable du service du contrôle médical. Cet accord préalable peut être exigé pour les prestations dont :

« La nécessité doit être appréciée au regard d'indications déterminées ou de conditions particulières d'ordre médical ;

« La justification, du fait de leur caractère innovant ou des risques encourus par le bénéficiaire, doit être préalablement vérifiée eu égard notamment à l'état du bénéficiaire et aux alternatives thérapeutiques possibles ;

« Le caractère particulièrement coûteux doit faire l'objet d'un suivi particulier afin d'en évaluer l'impact sur les dépenses de l'assurance maladie.

« Il est précisé lors de l'admission au remboursement des prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1 que leur bénéfice est, le cas échéant, subordonné à l'accord préalable mentionné ci-dessus.

« Les conditions d'application des alinéas précédents sont fixées par décret. »

« II. – Dans la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale, les mots : "des dispositions particulières qui subordonnent le bénéfice de certaines prestations à l'accord préalable de l'organisme de prise en charge" sont remplacés par les mots : "des dispositions des deuxième à cinquième alinéas" ».

« III. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur à la date de publication du décret prévu à l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale. »

La parole est à Mme la ministre.

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. L'amendement définit le champ de l'entente préalable qui relevait jusqu'à présent du pouvoir réglementaire. La formalité préalable représente une contrainte lourde pour les assurés et les professionnels de santé. Il est proposé de définir le champ de l'entente préalable et de la recentrer sur les prestations.

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

M. Claude Evin, *rapporteur*. La commission avait adopté un amendement similaire ayant pour but d'alléger les procédures d'entente préalable et de renvoyer à l'appréciation des caisses de sécurité sociale, dans des conditions qui seront précisées par décret, les mécanismes d'entente préalable. La commission est donc tout à fait favorable à l'adoption de cet amendement.

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

M. Yves Bur. Je profite de cet amendement pour rap-
peler les difficultés que rencontrent actuellement les
chirurgiens-dentistes. On a modifié par décret la pratique
des ententes préalables en précisant que le silence gardé
plus de quinze jours vaut acceptation pour le contrôle
dentaire. Cette modification crée des difficultés et risque
d'avoir des conséquences juridiques.

Par ailleurs, comme l'a souligné le rapport Yahiel, il
serait important de supprimer les conditions administra-
tives archaïques qui empêchent les Français de recourir
plus facilement à certains artifices prothétiques. J'espère
en tout cas que le décret sera modifié rapidement et qu'il
nous apportera toutes les précisions utiles. Pour l'heure,
les professionnels dentaires et le contrôle médical dentaire
se heurtent à de sérieuses difficultés introduites par le
nouveau décret et les responsables du contrôle dentaire
sont tout à fait favorables à la simplification.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement
n° 369 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

Article 16

M. le président. Art. 16. – I. – La section 2 du cha-
pitre IV du titre VII du livre I^{er} du code de la sécurité
sociale est ainsi rédigée :

« Section 2

« Dépenses afférentes aux soins dispensés dans les unités ou centres de long séjour

« Art. L. 174-5. – Dans les unités ou centres de soins
de longue durée mentionnés au 2^o de l'article L. 6111-2
du code de la santé publique, le montant des dépenses affé-
rentes aux soins est fixé par le directeur de l'agence
régionale de l'hospitalisation après avis du président du
conseil général.

« Les dépenses afférentes aux soins dispensés aux assu-
rés sociaux et aux bénéficiaires de l'aide sociale dans les
unités ou centres de long séjour, mentionnés au 2^o de
l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, sont
prises en charge suivant des modalités fixées par voie
réglementaire, soit par les régimes d'assurance maladie,
soit par l'aide médicale de l'Etat. Le montant annuel de
ces dépenses prises en charge par l'assurance maladie est
inclus dans le montant total annuel défini à
l'article L. 174-1-1 du présent code.

« Art. L. 174-6. – Les sommes dues au titre des
dépenses prises en charge par les organismes d'assurance
maladie dans les unités ou centres de soins de longue
durée mentionnés au 2^o de l'article L. 6111-2 du code de
la santé publique sont versées à l'établissement ou au ser-
vice, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assu-
rance maladie, par la caisse primaire d'assurance maladie
dans la circonscription de laquelle est implanté l'unité ou
le centre de soins de longue durée. Toutefois, par

convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par
une caisse relevant d'un autre régime, lorsque dans une
unité ou un centre le nombre de ses ressortissants est le
plus élevé.

« Les sommes versées aux unités et centres de soins de
longue durée pour le compte des différents régimes sont
réparties après accord entre tous les régimes ayant une
organisation propre. A défaut d'accord entre les régimes,
un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe
cette répartition.

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités
d'application du présent article. »

« II. – L'article 5 de la loi n° 2001-647 du 20 juil-
let 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autono-
mie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée
d'autonomie est ainsi modifié :

« 1^o Le 1^o est ainsi rédigé :

« 1^o Un forfait global de soins fixé par l'autorité
compétente de l'Etat, égal à la somme des forfaits de
soins attribués en 2001, revalorisé chaque année dans la
limite d'un taux d'évolution arrêté par les ministres char-
gés de la sécurité sociale, des personnes âgées et du bud-
get en fonction de l'objectif national de dépenses d'assu-
rances maladie voté par le Parlement, et destiné à
financer l'augmentation des dépenses résultant exclusive-
ment de la mise en place de mesures générales portant
sur les salaires, les statuts ou le temps de travail des per-
sonnels pris en charge par l'assurance maladie ; ces taux
peuvent être modulés, le cas échéant, selon les catégories
d'établissements ; »

« 2^o Au 3^o, après les mots : "des tarifs journaliers affé-
rents à l'hébergement", sont ajoutés les mots : "fixés par
le président du conseil général, dans les établissements
habilités à l'aide sociale". »

« III. – Au deuxième alinéa du I de l'article L. 232-8
du code de l'action sociale et des familles, les mots :
"ainsi qu'au deuxième alinéa de l'article L. 232-4" sont
remplacés par les mots : "ainsi qu'au troisième alinéa de
l'article L. 232-4". »

Sur cet article, plusieurs orateurs sont inscrits.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Nous changeons encore de sujet,
avec cet article intéressant qui concerne la réforme de la
tarification pour les personnes hospitalisées ou hébergées
en soins de longue durée ou de long séjour. Vous savez
très bien, madame la ministre, que les personnes âgées ne
choisissent pas toujours leur lieu d'hébergement. Souvent,
c'est l'opportunité ou la place – il en manque encore trop
– qui font qu'elles se trouvent soit en foyer logement,
soit en maison de retraite, soit en long séjour. Il est donc
important de prévoir la prise en charge des soins de
longue durée.

J'ai bien compris que vous maintenez le niveau des
dépenses de 2001 qui seront, chaque année, revalorisées
du taux de l'ONDAM. Vous n'augmentez donc pas les
moyens de la prise en charge des soins médicaux. Or le
coût du séjour de ces personnes, en général très dépen-
dantes, dans les services de longue durée est extrêmement
important. Elles ont besoin à la fois de personnels formés
et de nombreux médicaments.

Je profite de cette occasion pour rappeler combien sont
difficiles l'application de la réforme de la tarification et la
mise en place de l'aide personnalisée à l'autonomie. Pour
simplifier, la réforme de la tarification tend à prendre en
compte trois forfaits : un pour l'hébergement, un pour la
dépendance et un pour les soins. Des décrets parus

l'année dernière ont aussitôt été contestés, puis réécrits. De nouveaux décrets sont sortis. La réforme s'avère toutefois très difficile à mettre en place rapidement. En effet, une convention tripartite est prévue. Pour que la convention tripartite soit acceptée et validée, une équipe technique – comprenant en général des représentants de la DDASS, du conseil général et de l'assurance maladie – doit se déplacer dans chaque établissement pour étudier son budget.

Pour ma part, j'avais préconisé, il y a déjà un certain nombre d'années, de faire davantage confiance aux établissements, à leurs directeurs, de fixer un taux maximal d'augmentation pour leur budget plutôt que contrôler les dépenses de chaque établissement, au kilo de riz près – je choisis cet exemple un peu provocant pour bien me faire comprendre. Il faut faire confiance aux gestionnaires de l'établissement, plutôt que d'examiner de manière pointilleuse chaque ligne budgétaire de chaque établissement.

Cette convention tripartite est difficile à mettre en place et les études difficiles à réaliser. Des problèmes se posent donc pour les établissements qui n'auront pas pu être pris en charge.

Mon département compte 160 établissements. La première visite de la commission technique – qui n'était pas rodée, il faut le reconnaître – a duré cinq jours. Combien de temps lui faudra-t-il pour inspecter tous les établissements ?

Ma question est simple : peut-on appliquer la réforme de la tarification sans attendre que tous les établissements aient été visités par cette commission ?

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

M. Yves Bur. Les unités de soins de long séjour occuperont une place de plus en plus importante dans le dispositif d'accueil des personnes âgées dépendantes. On ne se rend plus aujourd'hui, comme dans le passé, dans une maison de retraite, mais on ne se résout à quitter son domicile que parce que la dépendance devient impossible à gérer pour soi-même et surtout pour l'entourage.

La mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie permettra, je l'espère, d'améliorer la prise en charge des personnes âgées très dépendantes. Mais les moyens supplémentaires doivent notamment permettre de soulager la charge de travail des assistantes sociales hospitalières, des aides soignantes et des infirmières, dont le dévouement est exemplaire, mais qui souffrent, elles aussi, d'un manque d'effectifs, inconvénient qu'accroît l'augmentation du nombre des personnes dépendantes.

La réduction du temps de travail sera également très difficile à appliquer dans les établissements en raison de la pénurie de personnels. Il faudra donc particulièrement veiller à ce que les maisons de retraite et les unités de soins de long séjour ne deviennent pas les parents pauvres de la réduction du temps de travail. Il faudra veiller à ce qu'elles soient traitées équitablement et qu'elles bénéficient, elles aussi, de personnels supplémentaires.

J'appelle enfin votre attention, madame la secrétaire d'Etat, sur la nécessité de conduire une réflexion approfondie sur tout ce qui a trait à l'accompagnement à la mort, qui est bien évidemment omniprésent dans ces établissements. Nous devons réfléchir aux moyens qu'il convient de leur donner pour qu'ils puissent assurer une mort digne à nos aînés qui y séjournent, qui y passent leurs derniers jours, et aussi pour qu'ils puissent accorder aux personnels le soutien spécifique qui est indispensable pour remplir la fonction d'accompagnement des per-

sonnes âgées. Il y a, dans l'accompagnement à la mort, un champ encore laissé en friches. Des efforts importants restent donc encore à réaliser dans ce domaine.

M. le président. L'amendement n° 121 de M. Goulard n'est pas défendu.

M. Evin, rapporteur, a présenté un amendement, n° 71, ainsi libellé :

« Rédiger ainsi le III de l'article 16 :

« III. – L'article L. 232-8 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

« 1^o Dans le deuxième alinéa de cet article, après la référence : "L. 132-2", sont supprimés les mots : "ainsi qu'au deuxième alinéa de l'article L. 232-4".

« 2^o Après le troisième alinéa de cet article, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« De même, ne sont pas pris en compte, pour le calcul des ressources de l'intéressé, les concours financiers apportés par les enfants pour les prises en charge nécessitées par la perte d'autonomie de leurs parents, ainsi que certaines prestations sociales à objet sérialisé dont la liste est fixée par voie réglementaire. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Claude Evin, rapporteur. Il s'agit d'un amendement de clarification rédactionnelle.

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'Etat aux personnes âgées, pour donner l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 71.

Mme Paulette Guinchard-Kunstler, secrétaire d'Etat aux personnes âgées. Monsieur le président, je vais en profiter pour répondre aussi aux intervenants sur l'article.

Monsieur Bur, il faut comprendre que, avec la réforme de la tarification, nous sommes entrés dans le cadre d'un dispositif complètement différent. Il est vrai que nous avons l'habitude de parler de longs séjours, de moyens séjours, de maisons de retraite, alors que, dans le nouveau dispositif, toutes les structures d'hébergement de personnes âgées sont financées selon les mêmes modalités.

Vous avez raison de rappeler que les structures d'hébergement des personnes âgées sont, la plupart du temps, dans une situation de sous-effectifs, avec des personnels insuffisamment formés. C'est bien tout l'enjeu de la réforme de la tarification : il s'agit de faire en sorte que, à côté de l'allocation personnalisée d'autonomie, tous les établissements et structures d'accueil pour personnes âgées puissent enfin profiter de la prise en charge par l'assurance maladie. Ce sont 6 milliards de francs qui seront alloués en cinq ans, dont 1,2 milliard pour cette année et 1,2 milliard pour 2002.

La réforme de la tarification permettra de répondre aux questions que vous vous posez, parce que, à côté de la mise en place du volet comptable opérant une distinction entre ce qui dépend des soins, de la dépendance et de l'hébergement, il y a la mise en place d'une démarche de qualité...

M. Yves Bur. C'est une démarche fondamentale.

Mme la secrétaire d'Etat aux personnes âgées. ... par laquelle les départements, l'Etat et les établissements prendront en charge un véritable projet de vie s'attachant aussi bien à la problématique des soins palliatifs, qu'à celle de l'accompagnement de fin de vie.

C'est surtout cet aspect des choses qu'il faut voir, plutôt que la logique comptable, monsieur Prél.

C'est un véritable changement pour les services de l'Etat, pour les établissements et pour les conseils généraux, qui auront dorénavant la responsabilité d'examiner les projets de l'ensemble des structures.

Ce changement est accompagné par un investissement réel de l'Etat : plus de 80 postes supplémentaires ont été affectés à l'ensemble des DDASS pour leur permettre d'accompagner la mise en place de ce dispositif.

En tout cas, Mme Guigou et moi-même constatons, à travers le tour de France que nous effectuons, une véritable mobilisation des conseils généraux, des structures d'accueil, des établissements et des DDASS.

Pour la première fois, grâce à la réforme de la tarification et au plan de financement supplémentaire, un dispositif de qualité est mis en place avec les moyens financiers nécessaires pour l'accompagner.

Quant à l'amendement, il n'est pas que rédactionnel. En effet, il tend à garantir un traitement égalitaire dans l'attribution de l'APA, que la personne qui en bénéficie reste à son domicile ou qu'elle soit accueillie en établissement. Il est important de le signaler. Je suis donc favorable à l'amendement.

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

M. Yves Bur. Madame la secrétaire d'Etat, je crois que nous sommes à la veille de la mise en œuvre d'une démarche un peu révolutionnaire dans les établissements, et j'espère qu'elle ira dans le sens d'une meilleure prise en charge de la personne âgée, comme nous l'avons tous souhaité ici.

Mais comme toute révolution ou réforme approfondie, cela crée beaucoup d'incertitudes et d'inquiétudes. L'UNIOPS, par exemple, s'inquiète de ce que le régime transitoire va imposer aux établissements qui n'ont pas encore conclu de convention tripartite. Apparemment, il n'y aurait plus de procédure contradictoire avant la fixation des tarifs. Est-il bien établi que la réforme ne s'appliquera pas exclusivement aux tarifs d'hébergement, mais aussi aux tarifs de soins ? Il est nécessaire d'apporter des assurances sur ce point.

De même, il est important de préciser ce qu'il en est du gel de la participation de l'assurance maladie au cas où la convention tripartite n'est pas signée. Nous savons bien que la signature d'une telle convention exigera du temps, peut-être plus que ce que nous avons imaginé.

En tout cas, il faut que les moyens mis à la disposition par l'assurance maladie progressent non par rapport au niveau qui était le leur en 2001, mais en fonction de l'évolution de la dépendance des personnes âgées et de l'aggravation des situations. Je souhaiterais que vous nous apportiez quelques précisions sur ce point, madame la secrétaire d'Etat, et surtout que vous rassuriez les établissements pour qui l'adoption de la convention tripartite n'est peut-être pas possible pour des raisons matérielles, les DDASS et les conseils généraux ne disposant peut-être pas du temps suffisant pour mettre en œuvre ce dispositif aussi rapidement que nous l'aurions souhaité.

M. le président. La parole est à M. Maxime Gremetz.

M. Maxime Gremetz. Deux interrogations.

Premièrement, on dit qu'il s'agit d'un amendement de clarification rédactionnelle. Or il nous complique un peu la vie. En effet, son troisième alinéa, qui fait référence, pour apprécier les ressources de l'intéressé, aux « concours financiers apportés par les enfants » me semble laisser supposer qu'il y a encore une obligation d'assistance des descendants, alors que, si ma mémoire est bonne, celle-ci

a été supprimée. Donc, soit je me suis trompé, soit j'ai rêvé. En tout cas, la rédaction proposée par l'amendement laisse supposer que l'on revient en arrière, mais ma mémoire est peut-être défaillante.

Deuxièmement, madame la secrétaire d'Etat, j'en profite pour vous interroger sur les problèmes que pose la mise en place de l'APA, notamment au regard de la diminution du nombre des heures d'aide ménagère, que vous appelez aide à domicile. Vous nous aviez promis de nous fournir des précisions sur ce point car certains estimaient que la mise en place de l'APA allait remettre en cause le nombre des heures d'aide à domicile, en particulier par rapport à la CRAM. Vous aviez dit qu'il serait sans doute nécessaire d'adresser une lettre au préfet pour que l'articulation entre l'APA et les heures d'aide à domicile se fasse dans de bonnes conditions. Je vous avais d'ailleurs interrogée à ce sujet lors d'une réunion de la commission des affaires sociales. Où en est-on sur ce point ?

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'Etat.

Mme la secrétaire d'Etat aux personnes âgées. S'agissant des dispositifs de procédure budgétaire, monsieur Bur, ils figurent dans l'un des décrets qui sont actuellement examinés par le Conseil d'Etat.

En ce qui concerne la période transitoire, l'article 16 prévoit les modalités d'évolution des tarifs, qui sont d'ailleurs différentes de celles fixées par la loi portant création de l'APA.

Monsieur Gremetz, je vous rappelle que le texte relatif à l'APA prévoit qu'en dessous de 6 000 francs, les personnes concernées auront droit complètement à leur plan d'aide, alors qu'au-dessus, il faut tenir compte de leurs revenus, ce qui pose le problème des ressources prises en considération. Nous avons donc décidé d'exclure de celles-ci l'apport des enfants et l'ensemble des rentes pour ne retenir que les ressources réelles de la personne âgée. Il fallait que les conditions de ressources pour l'attribution de l'APA soient les mêmes, selon que la personne âgée souhaite rester à domicile ou veut se rendre dans un établissement.

Ça va complètement dans le sens que vous souhaitez.

M. Maxime Gremetz. Non, ça me paraît une contradiction !

Mme la secrétaire d'Etat aux personnes âgées. Non au contraire ! Jusqu'à présent les éléments entrant dans le calcul des ressources n'étaient pas exactement définis. Or, il nous a semblé important d'exclure du calcul des ressources l'apport des enfants.

Quant à la deuxième question, j'avoue que je ne l'ai pas très bien comprise. Aussi, je vous propose de vous rencontrer tout à l'heure, pour voir de quoi il s'agit.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 71. *(L'amendement est adopté.)*

M. le président. Je mets aux voix l'article 16, modifié par l'amendement n° 71.

(L'article 16, ainsi modifié, est adopté.)

Après l'article 16

M. le président. M. Rogemont et M. Néri ont présenté un amendement n° 15, deuxième rectification, ainsi rédigé :

« Après l'article 16, insérer l'article suivant :

« I. - 1° Les articles L. 132-8 et L. 132-9 du code de l'action sociale et des familles sont abrogés.

« 2^o La perte de recettes est compensée par une majoration à due concurrence de la dotation globale de fonctionnement pour les départements et par une majoration à due concurrence du taux de l'impôt sur la fortune pour l'Etat.

« II. - 1^o L'article L. 815-12 du code de la sécurité sociale est abrogé.

« 2^o La perte de recettes est compensée pour le fonds de solidarité vieillesse par une majoration à due concurrence du taux des prélèvements sociaux prévus aux articles L. 245-14 et L. 245-15 du code de la sécurité sociale et pour le fonds spécial d'invalidité par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

« III. - A la fin de l'article L. 132-12 du code de l'action sociale et des familles, les références "L. 132-5, L. 132-8 et L. 132-9" sont remplacées par la référence "et L. 132-5". ».

La parole est à M. Alfred Recours, pour soutenir cet amendement.

M. Alfred Recours. Madame la secrétaire d'Etat, peut-être ne me suis-je pas encore assez projeté dans le futur de l'APA et de la tarification, mais je crois que l'amendement de Marcel Rogemont et Alain Néri soulève un véritable problème de justice et d'équité.

Vous vous souvenez sûrement que lorsque a été créée l'APA, un certain nombre de parlementaires, dont je faisais partie, n'étaient pas favorables à l'exonération des recours sur succession.

Mme la secrétaire d'Etat aux personnes âgées. Tout à fait !

M. Alfred Recours. Pour ma part, j'étais favorable à l'instauration d'un million de francs, au-delà duquel le recours sur succession aurait pu s'opérer.

Néanmoins, au nom d'une certaine conception de l'universalité, si je puis dire, de notre dispositif d'accompagnement de la dépendance, vous avez obtenu, madame la secrétaire d'Etat, qu'il n'y ait pas de recours sur succession dans le cadre de l'APA, quels que soient les revenus et le patrimoine...

M. Denis Jacquat. Une excellente initiative !

M. Alfred Recours. ... sachant que l'attribution de la prestation tient tout de même compte des revenus et des ressources.

Le problème qui se pose maintenant, c'est qu'on va trouver dans les mêmes établissements des personnes qui touchent l'APA et d'autres qui bénéficient de l'aide sociale départementale. Or, dans le cas de ces dernières, qui sont souvent parmi les plus pauvres, les plus défavorisées et avec des patrimoines minuscules, le recours sur succession sera maintenu. Mais peut-être, je vous l'ai dit, ne me suis-je pas encore assez projeté dans le futur de la tarification et de l'APA.

Si vous m'assurez, madame la secrétaire d'Etat, que, dans le cadre des dispositions qui ont déjà été adoptées, il n'y aura plus de recours sur succession pour les bénéficiaires de l'aide sociale départementale, alors l'amendement, qui a été adopté par la commission, n'aura plus d'objet. Mais, pour l'heure, nous n'en sommes pas convaincus. C'est pourquoi je vous repose la question : *quid* du recours sur succession dans le cas des personnes bénéficiant de l'aide sociale départementale et qui ont donc des revenus infiniment moins élevés que certaines personnes touchant l'APA ?

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

M. Claude Evin, rapporteur. Comme l'a indiqué M. Recours, la commission a accepté cet amendement. Je précise toutefois qu'il ne concerne pas uniquement les allocataires de l'aide sociale départementale mais vise aussi, par le biais de l'article L. 815-12 du code de la sécurité sociale, les bénéficiaires du minimum vieillesse.

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

Mme la secrétaire d'Etat aux personnes âgées. Nous avons déjà eu ce débat, et de façon approfondie, dans le cadre de l'examen de la loi portant création de l'allocation personnalisée d'autonomie.

M. Denis Jacquat. C'est exact !

Mme la secrétaire d'Etat aux personnes âgées. Je souhaite que l'on comprenne bien le choix qui a été opéré à ce moment-là par l'Assemblée nationale à propos du recours sur succession.

Actuellement, il existe dans le code, pour des raisons de solidarité familiale, une obligation alimentaire vis-à-vis de ses enfants et vis-à-vis de ses parents. Tout ce qui touche à l'hébergement et à la vie quotidienne doit rester, me semble-t-il, dans le cadre de la récupération et de la solidarité familiale.

Il nous a semblé normal, et nous en avons débattu ici même, qu'il n'y ait pas de recours sur succession pour ce qui concerne la partie relative à la dépendance. Mais il en est autrement pour tout ce qui touche aux capacités de vie, si je puis dire : vie quotidienne, fonds de solidarité vieillesse, aide sociale à l'hébergement. Et les tarifs hôteliers des structures d'hébergement relèvent bien de cette catégorie ; elles ne relèvent pas de la dépendance.

M. Alfred Recours. Le recours sur succession ne concerne donc que les pauvres !

Mme la secrétaire d'Etat aux personnes âgées. Nous nous plaçons dans la logique qui est au cœur de notre organisation française, où la famille prend en charge les frais de subsistance du père, de l'enfant, de la mère.

Il ne faut pas mélanger la prise en charge de la dépendance et la prise en charge de l'obligation alimentaire, ainsi que je l'ai déjà dit lors du débat sur l'allocation personnalisée d'autonomie.

Reconnaissons cependant que les dispositifs ne sont pas les mêmes pour tous : pour certains, il y a un recours sur succession uniquement sur les petits-enfants, pour d'autres ce recours est directement exercé sur les enfants, pour d'autres encore, ce sont les sommes qui diffèrent.

Le travail que Mme Royal vient d'engager sur la rénovation de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées de 1975 sera peut-être l'occasion de mettre à plat l'ensemble des dispositifs. Il me semble souhaitable que nous réalisions un travail d'harmonisation de l'ensemble de ceux-ci.

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

Mme la secrétaire d'Etat aux personnes âgées. Je vous demande donc, monsieur Recours, de bien vouloir retirer l'amendement.

M. le président. La parole est à M. Denis Jacquat.

M. Denis Jacquat. En tant que rapporteur de la commission des affaires culturelles pour l'assurance vieillesse, j'indique que, si l'amendement n'était pas adopté

bien qu'il l'ait été en commission, nous courrions le risque de nous heurter à l'incompréhension des familles, qui se demanderont pourquoi, en cas de perte d'autonomie, donc de dépendance, le recours sur succession aura été supprimé alors qu'il aura été maintenu pour tout ce qui touche à la partie hôtellerie.

J'ai très bien compris ce que vous avez dit, madame la secrétaire d'Etat. Mais nous aurons des problèmes avec les familles, qui nous questionneront sans arrêt.

Si, par malheur, l'amendement n'était pas adopté aujourd'hui, il serait bon qu'il soit de nouveau examiné ultérieurement.

M. le président. La parole est à M. Alfred Recours.

M. Alfred Recours. Madame la secrétaire d'Etat, j'ai bien saisi votre argumentation, que je connaissais pour l'avoir déjà entendue.

Si j'ai bien compris, vous nous proposez, dans une logique d'harmonisation, de réengager le débat et d'introduire une disposition équivalant à celle que prévoit l'amendement que j'ai défendu dans la loi de rénovation de la loi de 1975. Est-ce bien cela ? Si votre réponse est oui, je retire l'amendement. Si votre réponse est non, je le maintiens.

M. Denis Jacquat. C'est du chantage ! (*Sourires.*)

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'Etat.

Mme la secrétaire d'Etat aux personnes âgées. Une remise à plat est nécessaire. Pour le moment, ce travail n'a pas été fait. Nous devons voir comment ce point pourra être introduit dans le cadre de la loi de rénovation.

Monsieur Jacquat, ayez à l'esprit ce que j'ai dit tout à l'heure : les 6 milliards de francs consacrés par l'assurance maladie dans l'ensemble des structures d'hébergement permettront de réduire de façon non négligeable le tarif de l'hébergement, qui pèse actuellement sur les familles.

Nous ne sommes pas encore tout à fait à même de réaliser le travail de mise à plat. Mais faisons-le d'abord, puis voyons comment le point dont vous avez parlé peut être introduit dans le cadre de la loi de rénovation.

M. Alfred Recours. Vous proposez donc de l'introduire dans le cadre de la loi de rénovation ?

Mme la secrétaire d'Etat aux personnes âgées. Exactement.

M. le président. Monsieur Recours, retirez-vous l'amendement en discussion ?

M. Alfred Recours. Oui, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 15, deuxième rectification, est retiré.

Mme Catala a présenté un amendement, n° 310, ainsi libellé :

« Après l'article 16, insérer l'article suivant :

« Le chapitre III du titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles est complété par un article L. 313-13 *bis* ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-13 bis.* - Les accords collectifs conclus dans le cadre d'une convention collective nationale ou d'une convention de branche applicable aux salariés des établissements ou services à caractère social ou sanitaire à but non lucratif mentionnés au premier alinéa obéissent à un taux annuel d'évolution de dépenses de personnel. Ce taux est fixé par

arrêté interministériel après avis de la Commission nationale d'agrément. Ce taux annuel de progression des salaires des personnels sera établi à périmètre constant, selon le principe de parité en net entre secteur public et secteur privé.

« Chaque année, il sera procédé à une évaluation pouvant conduire à des ajustements sur l'exercice suivant, pour prendre en compte soit les conséquences financières d'éventuelles négociations intervenues en cours d'exercice dans la fonction publique, soit les décisions prises par les partenaires sociaux de reporter les effets financiers d'accords sur un exercice suivant. »

Cet amendement est-il défendu ?

M. Pierre Morange. Oui, monsieur le président.

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

M. Claude Evin, rapporteur. Défavorable.

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

Mme la secrétaire d'Etat aux personnes âgées. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 310.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

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

« Après l'article 16, insérer l'article suivant :

« I. - Les personnes séjournant en maison d'accueil pour personnes âgées dépendantes (MAPAD) bénéficient d'un crédit de charges sociales équivalant à 12 % de leurs frais de séjour.

« II. - La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts. »

La parole est à M. Pierre Morange.

M. Pierre Morange. Cet amendement vise, dans un souci d'équité, à accorder un avantage équivalant à l'exonération de charges totale et non plafonnée dont bénéficient les personnes âgées dépendantes aidées à domicile ou placées en foyer-logement, aux personnes séjournant dans des MAPAD.

Les cotisations patronales de sécurité sociale à exonérer représentent 23,5 % des salaires toutes charges comprises, lesquels constituent le plus souvent 50 % du prix de journée en MAPAD. Le crédit de charges sociales à instituer doit correspondre à 12 % environ du prix de journée.

Dans la pratique, ce crédit de charges représenterait donc, pour des personnes âgées dépendantes, une réduction de 12 % du prix de journée.

Sur un plan plus général, nous sommes confrontés, et cela a été reconnu sur tous les bancs de cet hémicycle, à un phénomène de vieillissement de la population française, lequel va se traduire par une explosion des besoins.

Il est certain que nous ne pourrions répondre à l'ensemble de ces besoins uniquement avec les services de soins à domicile, qui ont pour vocation de maintenir le plus longtemps possible dans leurs logements l'ensemble de nos concitoyens. Mais à partir d'un certain seuil de dépendance, il faudra les accueillir dans des structures plus lourdes, telles que les MAPAD.

Différents éléments ont été évoqués à l'instant par Mme la secrétaire d'Etat et divers orateurs. Je relèverai quant à moi le sous-financement de l'APA eu égard à l'explosion des besoins, ou sa mise en œuvre au travers du PSI et la réforme de la tarification.

On peut donc légitimement s'interroger sur notre capacité de répondre à ces besoins explosifs dans la perspective du maintien de la prise en charge de l'autonomie.

Quant aux effectifs, des problèmes se posent, notamment pour ce qui concerne les infirmières libérales et les auxiliaires de vie, dont le nombre est notoirement sous-dimensionné. Quant au nombre des écoles, il n'est pas non plus suffisant.

On considère que 4 000 auxiliaires de vie seraient nécessaires pour répondre aux besoins de maintien à domicile.

Une « virtualisation » des besoins s'impose.

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

M. Claude Evin, rapporteur. La commission n'a pas examiné l'amendement. Si elle l'avait fait, son avis n'aurait pas été favorable.

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

Mme la secrétaire d'Etat aux personnes âgées. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 246.

(L'amendement n'est pas adopté.)

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

2

ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

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

Suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, n° 3307 ;

MM. Alfred Recours, Claude Evin, Denis Jacquat et Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteurs au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales. (Tomes I à V du rapport n° 3345) ;

M. Jérôme Cahuzac, rapporteur pour avis au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan (avis n° 3319).

La séance est levée.

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

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

ANNEXE AU PROCÈS-VERBAL de la 2^e séance du jeudi 25 octobre 2001

SCRUTIN (n° 360)

sur l'amendement n° 276 de Mme Fraysse tendant à supprimer l'article 17 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière).

Nombre de votants	31
Nombre de suffrages exprimés	31
Majorité absolue	16

Pour l'adoption	10
Contre	21

L'Assemblée nationale n'a pas adopté.

ANALYSE DU SCRUTIN

Groupe socialiste (250) :

Contre : 21 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

Non-votant : M. Raymond **Forni** (président de l'Assemblée nationale).

Groupe R.P.R. (136) :

Pour : 2 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

Groupe U.D.F. (68) :

Pour : 3 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

Groupe Démocratie libérale et Indépendants (42).

Groupe communiste (35) :

Pour : 5 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

Non-votant : M. Jacques **Brunhes** (membre du Gouvernement).

Groupe Radical, Citoyen et Vert (30) :

Non-votant : Mme Marie-Hélène **Aubert** (président de séance).

Non-inscrits (4).