

JOURNAL OFFICIEL

DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

9^e Législature

SECONDE SESSION ORDINAIRE DE 1991-1992

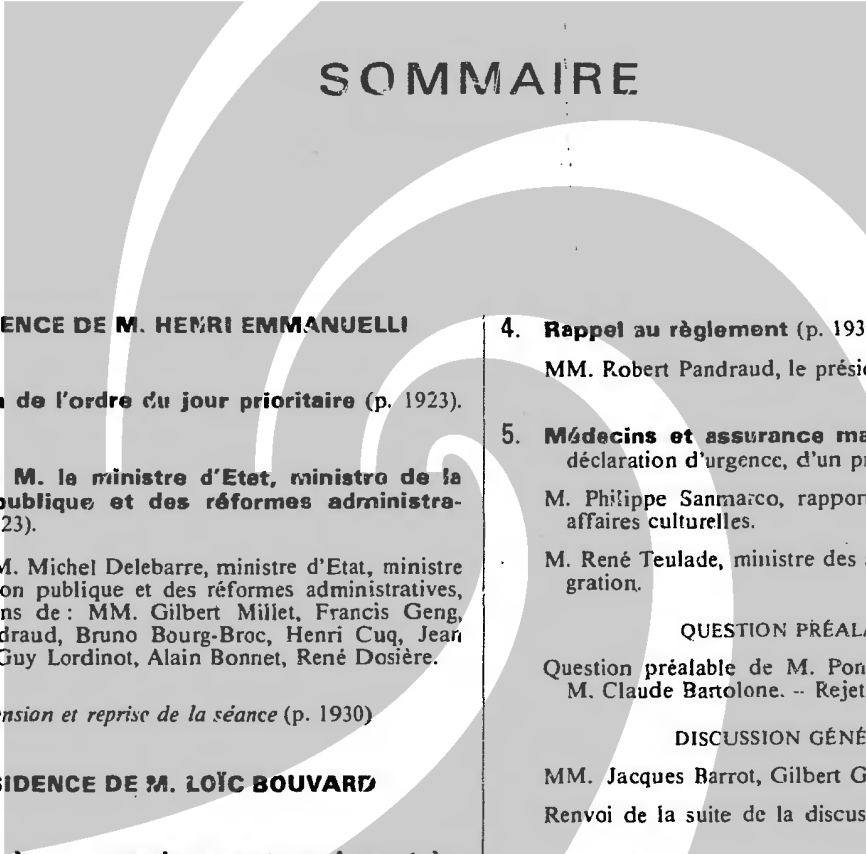
(57^e SÉANCE)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

1^{re} séance du jeudi 4 juin 1992

www.luratech.com





SOMMAIRE

PRÉSIDENCE DE M. HENRI EMMANUELLI

1. **Modification de l'ordre du jour prioritaire** (p. 1923).
2. **Questions à M. le ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives** (p. 1923).

Réponses de M. Michel Delebarre, ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives, aux questions de : MM. Gilbert Millet, Francis Geng, Robert Pandraud, Bruno Bourg-Broc, Henri Cuq, Jean Le Garrec, Guy Lordinot, Alain Bonnet, René Dosière.

Suspension et reprise de la séance (p. 1930)

PRÉSIDENCE DE M. LOÏC BOUVARD

3. **Nomination à un organisme extraparlémentaire** (p. 1930).

4. **Rappel au règlement** (p. 1930).

MM. Robert Pandraud, le président.

5. **Médecins et assurance maladie.** - Discussion, après déclaration d'urgence, d'un projet de loi (p. 1930).

M. Philippe Sanmarco, rapporteur de la commission des affaires culturelles.

M. René Teulade, ministre des affaires sociales et de l'intégration.

QUESTION PRÉALABLE (p. 1938)

Question préalable de M. Pons : Mme Elisabeth Hubert, M. Claude Bartolone. - Rejet par scrutin.

DISCUSSION GÉNÉRALE (p. 1948)

MM. Jacques Barrot, Gilbert Gantier.

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

6. **Ordre du jour** (p. 1951).

LuraTech

www.luratech.com

COMPTES RENDUS INTÉGRALS

PRÉSIDENCE DE M. HENRI EMMANUELLI

La séance est ouverte à quinze heures.

M. le président. La séance est ouverte.

1

MODIFICATION
DE L'ORDRE DU JOUR PRIORITAIRE

M. le président. J'ai reçu de M. le secrétaire d'Etat aux relations avec le Parlement la lettre suivante :

« Paris, le 4 juin 1992

« Monsieur le président,

« J'ai l'honneur de vous faire connaître qu'en application de l'article 48 de la Constitution, le Gouvernement fixe comme suit l'ordre du jour prioritaire de l'Assemblée nationale :

« Mercredi 10 juin, à quinze heures, après les questions au Gouvernement, et vingt et une heures trente :

« - Suite du projet relatif au revenu minimum d'insertion et à la lutte contre le chômage d'exclusion.

« Jeudi 11 juin, à quinze heures, après les questions à M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration, et vingt et une heures trente :

« - Projet, adopté par le Sénat, sur la responsabilité du fait des vols dans les établissements de santé.

« - Projet sur la sécurité des produits. »

L'ordre du jour prioritaire est ainsi modifié.

2

QUESTIONS À M. LE MINISTRE D'ÉTAT,
MINISTRE DE LA FONCTION PUBLIQUE ET
DES RÉFORMES ADMINISTRATIVES

M. le président. L'ordre du jour appelle les questions à M. Michel Delebarre, ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives.

Nous commençons par les questions du groupe communiste.

La parole est à M. Gilbert Millet.

M. Gilbert Millet. Monsieur le ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives, depuis plusieurs semaines les travailleurs de l'arsenal de Cherbourg luttent contre le plan de restructuration de la défense. Or le directeur de l'arsenal a décidé l'application de l'article 89 de la loi du 3 juillet 1987, sinistrement connu sous le nom d'amendement Lamassoure, qui remet en cause, pour des milliers de fonctionnaires et de salariés du secteur public, le droit de grève et le calcul de la retenue en fonction du temps de grève effectué.

Ne pensez-vous pas, monsieur le ministre, vous qui, en 1987, avec le groupe socialiste, mêliez vos voix à celles des députés communistes pour dénoncer la manœuvre Lamassoure, qu'il y a urgence à ce que vous proposiez la suppression de cet article 89 de la loi du 3 juillet 1987 et le rétablissement de l'article 2 de la loi du 19 octobre 1982 sur le droit de grève dans la fonction publique ?

Les députés communistes sont prêts à approuver une telle mesure et, comme des millions de fonctionnaires, ils attendent votre réponse.

M. le président. La parole est à M. le ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives.

M. Michel Delebarre, ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives. Monsieur le député, dans les nécessaires opérations de restructuration qui sont en cours, que ce soit dans les arsenaux ou dans d'autres secteurs, comme dans les opérations de déconcentration de certaines activités de la fonction publique de l'Etat...

M. René André. C'est dramatique pour Cherbourg !

M. le ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives. ... se posent en effet des problèmes relatifs à l'application des droits syndicaux et des droits des personnels concernés.

Le texte auquel vous avez fait allusion est toujours en vigueur. C'est celui qui s'applique à l'heure actuelle. J'ai pris l'engagement devant les organisations syndicales de la fonction publique, quand je les ai reçues lors de ma prise de fonction, de mettre en place un groupe de travail chargé d'examiner de quelle manière il était possible de faire évoluer les droits des personnels et les droits syndicaux dans le contexte d'une organisation très déconcentrée de la fonction publique française.

En cette matière, un certain nombre d'évolutions doivent être acceptées. C'est cette orientation que j'ai l'intention de faire prévaloir dans les prochains mois ; je ne sais pas si elle permettra de répondre de façon concrète à votre problème, mais je souhaite ouvrir le débat.

M. le président. La parole est à M. Gilbert Millet, pour poser une seconde question.

M. Gilbert Millet. Ma seconde question concerne l'application du traité de Maastricht.

Celui-ci introduit une notion nouvelle, celle de la subsidiarité, qui est censée définir les limites entre les compétences relevant de l'Union européenne et celles relevant des Etats membres. En vertu de ce principe, qui fait de l'Etat un Etat subsidiaire englobé dans l'Europe, la répartition des compétences entre les différents niveaux institutionnels consistera à confier à chaque échelon les tâches qu'il sera le plus à même d'assurer. Et il est bien entendu que c'est l'échelon communautaire qui décidera en dernier ressort de ses propres compétences.

Cette mécanique d'abandon de souveraineté nationale aura des conséquences directes et fondamentales sur les services publics français et sur leurs personnels. Avez-vous, monsieur le ministre, évalué quelles seront ces conséquences ? Quelles mesures entendez-vous prendre pour que les intérêts des fonctionnaires, leurs garanties collectives et statutaires soient respectées ?

M. le président. La parole est à M. le ministre d'Etat.

M. le ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives. Monsieur le député, ce n'est pas le traité de Maastricht qui remettra en cause la fonction publique française.

Deux des évolutions très importantes de ces dernières années conduiront à préciser la définition du rôle de l'Etat. La décentralisation comme la construction européenne exigent que l'Etat précise clairement son rôle et assume l'intégralité de ses responsabilités.

Vous avez parlé d'abandon de compétences. Nous avons une vision différente : pour nous, accepter de construire ensemble l'Europe ne constitue pas un abandon de compétences.

Mais il est vrai que l'évolution du contexte européen nous oblige à prendre en considération cette dimension dans l'évolution d'un certain nombre d'activités. C'est le cas notamment des activités douanières où des redéploiements doivent être effectués, et c'est ce à quoi s'emploie mon collègue Michel Charasse.

S'agissant de la formation même de nos fonctionnaires, il y a de nouveaux éléments à prendre en considération. C'est la raison pour laquelle, depuis maintenant quelques années - et cette évolution s'est accentuée ces derniers mois - un certain nombre d'écoles formant la haute fonction publique française dispensent un enseignement prenant en compte la dimension européenne, c'est-à-dire portant sur la construction européenne, sur l'ensemble des décisions et des processus de décision européens.

Je ne vis donc pas la construction européenne comme la remise en cause de nos responsabilités nationales. Il faut savoir prendre en compte cette dimension européenne, tant en ce qui concerne la formation de nos personnels que la défense des intérêts de la France.

M. Alain Bonnet. Très bien !

M. le président. Nous passons aux questions du groupe de l'Union du centre.

La parole est à M. Francis Geng.

M. Francis Geng. Monsieur le ministre, le rapport du sénateur Maurice Blin sur la fonction publique ne semble pas avoir reçu tout l'intérêt qu'il mérite.

Le malaise de l'administration est connu de longue date. Une enquête récente faite auprès d'un échantillon de quatre-vingts administrateurs civils représentatifs du corps révèle que près de 30 p. 100 d'entre eux envisagent de quitter la fonction publique. Ce souhait est d'autant plus fréquent qu'on s'élève dans la hiérarchie.

Les meilleurs remèdes consisteraient à réduire la multiplicité des grades qui entrave et alourdit le fonctionnement et l'action des services centraux, à accroître les échanges de ces derniers avec les services extérieurs, à rendre à la promotion interne toute sa place et à restaurer la pyramide des traitements qui, primes comprises, s'est affaissée.

Que comptez-vous faire, monsieur le ministre d'Etat, pour redresser cette situation ?

M. le président. La parole est à M. le ministre d'Etat.

M. le ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives. Monsieur le député, dans son rapport, le sénateur Blin souligne un premier élément que nous constatons depuis quelques années et qui est en partie dû à ce phénomène de société qui veut que, pour un jeune qui souhaite faire une carrière, l'entreprise privée est censée constituer un meilleur challenge personnel que le service de l'Etat ou la fonction publique.

Le rapport met en évidence un deuxième élément : l'effort entrepris au sein même de la fonction publique de l'Etat pour resserrer l'éventail des salaires - et, depuis quelques années, la revalorisation des rémunérations les plus faibles de la fonction publique est indéniable - a eu des conséquences certaines.

Selon le sénateur Blin, un troisième élément est à prendre en considération : la nécessaire réaffirmation de l'intérêt d'un certain nombre de postes de responsabilité dans la fonction publique. Tout le travail effectué par mon prédécesseur, M. Soisson, dans le contexte de la charte de la déconcentration, a entre autres pour objectif de permettre la revalorisation d'un certain nombre de postes dans la fonction publique.

Votre remarque à propos de la nécessité de revoir les responsabilités respectives de l'échelon central et des échelons territoriaux déconcentrés va dans le bon sens. Si nous poursuivons le mouvement visant à déconcentrer réellement les responsabilités, certains hauts fonctionnaires n'hésiteront pas à rejoindre les régions pour assumer ces responsabilités.

Telle est l'entreprise à laquelle je me suis attaché. Si nous ne menons pas dans les prochains mois et les prochaines années une politique réelle de revalorisation de la haute fonction publique, il ne faudra pas s'étonner que, dans un

certain nombre de cas, et ce en dépit de l'intérêt des postes offerts, des jeunes sortant des écoles qui préparent à la fonction publique choisissent d'autres carrières.

Ce chantier est ouvert. J'ai entamé le dialogue avec les organisations syndicales et les responsables des différentes écoles ; il doit se poursuivre pas à pas.

En tout cas, il est certain que ces mesures de revalorisation sont nécessaires. Je n'oublie pas que l'intérêt du travail et le niveau de responsabilité confié aux hauts fonctionnaires constituent des éléments essentiels de l'attractivité de leur fonction.

M. le président. La parole est à M. Francis Geng.

M. Francis Geng. Ma seconde question s'inscrit dans le droit-fil de la première, monsieur le ministre.

Pouvez-vous dresser un tableau récapitulatif de la répartition des effectifs entre la fonction publique de l'Etat et celle des services déconcentrés pour la période d'avant 1992 et maintenant ? Il me semble en effet que, dix ans après la décentralisation, l'administration centrale n'a pas réussi à réduire de façon significative le nombre de ses effectifs alors que, dans le même temps, elle se déchargeait, conformément d'ailleurs auxdites lois, de nombreuses attributions et compétences sur les collectivités locales et les services décentralisés. Ces derniers n'ont pourtant pas bénéficié de cet apport de personnels dont ils ont un besoin impératif.

J'ajoute que, compte tenu des économies réalisées grâce à cette déconcentration des personnels, le budget de l'Etat y gagnerait grandement.

Que comptez-vous faire, monsieur le ministre, pour remédier à cette situation et pour aboutir à une plus grande efficacité à un moindre coût ?

M. le président. La parole est à M. le ministre d'Etat.

M. le ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives. Monsieur Geng, cela peut paraître étonnant, mais nous constatons à l'heure actuelle une stabilité globale du pourcentage des effectifs en administration centrale : ils représentent moins de 2 p. 100 des fonctionnaires, dont le nombre total est de 2,6 millions.

Certes, il y a une baisse légère du nombre des fonctionnaires de l'administration centrale, mais il y a aussi une baisse légère de celui des fonctionnaires des services extérieurs, en particulier en raison de la décentralisation et des transferts de compétences au profit des collectivités territoriales.

Le ministre de la fonction publique et des réformes administratives que je suis ne peut pas être satisfait de cette stabilité. En effet, l'objectif auquel nous devons tous nous attacher, et en particulier le Gouvernement puisque c'est de sa responsabilité, c'est d'aller beaucoup plus loin dans la déconcentration et d'avoir une baisse des effectifs de l'administration centrale parallèlement à un renforcement de ceux des administrations déconcentrées.

La loi de février 1992 relative à l'administration territoriale a lancé le mouvement et fixé les orientations de cette déconcentration ; la charte de la déconcentration - qui fera prochainement l'objet d'un décret - en a défini les modalités d'application. Eh bien, maintenant, il faut s'atteler à cette tâche.

J'ai bien l'intention d'accroître l'effort de gestion interministérielle des effectifs déconcentrés aux niveaux départemental et régional. Il faut plus de souplesse et plus de fluidité dans ce domaine afin de répondre aux besoins. Il convient de transférer des postes budgétaires - ainsi, quand un poste est fermé en administration centrale, il peut très bien être ouvert en administration déconcentrée - et, le cas échéant, des effectifs. Je pense en particulier aux postes de responsabilité.

Nous devons aussi avoir présent à l'esprit le souci de l'aménagement du territoire. Dans une France où l'Etat assume toutes ses responsabilités et qui devient de plus en plus un pays décentralisé, les représentants de l'Etat doivent, par la déconcentration, être à même d'établir le dialogue nécessaire pour prendre les décisions qui s'imposent dans l'actuel contexte.

C'est la raison pour laquelle nous conduisons à l'heure actuelle un certain nombre de réformes en matière de gestion des services et du personnel. Ainsi, plus de 500 projets de service, élaborés dans les services extérieurs de l'Etat, instau-

rent de nouvelles formes d'organisation et 123 centres de responsabilité fonctionnent dans l'administration d'Etat déconcentrée.

J'ai en outre demandé que l'on dresse un bilan des actions de déconcentration car, pour aller plus loin, notamment dans les discussions avec les organisations syndicales, il faut aussi savoir fixer les limites éventuelles à une gestion déconcentrée.

Il s'agit là, croyez-moi, d'une orientation qui va dans le sens du renouveau et de la modernisation des services publics et de la fonction publique.

M. le président. Nous passons aux questions du groupe du RPR, qui bénéficiera également du temps imparti à l'UDF.

M. René Dosièr. Est-ce une absorption ? (Sourires.)

M. le ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives. Ou une fusion ?

M. Pierre Mazoud. Il y a des fusions par absorption, monsieur le ministre d'Etat !

M. le président. Il s'agit juste d'un échange. Le groupe du RPR disposera donc de vingt-quatre minutes.

La parole est à M. Robert Pandraud.

M. Robert Pandraud. Monsieur le ministre d'Etat, je vous poserai deux questions.

La première concernera la manière dont vous vous proposez de gérer l'héritage qui vous a été laissé par le précédent gouvernement, au moins dans deux domaines.

Quelques semaines avant son départ du quai de Bercy, M. Bérégovoy, alors ministre de l'économie et des finances, avait décidé, et nous ne pouvons que l'en féliciter, d'intégrer une partie de la prime de technicité des personnels de son ministère dans le calcul des pensions de retraite. Généraliserez-vous l'octroi de cet avantage à toutes les autres catégories de fonctionnaires, d'Etat ou territoriaux ? Il s'agit d'une vieille revendication qui, sur les bancs de cette assemblée, avait fait, à des moments divers de la vie politique, l'unanimité.

M. Bérégovoy nous a donné là un excellent précédent et nous espérons bien que vous obtiendrez de son successeur et du ministre du budget la généralisation de la disposition.

J'en viens à mon autre question.

Vous nous avez dit que vous maintiendriez les mesures de délocalisation. Je voudrais vous en parler, non pas sous l'angle de l'aménagement du territoire car nous aurons un débat là-dessus - la région Ile-de-France est en train de constituer un groupe de travail pour étudier les problèmes qui se posent à cet égard -, mais sous l'angle des conséquences sociales.

Compte tenu des troubles et des traumatismes divers que les délocalisations causent à de nombreux fonctionnaires de Paris, ne serait-il pas possible de constituer un pool, afin que les intéressés affectés dans tel ou tel service délocalisé puissent, en conservant les avantages acquis, rester en région parisienne par le biais, par exemple, d'un détachement dans des services locaux ?

Je ne sais si vous vous en rendez compte, mais votre prédécesseur était, je suis désolé de le dire, un vrai funambule de la politique qui n'a jamais pu comprendre les problèmes concrets qui étaient posés à certaines familles de fonctionnaires.

M. René Dosièr. Vous allez nous faire pleurer !

M. Robert Pandraud. Voilà, monsieur le ministre d'Etat, ce que j'entendais par « gestion de l'héritage ».

M. René Dosièr. Paris veut tout garder !

M. le président. La parole est à M. le ministre d'Etat.

M. le ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives. Monsieur le député, tout ministre prenant des fonctions a, en partie à gérer un héritage.

M. Eric Raoult. Certes ! Mais pas forcément celui d'un funambule !

M. le ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives. Il gère en partie un héritage...

M. Robert Pandraud. C'est bien pourquoi j'ai fait allusion aux conditions dans lesquelles vous alliez gérer celui qui vous a été transmis !

M. le ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives. J'avais bien compris ! Quoi qu'il en soit, je ne rougis pas de l'héritage de mon prédécesseur, M. Soisson, ni de celui de son propre prédécesseur, M. Durafour, non plus que de celui, plus ancien, de M. Le Garrec...

M. Jean Le Garrec. Ne remontez pas aussi loin ! (Sourires.)

M. Robert Pandraud. Je n'ai rien dit contre M. Le Garrec...

M. Jean Le Garrec. Merci !

M. Robert Pandraud. ... mais j'ai le droit d'avoir une opinion sur M. Soisson !

M. le ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives. Ce que j'ai dit vaut pour M. Le Garrec, M. Durafour, M. Soisson et tous les autres...

M. Alain Bonnet. Même combat !

M. le ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives. Revenons à vos deux questions, monsieur le député.

L'intégration de la prime de technicité dans le calcul des retraites est un très vieux débat, et vous devez le savoir compte tenu des responsabilités que vous avez eu à exercer. Sans remonter très loin dans l'histoire, je rappellerai que la question n'a pas été tranchée lorsque vous étiez, vous et vos amis, au pouvoir. Il est vrai que ce problème financier, nous le savons tous, est considérable et qu'il ne peut donc se régler très facilement.

Vous avez bien voulu relancer que M. Bérégovoy, alors qu'il était ministre de l'économie et des finances, avait commencé à trouver des éléments de solution pour une partie des personnels de l'administration qui lui avait été confiée. Si ces éléments pouvaient tracer la voie pour l'avenir, je ne pourrais, en tant que ministre de la fonction publique, que m'en féliciter. Quant à savoir quand la formule deviendra réalité, je ne suis pas en mesure de vous le préciser.

Il s'agit d'une revendication qui continuera d'être présentée par les organisations syndicales, nous le savons, et elle fait l'objet de débats très nourris.

J'en viens à la délocalisation, ou plutôt aux localisations en province d'un certain nombre d'activités. Vous n'avez pas voulu aborder ces sujets dans l'angle de l'aménagement du territoire. Elles en sont cependant des enjeux essentiels, ne l'oublions pas ! En effet, et vous l'avez reconnu d'ailleurs vous-même, les transferts de l'agglomération parisienne vers d'autres régions françaises et les transferts de Paris vers sa couronne sont des éléments importants de l'aménagement du territoire, y compris de celui de l'Ile-de-France.

M. Robert Pandraud. Ce n'est pas de cela que je voulais parler !

M. le ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives. Nous allons soumettre à la signature du Premier ministre un ensemble de textes portant sur les différentes mesures d'accompagnement social qui devront être prises en faveur des personnels concernés par une mesure de localisation en province. Il s'agit de mesures financières, de mesures destinées à faciliter l'insertion dans la région concernée. Elles seront transmises aux organisations syndicales de façon que leur mise en œuvre puisse être suivie.

Je partage tout à fait votre préoccupation, monsieur Pandraud, car je suis convaincu que, si une partie des personnels des organismes ou des services localisés en province accepte le transfert, une autre partie souhaite demeurer en région Ile-de-France. C'est la raison pour laquelle nous avons mis en place un service, que nous allons conforter, qui ressemblera à une bourse d'emploi. Ce service permettra à tout fonctionnaire d'un organisme localisé en province ne souhaitant pas quitter la région Ile-de-France de déposer une demande prioritaire d'affectation dans un autre service de l'Etat, une autre administration ou un autre organisme public. Ainsi, il pourra continuer de vivre là où il aura jusqu'alors vécu.

Pour faire fonctionner cette bourse d'emploi, mandat est donné à chaque ministère de l'alimenter, obligation nous étant faite d'œuvrer à la coordination sur le plan interministériel. Ainsi, on pourra offrir aux personnels concernés des alternatives en termes de poursuite de carrière leur permettant de demeurer dans la région Ile-de-France.

Les départs en province auront lieu sur la base du volontariat : ils ne résulteront pas de décisions de transfert obligatoire.

En contrepartie, nous devons gérer dans les régions d'accueil les offres d'emplois dans les services concernés afin de recruter les personnels indispensables à leur fonctionnement.

Votre préoccupation est donc à l'heure actuelle prise en compte. Je suis prêt à vérifier chaque année, organisme par organisme, la façon dont les choses se seront passées et je m'engage à donner au Parlement, notamment à ses commissions, les éléments d'information qu'il pourrait souhaiter.

M. Alain Bonnet et M. René Dozière. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Robert Pandraud.

M. Robert Pandraud. Je vous remercie de vos réponses, monsieur le ministre d'Etat. Mais vous conviendrez que celle que vous avez apportée à ma question sur l'intégration de la prime de technicité dans le calcul des pensions de retraite est une véritable incitation à la grève. Les fonctionnaires des diverses administrations sauront comment ils pourront obtenir satisfaction !

M. le ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives. Ils le savent déjà !

M. Robert Pandraud. Alors, qu'ils en profitent !

Nous constatons depuis plusieurs années une multiplication des contentieux relatifs à la gestion de la fonction publique. Du fait des lenteurs des juridictions administratives, ils sont jugés avec un très grand retard.

Je vais en donner un exemple, qui vous montrera que je prends mes responsabilités : un arrêté que j'avais signé en 1987 vient d'être annulé pour un vice de forme relativement limité.

Je sais très bien que tout finit par se régulariser - je pense notamment aux tableaux d'avancement et aux concours - par des cavaliers budgétaires que l'on présente à l'occasion de l'examen de différents textes de loi relatifs à la fonction publique.

Mais ne pensez-vous pas, monsieur le ministre d'Etat, qu'il serait utile, pour revenir enfin à un régime de droit, de prendre des dispositions tendant à la responsabilisation des services des personnels ?

Ne pourrait-on pas imaginer la création de ce qui pourrait ressembler à des conseils de prud'hommes pour la fonction publique afin que nous sortions de cette situation d'une grande complexité où n'importe quel fonctionnaire peut légitimement tenter un recours contre tous les actes de sa vie administrative, avoir des chances raisonnables de la voir aboutir et de fragiliser, par là même, de nombreuses situations ?

M. le président. La parole est à M. le ministre d'Etat.

M. le ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives. Monsieur le député, je ne puis qu'approuver vos remarques et vos suggestions.

Effectivement, compte tenu de son ampleur, la fonction publique génère un certain nombre de contentieux. C'est quasiment inévitable. Et elle en génère d'autant plus qu'elle a traditionnellement été gérée d'une façon très centralisée, ce qui fait que l'application des textes ne correspond pas tout à fait à ce qui avait été imaginé au niveau central.

Un certain nombre d'évolutions peuvent être possibles.

Le règlement des contentieux est long et cela est vécu très négativement par les personnels concernés.

M. Pierre Mazeaud. Particulièrement pour les concours !

M. le ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives. Ils doivent donc attendre plusieurs années pour avoir satisfaction ou, simplement, pour savoir d'une façon claire, s'ils sont ou non dans leur droit.

Quelques mesures très simples pourraient peut-être nous permettre de progresser.

D'abord, la lisibilité des textes élaborés en matière de gestion des personnels devrait être plus grande.

Nous avons entrepris, et nous allons l'élargir, un effort considérable de formation des responsables de la gestion des personnels dans les différentes administrations françaises.

Il est indispensable de consentir un effort en matière de gestion des ressources humaines. Je ne dis pas qu'aujourd'hui il n'existe pas de gens compétents dans ce domaine, mais je crois qu'il faut encore progresser.

Il convient ensuite de responsabiliser réellement les échelons déconcentrés pour ce qui est de la gestion des personnels, lorsque cela est possible. C'est d'ailleurs ce qui est entrepris dans le cadre des centres de responsabilités. La démarche n'est pas encore suffisamment étendue et nous devons encore faire progresser les choses.

Il importe enfin d'étudier l'évolution actuelle de la gestion du contentieux par le Conseil d'Etat. A ce sujet, monsieur le député, votre voisin, M. Mazeaud, est plus compétent que moi. (Sourires.) Qu'il s'agisse des tribunaux administratifs, des cours administratives d'appel ou du Conseil d'Etat, on peut sûrement faire en sorte que les problèmes soient traités plus près du terrain et le plus rapidement possible.

M. Alain Bonnet. Très bien !

M. le ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives. Je sais que le président Marceau Long a lui aussi la préoccupation de faire en sorte que les décisions interviennent dans le délai le plus bref rapidement possible.

Vous avez imaginé un dispositif qui serait calqué sur celui des prud'hommes. Je ne suis pas sûr que ce soit forcément la bonne orientation à suivre. Mais ce dont je suis sûr, et je l'ai dit en répondant à une autre question, c'est que nous devons réfléchir à l'application des droits des personnels dans les services déconcentrés. A l'heure actuelle, notre fonctionnement est extraordinairement centralisé, à un niveau ministériel et, parfois, interministériel.

Au moment où nous réalisons un effort considérable de déconcentration, quelle doit être la gestion du droit des personnes ?

J'ai proposé aux différentes organisations syndicales de conduire très rapidement une réflexion à ce sujet pour dégager les leçons à tirer de ce mouvement de déconcentration.

MM. Jean Le Garrec, Pierre Mazeaud et Robert Pandraud. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Bruno Bourg-Broc.

M. Bruno Bourg-Broc. Monsieur le ministre d'Etat, le 21 juin 1989, sous le magistère du prédécesseur de votre prédécesseur (Sourires), a été signé, à grand renfort de publicité, un accord-cadre sur la formation continue. En vertu de cet accord, chaque ministère devait progressivement consacrer une part de plus en plus importante à cette formation, part qui devait atteindre 2 p. 100 de la masse salariale brute en 1992.

Or, comme beaucoup d'entre nous sans doute, je rencontre tous les jours des fonctionnaires, dont un grand nombre n'a pas eu connaissance de l'existence de cette formation continue.

Alors que l'accord, conclu pour trois ans, s'achève, je voudrais vous demander ce que vous avez fait en ce domaine, et aussi ce que vous n'avez pas fait.

Une déconcentration de la formation était envisagée. Qu'en est-il donc, en dehors de l'exemple corse ?

L'accord devait toucher l'ensemble des ministères. Quels sont ceux qui ont été réellement touchés ?

Etant donné que nous sommes parvenus au terme de son application, qu'envisagez-vous pour l'avenir ?

M. le président. La parole est à M. le ministre d'Etat.

M. le ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives. Monsieur le député, vous avez raison de souligner l'importance de l'accord cadre du mois de juin 1989 sur la formation continue.

Il est normal que nous veillions à ce que, par la formation continue, les personnels puissent à la fois contribuer à la modernisation de la fonction publique, donc du service rendu aux usagers, et faire en sorte que leur propre carrière évolue et que leurs pratiques s'adaptent. Je pense notamment à l'introduction des nouvelles technologies dans la gestion d'un certain nombre de postes de la fonction publique.

Nous sommes en train d'établir le bilan de l'accord de juin 1989, en liaison avec les organisations syndicales. Tout à l'heure, après avoir quitté l'Assemblée, je participerai, avec l'ensemble de ces organisations, à un débat portant sur ce bilan, dont je vais me permettre de vous donner quelques éléments.

A partir de l'accord cadre, quatorze accords ont été signés dans les ministères et les établissements publics de l'Etat. On ne peut encore parler de généralisation mais l'effort est loin d'être négligeable. Nous avons examiné, ministère par ministère, ce que cela avait donné. A chaque fois, l'effort supplémentaire consenti a permis à la formation continue de progresser de façon significative. En 1992, 2 p. 100 de la masse salariale brute y ont été consacrés.

M. Bruno Bourg-Broc. Pas dans tous les ministères !

M. le ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives. Le chiffre que je viens de citer est global. Dans certains ministères, les 2 p. 100 n'ont pas été atteints alors que, dans d'autres, ils ont été dépassés. Je vous rappelle, pour faire une analogie, que, lorsqu'on calcule la masse salariale que les entreprises consacrent à la formation de leurs personnels, on fait aussi une moyenne.

Le souhait que je pourrais formuler pour ce qui concerne la fonction publique, c'est qu'aucun ministère ne fasse moins de 2 p. 100.

Au moment où nous sommes en train de faire un bilan et de discuter d'un nouvel accord pour les trois ans à venir, nous devons envisager une augmentation de l'effort moyen, donc de dépasser le chiffre de 2 p. 100.

Quant à la mise en œuvre de la formation continue, elle doit être de plus en plus déconcentrée. Elle l'est dans un certain nombre de ministères. Le ministère de l'équipement, par exemple, dont j'avais la responsabilité il y a quelques années, réalise 70 p. 100 de son effort de formation de manière déconcentrée.

Quant au ministère de la fonction publique, j'ai décidé que, pour 1992, 70 p. 100 des crédits consacrés à la formation continue seraient déconcentrés au niveau des préfets de région, afin de répondre aux besoins au plus près du terrain.

Notre bilan fait cependant apparaître des difficultés qu'il nous faut résoudre progressivement.

La première - la plus grande - résulte de l'absence, ou de l'insuffisance dans certains cas, de l'effort d'information. Trop de fonctionnaires ne savent pas qu'ils ont le droit de bénéficier de cet effort et qu'ils ont donc accès à des sessions, à des stages ou à d'autres moyens de formation. Nous devons réfléchir sur la façon de permettre à tous les membres de la fonction publique d'Etat d'avoir un accès très libre, très facile et très régulier à tous les dispositifs mis en place.

En outre, nous avons constaté des inégalités entre catégories de fonctionnaires et, de ce point de vue, je trouve qu'il y a de nombreuses analogies entre ce que l'on observe dans la fonction publique et les situations que l'on peut rencontrer dans les entreprises. En fait, la formation continue bénéficie essentiellement à ceux qui ont un niveau supérieur de formation initiale. En clair, ceux qui ont déjà le meilleur bagage sont souvent ceux qui accèdent le plus facilement à la formation continue. Pour parvenir à l'égalité d'accès à la formation continue, y compris dans la fonction publique d'Etat, nous avons donc un effort à faire. C'est vrai aussi du point de vue de la répartition des bénéficiaires selon le sexe, les femmes ayant plus de difficultés à y accéder en raison d'obligations ou de contraintes qu'elles rencontrent par ailleurs. Il y a enfin les inégalités liées à un facteur géographique, à la présence plus ou moins dense de la fonction publique.

Voilà trois des inégalités que je souhaite voir se réduire progressivement. Des discussions sont en cours avec les organisations syndicales. J'aurai vraisemblablement à négocier, fin juin, début juillet, un nouvel accord sur la formation continue. Bien entendu, j'en ferai part au Parlement. En tout cas, le bilan établi, je suis tout à fait prêt à le mettre à la disposition des députés qui souhaiteraient l'obtenir.

M. Bruno Bourg-Broc et M. Pierre Mazeaud. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Henri Cuq.

M. Henri Cuq. Monsieur le ministre d'Etat, le Gouvernement auquel vous appartenez peut-il laisser insulter ses policiers ?

La Fédération internationale des droits de l'homme, dans un rapport dont la presse s'est récemment fait l'écho et qui a été remis au ministère de l'intérieur, au Conseil de l'Europe et à l'ONU, dénonce la culture raciste de la police française et réclame que la France n'est pas, en conséquence, la patrie des droits de l'homme. Les contrôles d'identité et la garde à vue y sont péle-mêle dénoncés, en même temps que la passivité supposée des autorités et des supérieurs hiérarchiques.

Vous êtes en charge de tous les fonctionnaires de la République. Allez-vous, avec votre collègue, le ministre de l'intérieur, laisser insulter la police française sans réagir ? Allez-vous laisser accréditer l'idée que les 110 000 fonctionnaires de la police nationale, chargés dans ce pays de faire respecter les lois républicaines, sont racistes ?

Vous le savez, votre silence, comme celui du ministre de l'intérieur, serait considéré comme un désaveu insupportable pour tous les fonctionnaires de la police nationale. C'est pourquoi je souhaiterais avoir votre sentiment sur cette affaire. Cette question vous surprend peut-être, monsieur le ministre d'Etat, mais il se trouve que j'ai la chance de vous avoir « sous la main » (*Sourires*), en quelque sorte, et je ne voulais pas, profitant du temps qui nous a été laissé par le groupe UDF, laisser passer l'occasion de vous poser cette question. Je suis sûr d'ailleurs que vous y répondrez. (*Applaudissements sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République.*)

M. le président. La parole est à M. le ministre d'Etat.

M. le ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives. Monsieur le député, je dirai non pas que c'est un plaisir d'être « sous votre main », mais il y a au Parlement une formation continue qui permet d'acquiescer, sans qu'il soit besoin de subsides complémentaires, un excellent savoir-faire. (*Sourires.*)

Je salue celui qui vous conduit, étant entré dans l'hémicycle avec l'idée d'un rappel au règlement sur le problème que vous venez finalement d'évoquer, à l'intégrer dans les questions au ministre de la fonction publique et des réformes administratives. C'est au moins le témoignage d'un sens de l'opportunité qu'il convient de saluer ! (*Sourires.*)

Il est bien entendu, monsieur le ministre (*Sourires*),...

M. Henri Cuq. Monsieur le député !

M. René André. Ça viendra, monsieur Cuq, ça viendra !

M. Bruno Bourg-Broc. C'est de l'anticipation.

M. le ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives. Pardon monsieur le député. Je venais de parler de formation continue, et je songeais que celle-ci n'était pas forcément à son terme.

M. Henri Cuq. C'est pour l'année prochaine !

M. le ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives. J'estime avec un certain nombre de mes collègues avoir au minimum pour mandat de terminer ce siècle,...

M. Pierre Mazeaud. Au minimum !

M. le ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives. ... ce qui laisse encore à d'autres des perspectives !

Mais revenons-en à la question que vous avez évoquée, et qui revêt une grande importance. Bien entendu, je ne puis souscrire à l'allégation selon laquelle nos fonctionnaires de police seraient racistes.

Outre mes fonctions ministérielles, j'exerce, vous le savez, des responsabilités locales, et je suis donc, à ce double titre, souvent sur le terrain. Je connais donc bien la préoccupation de formation initiale et de formation continue des personnels de la fonction publique d'Etat, et je sais bien qu'ils doivent assurer la redoutable tâche d'assurer le respect de la sécurité publique et des garanties collectives.

Il n'est pas toujours simple pour eux d'être compris dans leurs interventions et ils doivent être présents sur les terrains les plus difficiles. Oui, les fonctionnaires de police ont la redoutable tâche d'accomplir un service public à la fois de prévention et de répression. Cette action n'est pas toujours perçue, pas toujours comprise, et quelquefois sa mise en œuvre est source de problèmes. La meilleure manière de contribuer à la valoriser, c'est de donner ou de rendre à la fonction publique d'Etat toute sa raison d'être : le service de l'Etat et de la nation,...

M. Alain Bonnet. Très bien !

M. le ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives. ... en représentant et en faisant respecter les valeurs républicaines et démocratiques.

M. Jean Le Garrec. Très bien !

M. le ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives. C'est la meilleure façon pour elle d'être acceptée, reconnue par l'ensemble de la population.

C'est dans cet esprit que mon collègue Quilès a pris récemment plusieurs mesures en matière de sécurité de proximité, de manière à ce que les interventions de la police soient mieux adaptées - du moins je le souhaite - aux contraintes du terrain et à favoriser une plus grande compréhension à leur égard.

Voilà comment, en ma qualité de ministre de la fonction publique, je vois cette responsabilité éminente des fonctionnaires.

Je tiens encore à évoquer deux éléments. Pour m'être occupé des quartiers en difficulté, je sais le rôle que jouent les services de sécurité. Je sais aussi les retombées très positives de l'ilotage. L'autre élément que je veux relever me permet de saluer le travail réalisé par les fonctions publiques, celle d'Etat, celle des collectivités territoriales et la fonction publique hospitalière. Monsieur le député, imaginez une ville relativement importante, à deux heures du matin. Une personne est en difficulté. Qui trouve-t-elle pour être accueillie et écoutée ? La fonction publique, le service public et des fonctionnaires.

M. Jean Le Garrec. Très bien !

M. le ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives. Je tiens à rendre hommage à ces agents et à saluer la manière dont ils font leur travail. *(Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste. - « Très bien ! » sur plusieurs bancs du groupe du Rassemblement pour la République.)*

M. le président. Pour le groupe socialiste, la parole est à M. Jean Le Garrec.

M. Jean Le Garrec. Monsieur le ministre d'Etat, puisque, et je m'en félicite, vous êtes là pour très longtemps, *(Sourires)...*

M. Bernard Pons. Vous rêvez !...

M. Jean Le Garrec. ... je vais vous parler de l'avenir et non pas de l'héritage.

Depuis plusieurs années, et indépendamment des changements de gouvernement, le seul problème véritable de la fonction publique concerne sa modernisation, son adaptation à l'évolution de ses missions, à une demande sociale différente et à une révolution des outils techniques de gestion. Cette adaptation ne peut se faire qu'avec l'adhésion des agents eux-mêmes, - et il faut se soucier de leur motivation - et de l'ensemble de la hiérarchie. C'est une condition fondamentale pour qu'une telle politique aboutisse. Or, ces derniers temps, des accords contractuels très importants ont été négociés, portant sur la politique salariale, sur la formation continue - M. Bourg-Broc vient d'en parler - et sur la transformation de l'évolution de la grille des classifications. Dans l'esprit des gouvernements qui les ont négociés, ces accords répondaient à la demande sociale des agents eux-mêmes, à leur motivation, à cet effort d'adaptation et de modernisation.

Monsieur le ministre d'Etat, vous avez rencontré les organisations syndicales, vous avez étudié les dossiers. Mes questions sont simples.

Quel bilan pouvez-vous faire de ces accords ? Où en sommes-nous ? Quelles perspectives pouvez-vous dégager pour les mois à venir ? Quel appui et quel essor supplémentaire donnez-vous à la politique contractuelle ?

M. le président. La parole est à M. le ministre d'Etat.

M. le ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives. Monsieur le député, le champ de réflexion qu'ouvre votre intervention sur la politique contractuelle dans la fonction publique mériterait en réponse un vaste développement.

Vous le savez, je ne suis pas à l'origine de cette politique contractuelle, accompagnée d'un certain nombre d'accords qui ont été signés par une partie des organisations syndicales. Je souhaiterais d'ailleurs pouvoir y associer les autres.

M. Jean Le Garrec. C'est très important !

M. le ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives. J'ai donc la volonté de mener jusqu'à leur terme ces accords et d'en signer d'autres, si cela est possible.

Vous n'aviez pas agi autrement lorsque vous étiez au Gouvernement. Je me souviens, en particulier, de l'accord salarial de 1985 qui avait été un des pas importants en matière de politique contractuelle dans la fonction publique.

Je ne reviendrai pas dans le détail sur l'accord relatif à la formation continue dans la fonction publique. Je l'ai évoqué en répondant à M. Bourg-Broc. Je voudrais simplement indiquer que cet accord, qui concerne un peu plus de 2 p. 100 de la masse salariale brute, a pu, en 1990 et 1991, bénéficier à 1 850 000 fonctionnaires. C'est vrai que les accords dans la fonction publique ont un champ d'application considérable.

Je dois donc m'attacher à la mise en œuvre et au bon déroulement des accords qui ont été signés par mes prédécesseurs. Je pense, par exemple, à l'accord Durafor sur la grille des rémunérations ; il est tout à fait essentiel, et nous allons poursuivre sa mise en œuvre. A ce sujet, nous rencontrons les organisations syndicales fin juin ou début juillet. Il s'agit de moderniser les classifications et les rémunérations dans la fonction publique. Je n'entre pas dans le détail. L'essentiel a été fait pour les catégories C et D ; nous avons à « boucler » le dispositif pour la catégorie B et à entreprendre ce travail - ce qui est également prévu dans l'accord Durafor - pour la catégorie A. Cette question a été l'un des champs de discussion lors de mes premiers entretiens avec les organisations syndicales.

En ce qui concerne ce que j'allais appeler la gestion de l'héritage de M. Soisson - je tiens toujours compte de mes prédécesseurs - j'ai à veiller à la mise en œuvre d'un accord tout aussi important, l'accord salarial du 12 novembre 1991 qui garantit une augmentation des salaires de 6,5 p. 100 jusqu'au début de l'année 1993. Cela me permet de rappeler que nous avons à conduire encore deux étapes de revalorisation des rémunérations dans la fonction publique : celle du 1^{er} octobre 1992 - plus 1,4 p. 100 - et celle du 1^{er} février 1993 - plus 1,8 p. 100. Une clause de rendez-vous est d'ailleurs prévue ; il est pris pour janvier 1993. Je m'attacherai d'abord à mettre en œuvre ces différents accords : formation continue, grille, accord salarial.

Mais nous entrevoyons déjà un certain nombre de domaines dans lesquels nous pourrions contribuer à faire avancer les choses, à propos, notamment, des dispositifs relatifs à l'hygiène, à la sécurité et aux conditions de travail. Ce sont là des éléments essentiels auxquels les organisations syndicales et les personnels attachent, à juste titre, beaucoup d'importance, dans une fonction publique qui évolue, qui se modernise et qui accorde une place grandissante aux nouvelles technologies. Nous avons commencé à envisager un accord sur ce terrain. J'aurai à en reparler avec les organisations syndicales au début de l'été et vraisemblablement dans le courant de l'automne. Je souhaiterais pouvoir parvenir à un accord cadre, puis conclure des accords successifs car tout ne pourra pas être traité en un jour.

Par ailleurs, en ce qui concerne la mise en œuvre des droits des personnels dans la fonction publique, en particulier dans le contexte de la déconcentration, je souhaite que nous parvenions également à faire avancer les choses. C'est un autre dossier que j'aimerais bien faire progresser. Il peut y en avoir d'autres. Je répondrai présent aux sollicitations des organisations syndicales. Dans la fonction publique plus qu'ailleurs, je souhaite que la politique contractuelle soit la base de l'évolution. *(Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.)*

M. le président. La parole est à M. le maire de Saint-Marie. *(Sourires.)*

M. Guy Lordinot. Merci, monsieur le président.

Monsieur le ministre, en réponse à la question de notre collègue Cuq, tout à l'heure, vous avez parlé de la formation continue. Je souhaite insister sur le fait que, dans le cadre de

cette formation continue, il convient d'indiquer très fermement à l'ensemble des fonctionnaires de police que le « délit de sale gueule » n'existe pas.

Mais ma question a un autre objet. La décentralisation représente un acquis majeur de la dernière décennie. Elle s'accompagne cependant d'un relatif effacement du rôle de l'Etat. Depuis trois ans, le Gouvernement s'est engagé dans une politique de renouveau du service public et de déconcentration qui constitue un complément indispensable à la décentralisation. Cette politique prétend, et je m'en félicite, associer les usagers à différents niveaux. Pouvez-vous nous dire, monsieur le ministre d'Etat, où elle en est au plan national ?

M. le président. La parole est à M. le ministre d'Etat.

M. le ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives. Monsieur le député, je souscris tout à fait, vous l'imaginez aisément, à l'idée d'évolution dans l'organisation de notre pays vers la décentralisation et la déconcentration. Sur l'effacement relatif du rôle de l'Etat, en revanche, je regretterais que cette image s'impose à l'ensemble de nos concitoyens. Je le répète, dans une France qui est sollicitée par la construction européenne et qui a choisi depuis 1981 de fonctionner d'une manière plus décentralisée, je suis de ceux qui sont convaincus qu'il convient de réaffirmer, tout en le précisant, le rôle de l'Etat. Que celui-ci s'efface, et disparaîtraient des éléments de justice et d'égalité. Nous ne pouvons pas l'accepter.

L'association des usagers est nécessaire pour aboutir à une rénovation, à une modernisation du fonctionnement du service public. La charte des services publics, proposée par Jean-Pierre Soisson en mars 1992 au Gouvernement, dans une communication au conseil des ministres, a précisément pour objectif de placer l'usager au centre des préoccupations des services publics.

Soyons clairs : il existe déjà beaucoup d'initiatives dans ce domaine : par exemple, au sein de l'éducation nationale et des services postaux.

Mais nous devons aller plus loin. Je note par exemple que c'est à la fin de cette année 1992 que la représentation des locataires aux conseils d'administration des sociétés de HLM sera clairement assurée. A la demande du Premier ministre, nous allons tenir, avant la fin du mois de juin un séminaire gouvernemental sur le renouveau du service public. A cette occasion, il sera demandé à chaque ministre de conduire cette démarche de modernisation dans leurs services afin, notamment, qu'une attention plus grande soit apportée aux usagers dans les administrations concernées. J'entends par « usagers » à la fois ceux qui représentent les usagers d'un service public, mais aussi les représentants de collectivités territoriales, d'associations ou de syndicats. Soyez donc sûr de notre volonté d'accentuer cet effort d'association des usagers à la mise en œuvre et au suivi de l'action des différents services publics.

La charte des services publics prévue par le Gouvernement fera l'objet d'un compte rendu annuel sous forme d'un rapport du Premier ministre accompagné de l'avis du Conseil d'Etat ainsi que de l'avis du Conseil économique et social. Il sera transmis au Parlement. Il pourrait répertorier la totalité des mesures mises en œuvre pour associer les usagers.

M. le président. La parole est à M. Guy Lordinot, député de la Martinique. (*Sourires.*)

M. Guy Lordinot. Monsieur le ministre d'Etat, cette question concerne les départements d'outre-mer. Les missions de l'Etat y sont un peu différentes de celles qu'il exerce en métropole. Par exemple, toutes les eaux sont propriété de l'Etat. Les compétences sont exercées à la fois par les DDE et les DAFE et les services de l'environnement, ce qui aboutit à une négligence complète de ce secteur pourtant important.

Alors, monsieur le ministre d'Etat, dans le cadre des réformes administratives, êtes-vous prêt à envisager une concertation rapide avec les services en poste dans ces départements et les collectivités décentralisées pour trouver un mode de fonctionnement plus efficace des services extérieurs de l'Etat ?

M. le président. La parole est à M. le ministre d'Etat.

M. le ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives. Monsieur le député, je souscris à votre préoccupation dans la mesure où elle va dans le sens des orientations que nous voulons mettre en

œuvre. Nous travaillons actuellement sur la manière d'organiser la fonction publique d'Etat dans les vingt-cinq départements de France métropolitaine en difficulté ou en voie de dépeuplement. Nous savons que, dans ce contexte, il faut une organisation différente de la fonction publique, et c'est pourquoi nous avons demandé l'élaboration de schémas des services publics dans ces départements, sous l'autorité des préfets et en liaison avec les élus et les représentants des collectivités territoriales. En nous appuyant sur ces schémas, nous serons à même de moduler la déconcentration en fonction du contexte départemental.

S'agissant des départements d'outre-mer - et je ne crois pas aller à l'encontre de la réflexion de mon collègue Louis Le Penec -, nous pouvons certainement donner mandat aux préfets, qui ont à réfléchir à la mise en œuvre de la déconcentration, de nous faire des propositions d'organisation des services publics tenant compte des spécificités que vous avez rappelées.

Dans ce domaine, il ne faut pas hésiter à être parfois audacieux, toujours inventif. Je me souviens qu'il y a quelques années, avec mon collègue Henri Nallet, nous avons lancé l'idée de renforcer, dans un certain nombre de départements, la coordination entre la direction de l'équipement et la direction de l'agriculture. Je constate aujourd'hui que, dans ces départements-là, l'organisation des services publics d'Etat est en train de connaître une véritable transformation.

Je verrai, avec M. Le Penec, de quelle manière nous pourrions tenir compte de votre observation pour les départements d'outre-mer.

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

M. Alain Bonnet. Monsieur le ministre d'Etat, ma question porte sur l'effet de l'assujettissement à la contribution sociale généralisée des pensions de retraite relevant du régime général de l'assurance vieillesse et du code des pensions civiles et militaires de retraite.

J'avais indiqué à l'un de vos prédécesseurs que, pour un couple de retraités dont la pension mensuelle est de 12 000 francs, la perte annuelle due à l'application de la CSG serait de 90 francs pour les retraités du régime général et de 320 francs pour les retraités de la fonction publique.

Par ailleurs, pour un salaire de 8 000 francs, un actif aura une retenue inférieure à l'ancienne cotisation alors qu'un retraité paiera entre trois et quatre fois plus.

Un de vos prédécesseurs m'avait dit qu'il s'agissait d'une question à mille dollars. (*Sourires.*) Je vous remercie par avance des éléments de réponse que vous voudrez bien me donner.

M. Eric Doligé. On savait dès le début que les retraités seraient pénalisés ; il ne fallait pas voter le texte !

M. le président. M. le ministre d'Etat vous répondra pour beaucoup moins cher que cela, monsieur Bonnet ! (*Sourires.*)

M. Jean Le Garrec. Et en ECU !

M. le ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives. Vu le temps qui me reste, ce sera effectivement beaucoup moins cher ! (*Sourires.*)

Monsieur le député, la CSG a fait l'objet, à la fois dans sa définition de principe et dans ses modalités de mise en œuvre, d'un très large débat au sein de cette assemblée. Pour ce qui concerne les retraités, les critères d'application ont même donné lieu, je vous le rappelle, à un certain nombre d'amendements d'initiative parlementaire.

Ce que l'Assemblée a jugé bon de faire il y a quelques mois à peine, pourquoi voudriez-vous qu'aujourd'hui j'ai le souci de le défaire ? (*Sourires.*)

M. Alain Bonnet. Vous dégagez en touche !

M. Eric Doligé. Il fallait réfléchir avant !

M. le président. La parole est à M. René Dosièrre.

M. René Dosièrre. Monsieur le ministre, ma question concerne le fonctionnement des services publics en milieu rural, dans les régions concernées par les restructurations militaires.

Vous n'ignorez pas que la dissolution de la 8^e division d'infanterie a été annoncée et que le département de l'Aisne sera particulièrement touché. Les services publics devront être réorganisés, qu'il s'agisse des bureaux de poste ou des écoles,

à la suite de la réduction des effectifs, mais ces mouvements de population ne se produiront qu'à l'automne 1993. Dans ces conditions, je m'étonne que certains services publics anticipent les départs, au risque de déstructurer le service public en milieu rural, ce que l'on a hélas constaté dans plusieurs communes.

D'ailleurs, si je vous pose cette question, c'est que j'ai été saisi personnellement par le conseil municipal de Couvron, qui s'inquiète du fonctionnement de son bureau de poste, dont le receveur s'est vu interdire de travailler avec les règlements basés dans la commune.

Ne conviendrait-il pas de rappeler aux responsables des services publics qu'ils n'ont pas à anticiper les départs et qu'ils doivent, au contraire, essayer d'en limiter les conséquences et de prévoir, pour la suite, les moyens qui permettront à leurs services de continuer à fonctionner dans les meilleures conditions ?

M. le président. La parole est à M. le ministre d'Etat.

M. le ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives. Monsieur le député, votre question est essentielle. En effet, la restructuration des activités de défense concerne de nombreux personnels dans divers départements, et le vôtre est l'un des plus touchés si ce n'est le plus touché par ce phénomène.

Il n'appartient pas aux services publics d'anticiper sur ces évolutions. Je souhaite même qu'en réfléchissant aux modalités de leur présence ultérieure, ils contribuent à trouver des solutions aux difficultés que pourraient rencontrer ces départements et ces communes.

Alerté par vous de cette préoccupation, qui concerne plusieurs secteurs géographiques, j'en aviserai le Premier ministre et je veillerai à donner aux préfets concernés les orientations nécessaires et les moyens d'agir.

M. le président. Nous en avons terminé avec les questions à M. le ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives.

Suspension et reprise de la séance

M. le président. La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à seize heures cinq, est reprise à seize heures vingt, sous la présidence de M. Loïc Bouvard.)

PRÉSIDENCE DE M. LOÏC BOUVARD, vice-président

M. le président. La séance est reprise.

3

NOMINATION À UN ORGANISME EXTRAPARLEMENTAIRE

M. le président. J'informe l'Assemblée que la nomination d'un de ses représentants au sein du Conseil supérieur de l'électricité et du gaz est publiée au *Journal officiel* de ce jour.

4

RAPPEL AU RÈGLEMENT

M. Robert Pandraud. Je demande la parole pour un rappel au règlement.

M. le président. La parole est à M. Robert Pandraud, pour un rappel au règlement.

M. Robert Pandraud. Mon rappel au règlement ne s'appuie sur aucune disposition précise. *(Rires.)* Vous constaterez cependant qu'il n'est pas dénué d'importance.

A l'heure actuelle, se tient à Rio la grand-messe de l'environnement et de l'écologie. C'est très bien et nous souhaitons tous qu'il s'en dégage des conclusions précises.

J'ai appris ce matin que dans une ville d'Europe située à 150 kilomètres de Belgrade - Tuzla, en Bosnie-Herzégovine - existe une usine importante où sont entreposées 500 000 tonnes de chlore liquide, du mercure, de l'oxyde

d'éthylène, de l'oxyde de propylène, de l'acide chlorhydrique. Actuellement, cette zone est bombardée par des dissidents serbes. Il faut rapidement prendre des mesures pour protéger ce site, car, si cette usine était bombardée, l'Europe risquerait de subir, compte tenu du régime des vents et de celui des crues, un désastre écologique sans aucune commune mesure avec ce que nous avons pu connaître jusqu'à présent.

Il serait donc souhaitable qu'au-delà des grand-messes nous nous préoccupions tous de la protection quotidienne de l'environnement face aux grands problèmes qui se posent. *(Applaudissements sur les bancs des groupes du Rassemblement pour la République, Union pour la démocratie française et de l'Union du centre.)*

M. le président. Je vous remercie, monsieur Pandraud. Votre intervention aura montré que, quelquefois, un rappel au règlement qui n'en est pas un mérite malgré tout d'être entendu.

M. Jean-Pierre Delalande. Et d'être suivi d'effets !

5

MÉDECINS ET ASSURANCE MALADIE

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

M. le président. L'ordre du jour appelle la discussion, après déclaration d'urgence, du projet de loi relatif aux relations entre les médecins et l'assurance maladie (n^{os} 2729, 2746).

La parole est à M. Philippe Sanmarco, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. Ainsi, monsieur le ministre des affaires sociales et de l'intégration, c'est à vous que revient l'honneur ou, à tout le moins, la responsabilité, de nous présenter le texte qui va donner force de loi à un accord historique passé entre les caisses d'assurés et un syndicat de médecins.

M. Bernard Pons. Un accord scandaleux !

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. Je dis historique, car c'est le premier...

M. Jean-Pierre Delalande. Qui remet en cause la sécurité sociale !

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. ... qui permet de donner une réponse certes parcellaire, incomplète, mais nouvelle à un vieux débat qui agite toute la société française, bien au-delà des signataires de l'accord.

Il suffit, pour s'en convaincre, de lire la feuille de séance, qui montre que plusieurs des motions de procédure permises par notre règlement vont être mises en œuvre. Dois-je dire que j'y vois un hommage rendu à l'importance de votre démarche, qui n'aura donc échappé à personne ?

M. Bernard Pons. C'est un hommage rendu à l'iniquité !

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. J'ai employé à dessein le terme « historique » parce que, s'agissant de leur médecin, celui avec lequel ils ont directement des contacts, les Français éprouvent, à juste titre, une très vive sensibilité. Ils craignent avec raison tout ce qui pourrait constituer des modifications apportées à un système de soins auquel ils tiennent et dont il n'est nullement question de remettre en cause les fondements, au contraire.

M. Bernard Pons et M. Jean-Pierre Delalande. C'est pourtant ce que fait le texte !

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. Ce caractère historique, parce qu'il touche à la relation personnelle des Français avec leur médecin, s'inscrit dans la suite logique, banale, balisée, d'une réflexion de fond menée depuis de nombreuses années, par tous les acteurs concernés, sur l'avenir de notre protection sociale et de notre système de santé.

Permettez-moi de citer les remarquables travaux de deux commissions du X^e Plan, présidée l'une par vous-même, monsieur le ministre, et l'autre par Jean de Kervasdoué, au sein desquels furent admirablement tracées les grandes lignes

des réformes indispensables et évoqué tout ce qui devait être mis en place pour assurer la pérennité de notre protection sociale.

Le texte que vous nous présentez aujourd'hui ne surgit donc pas du néant : il ne procède pas de je ne sais quel zèle réformateur. Il est la traduction patiente, sectorielle et longtemps attendue d'une lente mais inexorable maturation au terme de laquelle l'équilibre dynamique toujours précaire des grands systèmes de santé sera fondé non plus sur des logiques bureaucratiques, mais sur la responsabilisation progressive et assumée pleinement de la chaîne des acteurs concernés.

Rappelons donc rapidement les données du problème qui expliquent la nécessité d'apporter des correctifs à des tendances qui, si elles n'étaient pas corrigées, menaceraient l'avenir de notre système de soins. Il en est trois qui éclairent particulièrement le débat.

D'abord, les résultats, en termes d'indicateurs de santé de la population, sont peu performants comparés à ceux de nos partenaires de l'OCDE. Ainsi la France se situe au dixième rang en ce qui concerne les indicateurs de santé, avec une treizième place pour l'espérance de vie des hommes, une septième pour la mortalité infantile et une onzième pour la mortalité générale. Nous n'avons donc pas à nous féliciter de ces résultats.

Ensuite, les Français dépensent de plus en plus. Le dernier rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale indique que la barre des 10 000 francs par Français et par an a été dépassée. Le chiffre de 600 milliards de francs traduit une dérive qui devient insupportable. Si nous sommes mal classés par rapport à nos partenaires de l'OCDE en termes de résultats, nous sommes, en revanche, régulièrement deuxième ou troisième pour ce qui est des dépenses.

Enfin, la couverture financière ne cesse de se réduire. Alors qu'il y a dix ans le taux de couverture était d'environ 80 p. 100, il est aujourd'hui à peine supérieur à 70 p. 100. Chacun comprend ce qui va se passer si l'on continue ainsi.

Il nous faut donc convenir, après d'autres, que la superposition de ces trois tendances doit nous conduire à relativiser les déclarations emphatiques et péremptives sur ce qui serait « le meilleur système de santé au monde ». Cela devrait, au contraire, conduire chacun à admettre que les réformes nécessaires, loin de mettre en cause le système actuel auquel les Français tiennent, sont la seule chance de le sauver.

M. Jean-Pierre Delalande. Allons ! Allons !

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. Puisque des questions de sémantique vont, semble-t-il, nous opposer, je tiens à indiquer que, si les réformes engagées tendent à lutter contre la dérive du système actuel qui va provoquer son éclatement, elles s'opposent aussi à d'autres logiques qui, sous couvert de grands mots - liberté, libéralisme -, cachent mal le désir, jamais assouvi, de certains, de substituer des mécanismes d'assurance individuelle aux principes de la solidarité, véritables bases de notre système de sécurité sociale.

M. Jean-Pierre Delalande. C'est un mauvais procès, monsieur Sanmarco !

M. Jean Aurox. Oh non !

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. En effet, tout est possible et d'autres réformes peuvent être envisagées, plus libérales au sens propre du terme. Au lieu de se dissimuler derrière de grands mots, mieux vaut alors exprimer certaines vérités.

Premièrement, au niveau d'une nation quelle qu'elle soit, peu importe que les dépenses de santé soient fiscalisées, comme en Grande-Bretagne, payées par les cotisations sociales, comme en France, ou financées par des primes d'assurances comme aux Etats-Unis. Dans les trois cas, leur augmentation inconsidérée oblige les ménages, soit à réduire d'autres dépenses, soit à diminuer leur épargne, soit à revendiquer des hausses de revenus. Dans les trois cas, par conséquent, des impératifs économiques imposent la maîtrise des dépenses de santé.

Deuxièmement, contrairement à ce que l'on croit, ou, plutôt, à ce que veut faire croire une certaine propagande, ce n'est pas dans un système d'assurances privées que la « liberté » est la plus grande. Il suffit, pour s'en convaincre, de regarder ce qui se passe aux Etats-Unis d'Amérique. Outre le fait qu'une grande partie de la population n'est couverte par aucun système, car les personnes en cause ne sont pas

suffisamment solvables pour intéresser les compagnies d'assurances privées, ceux qui sont couverts par ces dernières se voient imposer des contrôles qui seraient considérés, dans notre pays, comme de vrais instruments du goulag. En particulier, disparaissent souvent aussi bien la liberté du choix du praticien par le patient que la liberté des prescriptions par le médecin.

M. Jean-Pierre Delalande. N'y attendez pas !

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. Maîtriser l'évolution des dépenses de santé est donc un impératif qui s'impose à chacun, quelle que soit la famille politique et quel que soit le système qu'il préconise.

En vérité, monsieur le ministre, le débat n'est pas là. Il oppose ceux qui soutiennent la démarche que traduit le texte et ceux qui ne veulent rien changer, alors qu'ils savent parfaitement que, ce faisant, l'inflation financière, intrinsèque au système que nous connaissons, conduit inévitablement à un décrochage de plus en plus important entre la prise en charge et le coût réel subi par chaque Français. C'est presque une plaisanterie de parler chaque année du « trou » de la sécurité sociale, à tel point que l'on ne croit plus à son existence alors qu'il est bien réel. Or ce décrochage est inexorablement accru par le fait que, s'il est aisé de réduire les remboursements, il est plus délicat d'augmenter les cotisations. De fil en aiguille, l'accroissement des dépenses non couvertes agrandit le vide dans lequel entendent s'engouffrer les systèmes d'assurance.

Voilà certaines vérités qu'il importe de connaître pour bien comprendre la logique du projet de loi qui nous est présenté.

La maîtrise des dépenses de santé s'impose à tous. Face à cette obligation, soit on feint d'intervenir en essayant de ne maîtriser que la partie remboursée, laquelle est de plus en plus réduite, ce qui provoquera l'explosion du système car il deviendra vite insupportable de dépenser de plus en plus pour être remboursé de moins en moins ; soit on vise bien l'ensemble de la dépense pour tenter de sauver le système.

Nous avons donc tenu, monsieur le ministre, au cours des travaux de notre commission, à utiliser le langage de la vérité et à ne pas mentir aux Français en leur laissant croire que l'on pourrait sauvegarder leur couverture sociale sans prendre en compte l'ensemble des dépenses qu'ils doivent assumer en matière de santé.

Si le texte que vous nous proposez s'inscrit dans la démarche d'ensemble ainsi rappelée, il n'est pourtant pas le premier de cette nature. Il prolonge une liste déjà longue d'actions visant à réguler l'évolution des dépenses médicales.

Au début des années quatre-vingt, les premières interventions ont concerné l'hôpital public. C'était le plus facile ; ce fut peut-être le plus brutal. Pourtant il fallait bien commencer quelque part, donner l'exemple, quitte après - c'est un autre débat sur lequel nous reviendrons en d'autres occasions - à revoir, à la lumière de l'expérience, les rigidités du mécanisme.

Cette démarche a ensuite été poursuivie, de manière à la fois plus diffuse, plus intelligente et plus sophistiquée, grâce au dialogue engagé avec les professionnels directement concernés, ces derniers ayant compris que leur propre intérêt était de s'engager eux-mêmes, afin que l'inévitable maîtrise dont je parlais ne soit pas réalisée contre eux mais avec eux et - pourquoi pas ? - par eux.

Ainsi, en écho à l'accord d'octobre 1991 passé entre l'Etat et les diverses caisses, ont été mis en place plusieurs régimes de régulation concertée des dépenses de santé. Ils ont concerné les biologistes, les cliniques privées, les infirmières - lesquelles trouvent aujourd'hui que l'on ne va pas assez vite pour traduire dans la loi l'accord les concernant - et il s'agira, demain, des ambulanciers.

Cela représente un acquis irréversible dont les résultats sont déjà appréciables, puisque le pourcentage des dépenses de santé faisant l'objet d'un accord de régulation sera passé de 5 p. 100 en 1982 à 60 p. 100 après l'adoption de ce texte.

Ce projet concernant la maîtrise concertée et médicalisée des dépenses relatives à la médecine ambulatoire arrive donc en son temps. Il n'y a certes pas eu précipitation, puisque nous sommes depuis trois ans dans une situation de vide conventionnel. Il fallait en effet faire preuve de patience et je rends hommage à ceux qui ont négocié, jusqu'à avoir aujourd'hui besoin de l'aide du Parlement pour que l'accord qu'ils ont passé s'applique à tous. Je suis d'ailleurs persuadé que si nous parvenons, ici, à dédramatiser le débat, à apaiser des

craintes légitimes, à lever des malentendus, les autres sauront, le moment venu - peut-être plus tôt qu'on ne le croit -, participer à une action qui ne se conçoit pas sans eux.

Parlons franchement : que contiendrait donc ce texte, qui s'inscrit dans une démarche suivie depuis une bonne dizaine d'années, qui fait suite à d'autres accords dont je viens de parler, de nature à susciter tant d'inquiétudes ? On a entendu les grands mots : rationnement, régime disciplinaire.

L'ambition de notre commission a été de faire en sorte que les gens ne soient plus affolés.

Pourrait-il y avoir maîtrise des dépenses, sans que soit fixé un taux d'évolution prévisionnel de celles-ci ? Si l'on n'accepte pas ce principe, autant arrêter l'exercice et ne pas se payer de mots. La fixation, par les intéressés eux-mêmes, de manière contractuelle, d'un taux prévisionnel, est la seule alternative à la régulation bureaucratique *a posteriori* que nous avons connue dans ce pays.

S'agit-il pour autant de rationnement ? En aucun cas, puisque l'on fixe non une enveloppe financière à ne pas dépasser, mais - cela est clairement indiqué - un taux prévisionnel. La langue française est suffisamment précise pour que de mauvais procès ne puissent être fondés là-dessus.

Veut-on instaurer un régime disciplinaire ? Selon certains, monsieur le ministre, vous nous proposeriez quasiment Biribi. A cet égard il est plaisant d'entendre les mêmes qui cherchent dans l'absence de la bonne vieille discipline la source de tous les maux de notre société se plaindre lorsqu'il s'agit d'un simple appel à la responsabilité et au dialogue !

Que n'a-t-on entendu ! Demain, à cause du rationnement, un médecin ne pourrait plus soigner aussi bien en septembre qu'en janvier, de peur d'être traîné devant je ne sais quelle section spéciale de sinistre mémoire. Disons calmement à ceux qui pourraient être abusés par de telles allégations démagogiques qu'il n'en est rien. Demain, sur la base de taux prévisionnels établis par les partenaires eux-mêmes, des plans locaux de maîtrise des dépenses, articulés à des contrats locaux d'objectifs médicalisés, seront mis en œuvre par les médecins rassemblés dans des unions composées exclusivement de médecins, lesquelles constitueront des instruments essentiels d'amélioration qualitative du système local de santé.

C'est d'ailleurs pour bien affirmer ces fonctions qui n'ont rien de disciplinaires que la commission a tenu, comme les signataires de l'avenant, à dresser une liste des missions de ces unions.

Il n'y aura donc pas plus de rationnement global que de rationnement individuel, pas davantage de quotas d'actes que de sanctions automatiques, pas d'élimination de patients coûteux, pas de dérive des prescriptions vers des produits non remboursables. La seule exigence, mais fondamentale celle-là, sera que les cas litigieux feront l'objet d'un examen par une instance exclusivement composée de médecins, élus par leurs pairs. Elle appréciera librement le comportement des intéressés et déterminera, éventuellement, les sanctions à infliger. Il pourra s'agir d'une suspension, provisoire, de la participation des caisses au financement des régimes sociaux des médecins concernés, s'ils exercent en secteur I, ou d'une contribution équivalente s'ils exercent en secteur II. En aucun cas, ces sanctions ne sauraient avoir pour objectif - l'articulation du système ne le permettrait d'ailleurs pas - de ramener l'évolution réelle des dépenses au niveau prévu par le taux prévisionnel.

Ainsi que chacun peut le constater, nous sommes loin des caricatures complaisamment dessinées ici ou là. Faut-il d'ailleurs rappeler que les dispositions proposées, loin d'être sorties de l'esprit confus de je ne sais quel grand inquisiteur, sont issues du libre accord des partenaires engagés dans l'avenant n° 3 à la convention de 1990 qu'ils ont eux-mêmes imaginé.

Tel sont, mes chers collègues, l'esprit du texte qui nous est présenté et les raisons pour lesquelles notre commission l'a adopté, avec quelques amendements substantiels qui visent à coller au plus près des intentions des signataires de l'avenant approuvé par arrêté ministériel.

Cet accord est récent et certains ont demandé pourquoi l'en faisait preuve d'une telle précipitation pour présenter ce texte à l'Assemblée. Cela tient au fait qu'il a été longtemps attendu. Nous avons donc pensé qu'il importait que le Parlement adopte sans tarder sa traduction législative, car - et cela nous différencie d'un régime corporatiste - s'il est bon que

les partenaires sociaux se mettent d'accord, il appartient au Parlement, au-delà des légitimes intérêts catégoriels, de trancher au nom de l'intérêt général.

Je rappelle cette évidence, car certains, en cette affaire, auraient voulu que nous limitions notre rôle à celui d'un notaire dressant un constat. Comme s'il s'agissait d'une affaire privée ! Si tel était le cas, pourquoi demander l'intervention d'une loi ? Dès lors que l'on a besoin du Parlement pour que s'imposent à tous, et surtout à ceux qui ne sont pas impliqués dans les instances qui négocient, le contenu d'un accord contractuel, est-il trop demandé de lui laisser le soin de lire les textes et de veiller à ce que l'accord contractuel respecte bien l'aspiration nationale à maintenir en tout cas, à améliorer si possible, les fondements actuels de notre système de protection sociale et à ne pas le dénaturer ?

C'est dans cet esprit que notre commission a travaillé.

J'ai entendu dire que certains qui s'étaient engagés se désengageraient. D'abord, personne n'est engagé dans un projet de loi, sinon on ne saurait plus très bien dans quel régime nous vivrions. Ensuite lorsqu'une convention est signée elle engage les signataires et nul, pas même l'Etat, ne peut intervenir. Enfin je n'ai nullement compris cela au cours des auditions auxquelles j'ai procédé. En tout état de cause, on ne saurait soumettre un processus législatif à un tango rythmé par les appréhensions des uns et les arrière-pensées des autres.

M. Eric Doligé. Ils sont 80 p. 100 à être contre !

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. Au demeurant, des avantages substantiels ne pourront être accordés que si le projet est adopté tant pour ce qui concerne le secteur promotionnel, la reconversion, la formation, le régime de retraite. Quant à la hausse des honoraires qui est le premier résultat de ce texte, elle ne saurait continuer de s'appliquer s'il était repoussé.

M. Bernard Debré. Non, c'est du chantage !

M. Gaston Rimareix. Non, c'est la réalité !

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. Il convient donc d'avancer. C'est une question de loyauté. (« Très bien ! » sur les bancs du groupe socialiste.)

Je suis convaincu que si le débat parlementaire enrichit le processus et apaise les inquiétudes, le vote de la loi aplanira les dernières hésitations puisque chacun aura compris que loin de s'appuyer sur la contrainte, son application reposera entièrement sur l'adhésion des médecins eux-mêmes.

En conclusion, pour important qu'il soit, ce texte n'est qu'une étape. Pour être vraiment médicalisée, la maîtrise des dépenses ne doit pas être seulement l'œuvre des médecins. Elle exige qu'ils disposent des informations qu'il n'ont pas encore, loin s'en faut ! Après la responsabilisation qui sera obtenue grâce à ce texte...

M. Bernard Pons. Il faut qu'il y ait la sanction !

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. ... il faudra faire en sorte que la généralisation des méthodes scientifiques d'évaluation, les conférences de consensus, les coûts d'objectif petit à petit s'imposent d'une manière pragmatique dans la prise des décisions.

Enfin, monsieur le ministre, au-delà de la maîtrise des dépenses, il ne faut cesser de repenser le rôle de l'Etat afin de donner une légitimité médicale plus grande à son action. Le rapport de la commission présidée par M. Jean de Kervasdoué était d'ailleurs clair et sévère à cet égard.

M. Bernard Debré. Il n'a pas de légitimité médicale actuellement !

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. Il faut également renforcer sa capacité à définir les grands objectifs de santé publique sans lesquels tous les efforts de maîtrise des dépenses, même s'ils sont indispensables, perdraient une grande partie de leur sens voire de leur lisibilité et pourraient même, parce qu'on aurait perdu de vue l'essentiel, être interprétés comme la volonté de désigner des boucs émissaires.

Surtout, monsieur le ministre, il ne faut pas renoncer à modifier progressivement les comportements de notre population, qu'il s'agisse de comportements individuels dans les rapports avec les médecins ou dans l'usage des médicaments, ou qu'il s'agisse de comportements collectifs face à ces fléaux sociaux que sont l'alcoolisme, le tabagisme et les accidents de la route.

Telles sont, monsieur le ministre, mes chers collègues, les raisons pour lesquelles la commission des affaires sociales a approuvé ce projet de loi. Plusieurs amendements ont été déposés qui respectent la démarche d'ensemble et, ce faisant, s'inscrivent dans un cadre plus vaste incluant d'autres accords. Nous savons que nous touchons un sujet auquel les intéressés et surtout la population sont extrêmement sensibles. Aussi avons-nous respecté leurs appréhensions. Nous n'avons voulu faire de personne un bouc émissaire, au contraire. Beaucoup d'efforts restent à faire. C'est la raison pour laquelle nous vous encourageons à continuer. *(Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.)*

M. le président. La parole est à M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration.

M. René Teulade, ministre des affaires sociales et de l'intégration. Monsieur le président, mesdames et messieurs les députés, je tiens à remercier le rapporteur pour la synthèse qu'il vient de faire du projet de loi ainsi que les commissions dont les travaux ont permis de l'améliorer.

Le projet de loi que j'ai l'honneur de défendre devant vous au nom du Gouvernement présente deux particularités. Il s'agit tout d'abord - ne l'oublions pas -, de traduire dans la loi plusieurs dispositions indispensables pour permettre la pleine application de l'accord intervenu entre les partenaires sociaux, ...

M. Jean-Pierre Delalande. Minoritaires !

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. ... les caisses d'assurance maladie et le principal syndicat des médecins libéraux.

M. Bernard Debré. Mais non ! Ils sont revenus dessus !

M. Henri Cuq. C'est une falsification !

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Le Gouvernement demande donc à la représentation nationale de consacrer par la loi le fruit de la négociation conventionnelle, négociation qui constitue depuis vingt ans le mode normal de relation entre les professions de santé et l'assurance maladie.

La seconde particularité de ce projet de loi porte sur le fond des choix arrêtés par les partenaires de la convention médicale. Leur approbation par le Parlement donnera ainsi vie à l'avenant de la convention médicale sur la régulation des dépenses et l'adaptation du système conventionnel. L'objectif est bien là. Il s'agit de réguler les dépenses médicales et, pour être plus précis encore, de réussir ensemble la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de médecine de ville.

L'accord conventionnel du 10 avril 1992 est donc important - et cela a été dit - car il représente une étape dans les rapports entre les médecins et l'assurance maladie. Il permet en tout cas une démarche nouvelle, car tous les acteurs du système de soins admettent désormais la nécessité de maîtriser l'évolution des dépenses. Les inquiétudes sur l'avenir et une certaine crise des identités professionnelles se font cependant sentir chaque jour davantage. Je connais, et depuis fort longtemps, les vrais problèmes des professions de santé et je les comprends.

C'est pourquoi, comme dans d'autres secteurs de notre vie économique, il nous faut ensemble préparer l'avenir, comprendre les évolutions, maîtriser les techniques, moderniser nos méthodes de gestion, en un mot rationaliser le fonctionnement de ce domaine essentiel qu'est la santé et qui n'échappe donc pas à cette loi commune à toutes les sociétés développées. J'en veux pour preuve la récente décision du gouvernement du Chancelier Kohl en Allemagne de réduire de 11 milliards de marks les dépenses de santé en 1993, qui fera porter l'essentiel des mesures sur les professions de santé et l'industrie pharmaceutique.

M. Henri Cuq et M. Bernard Pons. On n'est pas en Allemagne ! On est en France !

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Je crois qu'indépendamment des difficultés particulières de chaque groupe professionnel, tant au sein des professions de santé que de l'opinion, qu'on le veuille ou non, les esprits ont évolué. C'est là un atout précieux pour garantir la qualité de l'engagement de tous les acteurs à agir ensemble pour choisir les solutions les plus adaptées aux besoins de la population.

Maîtriser les dépenses de santé est une nécessité. Chacun sait que leur augmentation tendancielle dans notre pays reste préoccupante, et cela ne date pas d'aujourd'hui. Elle dépasse nettement celle de nos partenaires européens dont, reconnaissons-le, l'état de santé est cependant comparable au nôtre. Au rythme des trois dernières années, la masse de ces dépenses doublerait tous les neuf ans. Ce scénario n'est pas acceptable et surtout n'est pas supportable pour notre pays.

Cette situation résulte d'une progression excessive du volume des biens et services de santé. La tendance d'évolution en volume des principales catégories de dépenses au cours des dix années passées est, selon les cas, de deux à trois fois supérieure à celle du produit intérieur brut.

J'ai rappelé ces évidences à l'ensemble des médecins conventionnés en leur expliquant l'intérêt personnel et collectif qu'ils ont à optimiser leur pratique médicale.

Mme Elisabeth Hubert. Je ne suis pas sûre qu'ils aient été convaincus !

M. Jean Auroux. Ils n'ont pas raison pour autant !

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. De 1980 à 1990, le taux moyen de croissance en volume de la consommation médicale fut de 5,2 p. 100, le double, voire plus encore, de celui de la plupart des pays de l'OCDE. Cette vive progression, bien qu'elle se soit quelque peu ralentie en 1991 avec un taux de progression en volume de 4,8 p. 100, touche inégalement les différents types de dépenses. Ainsi, et contrairement aux idées reçues, nos dépenses de santé ont évolué dans leurs structures depuis 1980.

Le taux de croissance des soins hospitaliers a diminué, et nettement, depuis 1985. Si la part de l'hôpital public a largement baissé, celle des établissements hospitaliers privés est demeurée élevée, à 11 p. 100 par an.

M. Jean Auroux. Eh oui !

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Ce recul des dépenses d'hospitalisation publique s'est opéré au profit des soins ambulatoires, en particulier les honoraires et les analyses,...

M. Jean-Yves Chamard. C'est heureux ! Ça signifie que les gens sont moins hospitalisés !

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. ... qui représentent, en 1991, 31 p. 100 de la consommation médicale. La part du médicament a augmenté légèrement de 17,5 p. 100 en 1988 à 18,3 p. 100 en 1991.

Cette évolution structurelle est d'abord le fruit d'une politique de maîtrise des dépenses hospitalières publiques au travers de la dotation globale. Cet outil n'est pas parfait, nous le savons tous.

M. Jean-Yves Chamard. Parlez-nous de l'hôpital de Nevers qui est en faillite ! *(Protestations sur les bancs du groupe socialiste.)*

M. Charles Metzinger. Ça n'a rien à voir !

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. La nouvelle loi hospitalière, initiée et achevée par mes prédécesseurs, Claude Evin, Jean-Louis Bianco et Bruno Durieux, permettra de moderniser et de rendre plus intelligents les outils de cette maîtrise. L'autre explication tient naturellement à l'évolution même des soins, des techniques et des pratiques médicales, voire du mode culturel de comportement de nos concitoyens en matière de santé.

La médecine ambulatoire bénéficie de cette évolution, laquelle concentre la fonction hospitalière sur ses aspects techniques de soins aigus. Tout cela est conforme à l'adaptation et à la rationalisation de notre système de soins.

Pour autant, la persistance d'une vive progression des dépenses ne contribue pas à placer notre pays aux premiers rangs mondiaux pour ses indicateurs de santé : cinquième au monde pour l'espérance de vie des femmes, treizième pour celle des hommes, sixième pour le taux de mortalité infantile, la France est en position moyenne, pour ne citer que quelques données. Tout en demeurant prudents faute d'études incontestables, les Français sont, par ailleurs, parmi les plus forts consommateurs de médicaments en Europe.

Ces évolutions sont la conséquence de l'absence de régulation du système de santé. Les besoins de santé, les facteurs sanitaires ou sociaux n'expliquent qu'en partie le problème. Les nouvelles maladies ne peuvent justifier à elles seules des

évolutions dues, pour une part significative - disons-le parce que c'est la vérité - au développement de gaspillages, d'abus de soins et de médicaments, de doubles emplois d'actes et de prescriptions qui témoignent d'une absence de régulation du système de soins.

Mme Elisabeth Hubert. Est-ce le ministre ou le président de la mutualité qui parle ?

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Cette situation ne sert pas non plus l'intérêt des malades : elle ne garantit pas une allocation optimale des moyens en fonction des besoins sanitaires de la population. Elle peut être source d'inégalités régionales et sociales injustifiées. Les excès conduisent à des consommations inutiles, voire dangereuses. Le développement des maladies iatrogènes d'origine médicamenteuse est, par exemple, un fait de société sur lequel il nous faut réfléchir.

Il faut enfin mettre un terme à cette spirale pernicieuse de l'augmentation continue des cotisations sociales doublée de la baisse des remboursements.

M. Charles Metzinger. Absolument !

M. Jean-Yves Chamard. C'est ce qui se passe depuis dix ans que les socialistes sont au Gouvernement !

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Depuis 1974, monsieur Chamard, vous le savez...

M. Jean-Yves Chamard. Mais de 1980 à 1992, ce n'était pas mal !

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. ... et nombre d'entre vous ici présents, que je connais depuis plus de quinze ans et qui ont essayé de trouver ensemble des solutions, le savent bien...

Mme Elisabeth Hubert. Arrêtez, on va pleurer !

M. Guy-Michel Chauveau. On ne vous le demande pas ! *(Sourires.)*

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. ... treize plans d'équilibre des comptes de l'assurance maladie ont été adoptés par les différents gouvernements en faisant principalement porter la charge de la responsabilité sur la participation des ménages aux frais médicaux sans qu'ils aient réellement inversé la tendance de fond.

M. Jean-Yves Chamard. Et les déremboursements de médicaments de l'été dernier !

M. Jean Auroux. Vous préférez augmenter les cotisations des travailleurs ?

M. Bernard Pons. Vous avez fait les deux !

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Je le dis avec netteté, le recours à l'augmentation du ticket modérateur pour réguler les dépenses de santé est inefficace car la maîtrise des dépenses n'est pas obtenue et il devient socialement dangereux quand, petit à petit, l'on arrive à mettre en cause le droit d'accès du plus grand nombre à des soins de qualité.

M. Eric Drogé. C'est ce que vous allez faire !

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. N'oublions pas que l'économie est partout, y compris dans la santé. Laisser filer les dépenses de santé c'est nier que les ressources économiques qui sont consacrées à l'amélioration de l'état sanitaire de la population sont forcément limitées.

Quant à l'idée d'accroître les transferts de charges aux régimes complémentaires de l'assurance maladie, peut-on croire un instant qu'il suffit de privatiser une dépense pour la faire disparaître et expliquer ainsi aux ménages français que le recours à des mutuelles ou à des assurances, voire l'augmentation de leur participation directe aux frais médicaux, seraient de nature à résoudre sérieusement les difficultés, sauf à organiser une sélection des risques, des malades et des personnes couvertes ?

Cette situation sera à terme également préjudiciable aux professions de santé. Le service médical rendu pourrait ne pas être toujours justement rétribué dans la mesure où les tarifs et les prix ne pourraient être régulièrement ajustés en raison de l'augmentation excessive du nombre d'actes et du volume des prescriptions. L'inadaptation des prix et des tarifs entretient la tendance à l'inflation des volumes, freinant par

là même la promotion des soins de qualité. Cette situation, à terme, compromettra l'art médical et altérera sans doute la relation entre médecins et malades.

Il en sera de même si nous laissons s'instaurer un rationnement par l'argent qui dévalorisera peu à peu l'art médical en niant au médecin son pouvoir de choisir entre ce qui est utile au malade et ce qui ne l'est pas.

Quel type de maîtrise des dépenses nous paraît nécessaire ? Le moment est venu de mettre en œuvre une régulation contractuelle des dépenses pour la qualité des soins. Avant d'évoquer quelques principes de cette politique, je voudrais faire justice des arguments utilisés par les détracteurs de l'avenant à la convention médicale. Certains propos tendent à laisser croire que cet accord vise à réduire les dépenses de santé et à rationner les soins.

M. Jean-Pierre Philibert. Eh oui, ce serait les conséquences !

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Cela n'est pas sérieux ! Il n'a jamais été question de réduction des dépenses de santé. Ce terme n'a jamais été employé hormis par les détracteurs de la politique de maîtrise qui cherchent à inquiéter l'opinion.

Mme Elisabeth Hubert. Bien sûr, vous n'avez pas employé le terme ! Un ministre de la santé peut-il dire qu'il va rationner les dépenses ?

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Je le dis solennellement, l'accord conventionnel et le projet de loi qui en découle n'entraîneront aucune conséquence pour les bénéficiaires des soins.

M. Jean-Yves Chamard. Vous n'avez pas dû lire l'article 4 tel que vous l'avez rédigé vous-même !

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Dès lors, il est inadmissible de vouloir jouer les malades contre la sécurité sociale en organisant le spectacle des peurs, de l'irrationalité et du mensonge sur les vrais enjeux. *(Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.)*

M. Charles Metzinger. Il fallait le dire !

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Ce que l'on doit constater avec sérénité et objectivité, et tous les experts sont unanimes pour le dire, c'est que l'on ne peut expliquer l'augmentation actuelle des dépenses par les seules considérations médicales ou par des arguments de santé publique. Le système de soin produit de nombreux gaspillages alors que notre objectif est d'aboutir à une meilleure utilisation des sommes affectées à la santé.

Nous disons naturellement oui à la croissance des dépenses, mais pas n'importe laquelle. Et s'il faut être drastique, c'est sur le gaspillage. Qui est contre un tel choix ?

Peut-on également parler raisonnablement de rationnement des soins quand la France se situe au deuxième rang mondial pour les dépenses de santé ? Pour parler de rationnement, il faudrait qu'il y ait déjà pénurie, ce qui n'est pas le cas. A quoi bon disposer, par ailleurs, d'une offre de soins exceptionnelle si cette offre est hors de portée économique de la plupart des Français ? Ce sont les dépenses incontrôlées qui conduisent au rationnement !

M. Bernard Pons. Pensons à l'hôpital de Nevers !

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. J'entends dire également que le système voulu par les partenaires conventionnels soutenus par le Gouvernement tend à mettre en place une enveloppe globale. Le prétendre, c'est en fait caricaturer les intentions des uns et des autres, c'est au fond détourner le sens des mots.

Le dispositif de régulation prévu par l'accord caisses-médecins,...

M. Jean-Yves Chamard. Mais ce n'est pas celui-là qui est dans le projet de loi !

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. ... fondé sur des taux prévisionnels de dépenses ne vise en aucune manière à limiter les soins, de telle sorte qu'à un moment donné dans l'année, le médecin refuserait de prodiguer les soins et les prescriptions dont son malade aurait besoin. La manière de déterminer le taux annuel prévisionnel de croissance des dépenses a été élaborée de manière concertée par les partenaires de la convention. Ces taux pren-

nent en compte les besoins de santé de la population, la démographie médicale, les caractéristiques de la population et l'évolution des techniques de soins.

Le taux de 7,09 p. 100 pour l'ensemble de la médecine de ville retenu pour cette année n'a pas été défini « le nez au vent ».

Ce chiffre est celui des acteurs conventionnels, et vous le savez aussi bien que moi. Le Gouvernement l'a approuvé parce qu'il est raisonnable et cohérent, et d'abord avec les accords de régulation concernant la biologie. Aujourd'hui même, 90 p. 100 des délégués du syndicat de M. Bédossat ont approuvé la nouvelle convention sur la biologie, ce qui reflète une bonne maturité et une sérieuse responsabilité.

M. Claude Bartolone. Comme quoi l'explication paie !

M. Bernard Pons. Il a combien d'adhérents, ce syndicat ?

M. Jean-Yves Chamard. De moins en moins !

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Il est cohérent également avec les accords concernant les infirmières et les ambulanciers ainsi qu'avec les prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale.

A bien des égards, ce taux de 7,09 p. 100 est beaucoup moins sévère que la baisse de 3,6 p. 100 des dépenses de médecine, principalement pour les prescriptions en volume, décidée en commun lors de la signature de la convention médicale de mars 1990. Celle-ci a certes été signée par un seul syndicat, minoritaire dans la profession médicale, mais celui-ci a été rejoint par la suite par tous les autres.

Comment d'ailleurs ne pas interpréter comme le fruit de querelles partisans entre organisations syndicales de médecins l'attitude qui consiste à dénoncer aujourd'hui un texte plus modéré dans ses modalités économiques que celui d'il y a deux ans ? Pourquoi faudrait-il aujourd'hui qualifier de rationnement une évolution des dépenses de soins de 7,09 p. 100 alors que personne ne s'était élevé contre la convention de mars 1990 qui aboutissait à un taux de progression de 5,23 p. 100 ?

Mme Elisabeth Hubert. Vous avez oublié que seul un syndicat avait signé ?

M. David Bohbot. C'était suffisant !

M. Jean-Yves Chamard. Si c'était appliqué, ça se saurait !

M. Bernard Pons. Curieuse façon de raconter l'histoire !

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Mesdames, messieurs, j'aimerais bien que vous m'écoutez car c'est très sérieux.

M. Jean-Yves Chamard. On est tout ouïe !

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. C'est un problème que je connais depuis longtemps. J'avoue que je ne suis pas tellement rompu à ce genre de débat et que je préfère l'écoute et les discussions sérieuses sur des problèmes aussi capitaux ! (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe socialiste.*)

M. Bernard Pons. Encore faut-il dire des choses vraies !

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. La progression de l'évolution des dépenses de santé ne peut plus être subie. Elle doit être désormais maîtrisée.

Dans ces conditions, la fixation contractuelle d'un objectif quantifié annuel d'évolution des dépenses est indispensable.

La fixation d'un tel objectif conduit à s'engager sur la voie d'une nouvelle gestion de notre système de soins en vue d'assurer une allocation optimale des ressources disponibles. C'est pourquoi l'ensemble des acteurs du système plaident à juste titre pour une maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses.

M. Jean-Yves Chamard. Qu'est-ce que ça veut dire ?

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Nous le préciserons.

M. Jean-Yves Chamard. Quels outils avez-vous ?

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Je voudrais insister sur cet aspect du débat ! Il nous faut maîtriser les dépenses médicales et pas seulement les remboursements de l'assurance maladie, sauf à accepter une médecine à deux vitesses, ce qui est totalement inacceptable tant pour les Français que pour une large fraction du corps médical.

Plusieurs députés du groupe socialiste. Tout à fait !

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Ce point est une question de principe pour le Gouvernement. Accepter cette dissociation conduit inéluctablement à une politique de déremboursement des actes médicaux et des prescriptions qui est le contraire d'une politique de maîtrise et qui porte atteinte à l'efficacité des régimes de sécurité sociale. Soyons clairs ! N'oublions pas que la terminologie contenue dans ce projet de loi de « dépenses présentées au remboursement des régimes d'assurance maladie » a été acceptée à l'unanimité des partenaires sociaux des régimes d'assurance maladie, même si le corps médical est partagé sur ce point.

Ceux qui refusent cette notion doivent dire à l'opinion que le déremboursement des frais médicaux est la voie qu'ils comptent emprunter pour équilibrer les comptes de l'assurance maladie.

L'approche médicalisée de la dépense de soins vise à optimiser les pratiques médicales et permet une pratique intelligente.

Cette approche s'effectue ainsi non par catégories de dépenses, mais par actes et prescriptions. Il s'agit donc d'une approche par la consommation de soins.

L'analyse des dépenses doit être réalisée en retenant d'abord le critère de l'utilité médicale.

M. Jean-Yves Chamard. Définition ?

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. L'objectif est donc de réduire, puis d'éliminer les prescriptions de soins, donc des dépenses, médicalement inutiles, puis, en se fondant sur la connaissance progressivement approfondie des thérapeutiques et des prescriptions de soins, de privilégier les actes et les prescriptions les plus utiles. Ainsi doivent être évités les gaspillages, les abus engendrés par le recours à des pratiques non justifiées par une exigence médicale. Il s'agit d'engager une démarche fondée sur la qualité, par l'évaluation des pratiques médicales et diagnostiques, par l'élaboration de recommandations thérapeutiques. Tout cela figure dans l'avenant conventionnel.

Cette maîtrise est donc contractualisée. Les priorités médicales sont élaborées par la profession et avec la profession tant au niveau national que sur le plan local. Le médecin traitant est au cœur du processus, de sa responsabilité. Il agit sur son propre terrain.

Cette maîtrise est aussi décentralisée. Elle s'exprimera au travers des contrats locaux d'objectifs, eux-mêmes faisant partie intégrante de plans locaux décidés en commun par les caisses et les représentants médicaux.

Cette maîtrise, enfin, est chiffrée. Il conviendra de calculer l'impact possible des objectifs médicaux retenus sur l'évolution des dépenses afin que chacun mesure pleinement l'amélioration recherchée et l'écart entre l'objectif et les résultats constatés.

Les médecins, notamment ceux que je rencontre souvent sur le terrain quand je rentre chez moi ou au cours de mes déplacements, reconnaissent, quand ils réfléchissent à certaines prescriptions, qu'ils peuvent les réduire sans risque pour la qualité de leur acte thérapeutique.

Je citerai quelques exemples.

Certains médicaments, qui ont exactement le même principe actif, coûtent du simple au double ou même au triple selon le laboratoire qui les commercialise. Par ailleurs, le service médical de l'assurance maladie a depuis longtemps mis en évidence des interactions médicamenteuses donnant lieu à des maladies iatrogènes. Je compte d'ailleurs prochainement demander à l'INSERM d'ouvrir une réflexion à ce sujet, en étroite concertation avec la communauté scientifique et médicale.

Les médecins prescrivent des listes d'examen biologiques de façon quasiment systématique et habituelle alors que de leur propre aveu, certains sont redondants, donc inutiles.

Pour les radiographies, des médecins demandent parfois de nombreuses incidences pas toujours utiles pour mettre en évidence ce que l'on cherche par la radiologie.

Un travail ambitieux est à entreprendre. Il passe par la mobilisation du corps médical.

Ce que me disent aussi ces médecins, c'est que, souvent, ils doivent résister aux demandes de leurs patients. Il faut donc que nous fassions tous œuvre de communication vers le public pour qu'il admette - et il commence à le faire - que la qualité de la relation médecin-malade ne se juge pas à la longueur des ordonnances.

Agir dans cette direction offre de nombreux avantages.

C'est une démarche cohérente. Elle tient compte du fait essentiel que ni les médecins, ni les assurés, ni les forces politiques et syndicales ne veulent un rationnement de l'accès aux soins. Elle ne méconnaît pas, bien au contraire, les intérêts des autres secteurs d'activités, à commencer par l'hôpital.

C'est aussi une démarche équilibrée. La recherche de l'optimisation du système exige un effort continu et important de rigueur, mais cet effort est équitablement réparti entre tous les acteurs, ce qui est une condition essentielle de l'adhésion à la démarche.

Les médecins doivent maîtriser l'évolution de leurs actes et prescriptions mais, le critère étant l'utilité médicale, la démarche n'est pas seulement strictement conforme à la déontologie, elle assure également une revalorisation intellectuelle et socioculturelle de l'acte médical et de l'art médical par la modération des quantités et l'amélioration continue de la qualité.

Les patients savent que l'accumulation croissante d'actes et de prescriptions ne procure pas forcément une satisfaction plus grande. La réforme envisagée permettra une évolution des dépenses garantissant l'accès de tous à des soins médicalement justifiés.

L'assurance maladie doit faire de l'action concertée entre services administratifs et services médicaux, que ce soit au niveau local, au niveau régional ou au niveau national, la base de toute son activité, aussi bien dans la détermination de ses objectifs de gestion du risque que dans le suivi de ses relations avec les professions de santé et les assurés ou dans le développement de ses contrôles à l'égard des structures de soins, des professions de santé et des patients.

Pour être certaine, la maîtrise médicalisée des dépenses demande aux praticiens et aux caisses un effort d'analyse conceptuel autant que pratique, car l'appréhension statistique de la consommation de soins est quantitativement mais aussi qualitativement insuffisante.

Une connaissance plus fine de la consommation de soins ne pourra toutefois être obtenue que par le codage des actes médicaux et celui des prescriptions. Le codage est techniquement au point en ce qui concerne la biologie. Cette connaissance devrait compenser le retard considérable observé en France dans ce domaine par rapport aux autres pays développés et permettra d'assurer la médicalisation du système informationnel de l'assurance maladie.

Le gouvernement est désireux d'agir rapidement dans ce domaine et en concertation avec les instances habilitées à éclairer la lecture de notre droit - j'évoque ici le rôle du Conseil d'Etat et de la commission nationale « Informatique et libertés ».

On objectera qu'à défaut des outils et des moyens de la maîtrise médicalisée des dépenses, rien ne sera possible sauf à appliquer une simple logique économique ou administrative.

Cette remarque n'est pas justifiée, pour plusieurs raisons. La maîtrise médicalisée est déjà possible pour près de 25 p. 100 de la consommation de soins de la population. Le précédent de la convention médicale de mars 1990 le démontre : les partenaires ont élaboré en commun pas moins de dix-sept références médicales nationales qui ont déjà permis la définition de plus de cinquante contrats locaux d'objectifs. S'ajoute à cela le patrimoine d'actions et de connaissance des caisses et des médecins en matière de gestion du risque. Enfin, la modération des taux prévisionnels prévue en 1992, complétée par le rôle éminent que joueront les unions locales de praticiens pour apprécier la situation de chaque médecin, contribuera à l'adoption d'une démarche raisonnée et intelligente.

Tout cela forme autant de garde-fous, de garanties et de moyens pour lire avec mesure et efficacité le dispositif de régulation défini par les partenaires de la convention.

La maîtrise doit être concertée et doit valoriser tous les acteurs du système.

On ne saurait trop insister sur la participation effective des professions de santé à la gestion des mécanismes régulateurs de la dépense. Il leur revient, en effet, d'assurer le respect des bonnes pratiques médicales évoquées.

L'évolution de notre système de soins conduit inéluctablement la profession médicale à ne plus se suffire de la seule notion de liberté individuelle en matière thérapeutique, mais à développer aussi une double liberté et une responsabilité collective. Le projet de loi, s'il est adopté, offrira à cet égard une telle perspective.

La maîtrise médicalisée des dépenses ne saurait toutefois être un absolu. D'autres voies complémentaires sont à emprunter avec ténacité. La maîtrise de la démographie des professions de santé est une priorité. Le Gouvernement entend poursuivre dans la voie ouverte par les choix de nos prédécesseurs. Ainsi, la maîtrise des flux d'étudiants sera maintenue.

L'avenant à la convention médicale crée un droit à la reconversion des médecins. Il revient à la représentation nationale d'en confirmer le principe, qui permettra à tout praticien désireux de cesser une activité professionnelle d'exercice libéral de bénéficier d'une contribution émanant d'un fonds alimenté tant par la profession médicale que par l'assurance maladie et l'Etat.

Dans le même esprit, conformément aux orientations des rapports Lazar et Girard, la politique de réorientation des médecins vers des activités d'intérêt collectif sera amplifiée.

La maîtrise des dépenses, c'est aussi l'adaptation des conditions d'exercice des professions de santé, et tout particulièrement le développement de la formation médicale continue. Le Gouvernement veillera à ce que les médecins préservent l'identité de leur système de formation continue. Bernard Kouchner, ministre de la santé et de l'action humanitaire, et moi-même sommes particulièrement attachés à moderniser le statut des professions de santé et médicales, notamment dans le domaine du droit des sociétés d'exercice libéral.

Par ailleurs, plusieurs négociations conventionnelles doivent s'organiser rapidement. Elles concerneront la mise en place du secteur promotionnel, la revalorisation du rôle du médecin généraliste et de famille.

J'ai l'habitude, comme beaucoup d'autres, de dire que le médecin généraliste est la clé de voûte de notre système de soins.

Rénover la place du médecin généraliste, garantir ses missions constituent en soi de véritables priorités. Développer ses responsabilités en matière de continuité des soins et de coordination contribue évidemment à la motivation de ces dizaines de milliers de praticiens et à la maîtrise des dépenses.

Le Gouvernement souhaite que les partenaires innovent enfin et rapidement en ce domaine. Des expérimentations dans les rapports entre médecins généralistes et médecins spécialistes doivent voir le jour et donner lieu à évaluation. L'exercice libéral de la médecine ne saurait être conçu comme un monopole hermétique du mode de distribution des soins, à l'encontre des attentes d'une partie notable de la profession.

Il conviendra par ailleurs de reconnaître l'importance du suivi et de l'adaptation des pratiques aux besoins des malades pour les professions paramédicales. Les conventions de régulation des dépenses signées avec la plupart d'entre elles recèlent des avancées importantes à cet égard. Un objectif commun émerge de l'ensemble de ces accords : le renforcement des actions en vue du bon usage des soins et de la bonne prescription.

Le développement des systèmes d'information, de formation continue et d'évaluation est au centre des dispositifs négociés de régulation des coûts. Cela permettra une évolution positive des tarifs médicaux, l'actualisation permanente des nomenclatures, des modes d'activité professionnelle plus adaptés à l'exigence des techniques et des besoins sanitaires.

Monsieur le président, mesdames, messieurs les députés, ce projet de loi permet d'asseoir une lecture originale de la régulation des dépenses de santé. Il est essentiel, en effet, de

rappeler que la politique contractuelle est et doit demeurer le mode normal pour régir les rapports entre les professions de santé, les caisses d'assurance-maladie et l'Etat.

Bien que complexe, lourde et parfois lente à réaliser, la politique conventionnelle est une tradition d'avenir dans un pays démocratique où chaque grande profession discute, négocie et contractualise ses responsabilités et ses engagements.

Certes, il serait souhaitable que les règles du jeu soient mieux clarifiées, que les partenaires fixent en commun des limites au temps de la négociation et que l'ensemble de la profession médicale se sente plus impliquée dans le choix que ses représentants assument en leur nom.

Le rapport du comité des sages des états généraux de la sécurité sociale de 1987 mentionnait que notre pays devait opter entre deux grandes voies de réforme : soit accentuer la centralisation du système de régulation des dépenses de santé, soit élargir la place de la concurrence.

Entre ces deux extrêmes, il est possible de maintenir une troisième voie, celle du système conventionnel, quitte à renouveler et à moderniser les modalités d'application et les choix essentiels qui l'inspirent.

Notre système de soins est désormais sur la voie de la maîtrise. Ce principe a été consacré par le Conseil constitutionnel, qui, dans sa décision du 16 janvier 1991, a estimé légitime « l'objectif de maîtrise des dépenses de santé » dans la législation de notre sécurité sociale. La maîtrise des choix s'opérera à partir d'une démarche construite en trois étapes. D'abord à partir des travaux du haut-comité de santé publique, installé par Bruno Durieux, et des réflexions qui ne manqueront pas d'émerger du projet de conférence annuelle « Objectif Santé », dont l'idée fut lancée par mon prédécesseur, Jean-Louis Bianco, idée que j'entends concrétiser dans les meilleurs délais.

La maîtrise des dépenses procédera ensuite d'une négociation annuelle entre le Gouvernement et les responsables des trois régimes d'assurance maladie conformément au protocole d'accord du 25 octobre 1991, approuvé à l'unanimité des partenaires sociaux, ce qui fut, convenez-en, une avancée significative dans un domaine où les passions idéologiques, je le vois bien, sont encore vivaces. (*Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République.*)

M. Jean-Pierre Delalande. Ah ! Vous avouez !

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Enfin, cette maîtrise s'organisera, à un dernier niveau, par la juxtaposition cohérente des différents accords annuels entre les caisses et l'ensemble des professions de santé conventionnées, et principalement par la dynamique de la convention médicale.

M. Jean-Yves Chamard. C'est le « tripartisme », le « triple bipartisme »... ou la polka piquée ?

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Chacun comprendra que, compte tenu du rôle éminent assumé par les médecins dans l'organisation des soins, le projet de loi qui est soumis à la délégation du Parlement revêt une importance particulière.

M. Bernard Pons. La « délégation » ? Qu'est-ce que cela veut dire ?

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Destiné à traduire dans notre législation les dispositions indispensables pour permettre le bon fonctionnement du système conventionnel, le choix qui s'impose logiquement à tous vise tout autant à conforter la politique conventionnelle qu'à garantir une maîtrise des dépenses fondée sur la qualité des soins.

Certes, l'accord des partenaires sociaux et médicaux n'est pas parfait. C'est un compromis. Quelques insuffisances y apparaissent.

Il revient cependant aux parties signataires de la convention d'interpréter leur texte avec souplesse mais aussi dans le respect des engagements pris. Cet avenant a mis fin à trois années d'imbroglio dans les rapports entre les assurés sociaux, les professions de santé et les caisses d'assurance maladie. (*Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République.*)

M. Adrien Zeller. Hélas !

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Sa qualité tient aussi aux choix qu'il énonce.

Je veux, ici, apporter une précision. Je le fais d'autant plus volontiers que, naturellement, les partenaires sociaux et médicaux sont les plus à même d'expliquer aux médecins et à l'opinion publique les choix et les méthodes qu'ils entendent appliquer.

Pour le Gouvernement, il ne s'agit pas d'appliquer un taux prévisionnel pour chaque médecin, ni, *a fortiori*, un système d'enveloppe individuelle. L'évolution des dépenses sera appréciée et analysée à l'échelon de chaque circonscription de caisse, et concernera donc la collectivité médicale. (*Protestations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République.*)

M. Jean-Yves Chamard. Ce n'est pas ce qui est écrit dans l'article 4 du projet de loi ! Vous le savez bien, monsieur le ministre ! (*Protestations sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. C'est à partir de ces constats collectifs faits par la profession médicale, donc réfléchis, que le dispositif de régulation peut s'appliquer.

Le Gouvernement a donc choisi de fortifier le système conventionnel. L'élaboration d'un projet de loi demandé et approuvé par les signataires de l'accord conventionnel...

M. Gilbert Millet. C'est l'écèlement de la convention !

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. ...a permis à celui-ci non seulement l'agrément de ce texte, mais aussi de revaloriser conséquemment les tarifs médicaux des principaux actes de la médecine de ville.

Le Gouvernement est attaché à la valeur de la parole donnée. Il a respecté la sienne. Chacun ici le sait.

M. Gilbert Millet. Et l'assurance vieillesse des médecins ?

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Le problème posé est donc clair : souhaitez-vous, oui ou non, la maîtrise négociée, c'est-à-dire la préservation intelligente de notre système de soins ?

Mme Elisabeth Hubert. C'est votre interprétation ! Une interprétation fallacieuse !

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Souhaitez-vous, oui ou non, y mettre le prix, celui de la volonté et du respect de l'engagement contractuel ? (*Protestations sur les bancs des groupes du Rassemblement pour la République et Union pour la démocratie française.*)

M. Bernard Pons. Avec le 49-3 !

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Mesdames, messieurs les députés, en approuvant les dispositions législatives présentées, vous choisirez de conforter le rôle des partenaires sociaux et médicaux dans leur tâche difficile mais indispensable de garantir une médecine de libre prescription et d'accès égal pour tous à des soins de qualité.

M. Bernard Debré. Ce n'est pas tout à fait ça !

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. A défaut d'un tel choix, ce serait à coup sûr la déstabilisation du système conventionnel. (*Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République.*)...

M. Bernard Debré. Ah ! Voilà !

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. ...avec les conséquences que beaucoup appréhendent.

M. Philippe Legras. C'est « le bâton ou le bâton » !

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Le Gouvernement demande à la représentation nationale de ne pas utiliser ce débat à des fins partisans et circonstancielles.

M. Bernard Debré. Oh !

Plusieurs députés du groupe du Rassemblement pour la République. Pourquoi le 49-3, alors ?

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Je ne doute pas, en effet, que, sur ce choix délicat, considérable, dont les citoyens de ce pays seront avertis...

M. Philippe Legras. Oui !

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. ... l'Assemblée nationale partage avec le Gouvernement la conviction d'agir dans l'intérêt de nos concitoyens et de notre pays. C'est aujourd'hui la seule motivation qui doit nous animer. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. Philippe Legras. Ce n'est pas ainsi qu'ils l'ont compris !

Question préalable

M. le président. M. Bernard Pons et les membres du groupe du Rassemblement pour la République opposent la question préalable, en vertu de l'article 91, alinéa 4, du règlement.

La parole est à Mme Elisabeth Hubert.

Mme Elisabeth Hubert. Quoi que vous en pensiez, monsieur le ministre, nous vous avons écouté avec une certaine attention. Vous me permettez néanmoins de porter d'emblée une appréciation : je n'ai pas vu grande différence avec les propos que vos prédécesseurs ont pu tenir depuis quatre ans, et votre litanie de lieux communs et d'affirmations sans preuve... (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste*) n'a rien pour convaincre. (*Applaudissements sur les bancs des groupes du Rassemblement pour la République et Union pour la démocratie française.*)

M. Henri Cuq. Voilà au moins quelque chose de clair !

Mme Elisabeth Hubert. Serpent de mer des gouvernements socialistes, le débat sur la santé que nous réclamions sur les différents bancs de cette assemblée depuis près de trois ans entre aujourd'hui par la petite porte de l'hémicycle.

Le texte qui nous est actuellement soumis, « projet de loi relatif aux relations entre les médecins et l'assurance maladie », aussi important soit-il pour l'avenir du système conventionnel, n'aborde qu'un aspect - le titre le montre clairement - de ce que nous aurions souhaité voir discuter.

Le débat sur l'édification d'une nouvelle politique de santé pour notre pays n'est - encore une fois ! - pas à l'ordre du jour. Il est vrai, monsieur le ministre, que vous avez un immense avantage par rapport à vos prédécesseurs, M. Evain et M. Bianco : ce débat, vous ne l'avez, vous, jamais promis.

Vous me permettez néanmoins de regretter que les parlementaires n'aient jamais la possibilité de discuter, dans cette enceinte, de ce qui est un sujet de préoccupation majeur de leurs électeurs, un sujet de préoccupation majeure de nos concitoyens - peut-être est-ce d'ailleurs le plus important à leurs yeux -, je veux parler de la santé et de la protection sociale.

M. Bernard Pons. Très bien !

Mme Elisabeth Hubert. Vous devez comprendre, aussi jeune ministre que vous soyez (*Sourires*), qu'il n'est pas pensable que la représentation nationale ne puisse évoquer ces thèmes à aucun moment en dehors de quelques heures de débat budgétaire et des expéditives discussions de trop nombreux DMOS - ces projets de loi qui sont un défi à la démocratie et au Parlement. Peut-on imaginer que le logement, l'environnement, le sport ne fassent jamais l'objet d'une réflexion de fond de la part des instances élues de ce pays ? Eh bien ! la santé et la protection sociale, ce poste budgétaire essentiel dans l'économie des ménages français, ce sujet de préoccupation majeure n'est jamais débattu par les parlementaires.

Aussi, profitant du temps de parole qui m'est imparti, j'aborderai dans la dernière partie de mon exposé l'aspect prospectif de l'organisation de notre système de soins et de son financement. (*« Très bien ! » sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République.*)

Mais avant d'aller plus loin, monsieur le ministre, j'aimerais que vous nous expliquiez pour quelles raisons le ministre de la santé, Bernard Kouchner, n'est pas signataire d'un projet dont le moins que l'on puisse dire est qu'il intéresse son ministère. (*Applaudissements sur les bancs des groupes du Rassemblement pour la République et Union pour la démocratie française.*)

A moins que, dans votre optique, les médecins ne soient plus des acteurs du système de santé ? Est-ce une volonté délibérée de sa part de ne pas apposer sa signature sur ce document ?

M. Jean-Pierre Delalande. Bonne question !

M. Bernard Pons. Ce n'est pas impossible !

Mme Elisabeth Hubert. Est-ce pour cela que vous, ministre des affaires sociales et de l'intégration, vous devenez, sur ce document, « ministre des affaires sociales et de la santé », alors que jamais ce domaine n'a fait partie de vos attributions ? (*Applaudissements sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République.*)

Est-ce parce que Bernard Kouchner ne veut pas voir son nom associé à un mauvais coup pour la médecine qu'il n'est pas à vos côtés sur les bancs ministériels pour défendre ce projet de loi ?

M. Henri Cuq et M. Bernard Pons. C'est probable !

M. Jean-Yves Chamard. C'est pour la paix des ménages !

Mme Elisabeth Hubert. J'en viens maintenant à la motion de procédure que je suis chargée de défendre devant vous au nom du groupe du RPR.

La question préalable répond pleinement à notre analyse. Nous estimons, en effet, qu'il n'y a pas lieu de débattre sur un texte que nous estimons mauvais, tant dans sa lettre que dans son esprit.

Mauvais texte parce qu'il porte un mauvais coup à la politique conventionnelle, mauvais texte parce que les modifications qu'il impose au code de la sécurité sociale sont dangereuses pour l'avenir de notre système de soins, mauvais texte parce que c'est dans une autre voie qu'il faut s'engager.

Tels seront les trois points de mon propos.

D'abord, ce texte porte un mauvais coup à la politique conventionnelle.

M. Jean-Pierre Delalande. C'est vrai !

Mme Elisabeth Hubert. Je rappellerai en quelques mots le « parcours du combattant » de ce texte, ou tout au moins du document qui en a inspiré la rédaction, le fameux avenant n° 3 à la convention médicale de 1990.

Quelques rappels d'histoire s'imposent. Au mois de mars 1990, la conclusion d'une nouvelle convention régissant les relations entre les médecins libéraux et les caisses d'assurance maladie avait donné lieu dans les mois précédant cette signature à de sérieuses empoignades des syndicats médicaux avec le gouvernement de l'époque. Déjà était en cause la mise en place d'un mécanisme de régulation des dépenses de santé. Je n'évoquerai que pour l'anecdote les menaces de Claude Evain pour faire passer en force ses propositions. Celles et ceux qui sont ici présents ont certainement en mémoire le débat qui s'ensuivit dans cet hémicycle au mois de décembre 1989.

En définitive, monsieur le ministre, l'approbation d'un syndicat, d'un seul syndicat,...

Plusieurs députés du groupe du Rassemblement pour la République. Un seul !

Mme Elisabeth Hubert. ... la FMF, mettait fin temporairement à ces discussions. Parallèlement, une augmentation tarifaire échelonnée sur un an était avaluée. Seule la première tranche sera alors accordée.

« Mettait fin temporairement » car, un an plus tard, en signant avec un autre syndicat représentatif, MG France, un premier avenant portant sur la mise en œuvre de contrats de santé, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés mettait de nouveau le feu aux poudres.

Contesté par la totalité du corps médical, ce texte ne sera jamais appliqué et coûtera sa place de président de la Caisse nationale de l'assurance maladie à Maurice Derlin.

A la suite de l'arrivée de Jean-Claude Maillet à la tête des gestionnaires de l'assurance maladie, un second avenant était signé le 25 juin 1991 par un troisième syndicat, la CSMF. Document destiné à remplacer le précédent mais qui n'aura pas de suite, n'ayant jamais été soumis aux instances gouvernementales !

Enfin, le 27 février de cette année, la même CSMF signe avec la CNAM un troisième avenant, relatif à l'adaptation conventionnelle et à la régulation des dépenses.

Après d'intenses négociations, la Caisse des travailleurs non salariés et la Mutuelle sociale agricole accordent également leur signature le 10 avril.

Le résumé de ce feuilleton, dont je n'ai pas relaté les plus mauvais épisodes, illustre, à lui seul, les méfaits du système conventionnel tel qu'il est aujourd'hui vécu dans notre pays.

Quatre négociations, quatre textes n'ayant aucune cohérence les uns avec les autres, signée par trois syndicats médicaux différents. Des syndicats sur les divisions desquels on joue pour obtenir la signature au gré des orientations prises !

M. Bernard Pons et M. Jean-Pierre Delalande. Tout a fait !

Mme Elisabeth Hubert. Des partenaires sociaux plus soucieux de voir maintenu le simulacre de leurs prétendues responsabilités qu'attentifs aux textes négociés et aux conséquences de ces accords sur notre protection sociale ! (*Approbations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République.*) Un Gouvernement qui a beau jeu de dire qu'à ce stade il n'est pas impliqué, n'étant pas légalement présent à la table des négociations ! Vous me permettez de dire, monsieur le ministre, que c'est du mauvais théâtre de boulevard : le mari et la femme partagent peut-être le même lit, mais l'amant est dans le placard ! (*Sourires.*)

M. Claude Bartolone. Quelle expérience de la vie !

M. Gilbert Millet. C'est tout de même une comparaison osée !

Mme Elisabeth Hubert. L'avenant est maintenant signé et agréé par le Gouvernement. La phase législative commence. En effet, les modifications du code de la sécurité sociale qu'il impose doivent être adoptées par le Parlement, et c'est l'objet de ce projet.

Examinons les grandes lignes de ce texte.

D'abord, il est prévu de fixer chaque année un taux d'évolution globale des dépenses de santé présentées au remboursement des caisses. Cet accord a été conclu entre le ministère, la CNAM et une des deux autres caisses.

Conséquence de la fixation de ce taux directeur : les relations contractuelles caisses-médecins intègrent dorénavant la mise en place de mécanismes de régulation des dépenses, envisagent la création d'un secteur dit « promotionnel » et permettent, le cas échéant, le financement de la formation médicale continue et de la reconversion des médecins.

Corollaire de la fixation de ce taux directeur : le texte définit les sanctions individuelles et quasi automatiques encourues par les praticiens qui n'auraient pas respecté les taux d'évolution.

Outil de la gestion de ces nouvelles règles professionnelles, les unions de médecins libéraux, organismes de droit privé, voient établis dans ce texte leur composition, leur mode d'élection en deux collèges séparés - l'un de généralistes, l'autre de spécialistes - leurs règles de fonctionnement et leur financement.

Enfin, cerise sur le gâteau, monsieur le ministre, vous avez introduit un dernier article permettant d'imposer à un professionnel de santé de rembourser à la sécurité sociale tout ou partie des soins et prescriptions dont il aurait été responsable « et qui n'auraient pas été nécessaires ou qui n'auraient pas tenu suffisamment compte de la plus stricte économie compatible avec l'efficacité des actes et des prescriptions ». Cette sanction supplémentaire vient s'ajouter à celle que j'ai évoquée précédemment.

Dès lors, vous ne vous étonnerez guère des réserves - et le mot est mesuré - que peuvent susciter dans l'opposition les dispositions législatives qui nous sont aujourd'hui proposées.

Avant de développer les raisons qui nous poussent à combattre vos propositions et à estimer qu'elles ne sont même pas amendables, je reviendrai sur le contenu de l'avenant n° 3, dont j'évoquais tout à l'heure les péripéties « d'accouchement ».

Outre le préambule dans lequel sont rappelés les grands principes qui régissent notre système de santé - rappel peut-être redondant, mais jamais inutile avec un gouvernement de philosophie socialiste, ce qui, on le sait, n'est pas synonyme de mémoire -

M. Jean-Pierre Delalande. C'est vrai !

Mme Elisabeth Hubert. ...ce document comporte deux chapitres et dix-neuf articles.

Le premier chapitre porte sur la régulation des dépenses et définit les principes de cette régulation, le dispositif national, les objectifs locaux de régulation qui reposent sur une approche décentralisée et médicalisée et, enfin, les responsabilités respectives de la profession médicale et des caisses d'assurance maladie.

En résumé, ce chapitre prévoit la fixation de taux nationaux de croissance prévisionnelle portant sur l'activité médicale et la prescription remboursable des praticiens conventionnés. Cette décision s'inscrit dans une démarche médicalisée, tant au plan national qu'au niveau des caisses primaires, celles-ci concluant avec les partenaires locaux des contrats d'objectifs médicalisés.

Le second chapitre de cet avenant traite de l'adaptation conventionnelle et, plus particulièrement, de la reconversion des médecins, de l'assurance vieillesse de ces derniers - laquelle est l'objet depuis des mois de controverses avec les gouvernements successifs - des structures professionnelles locales, de la limitation de l'accès au secteur à honoraires libres, du secteur promotionnel et, enfin, du rôle du médecin de famille.

Permettez-moi de faire une remarque à propos du rôle du médecin de famille. Le médecin généraliste que je suis ne peut s'empêcher d'évoquer avec tristesse la tartufferie qui consiste à conclure tous les textes, qu'ils soient conventionnels ou politiques, par un couplet sur le médecin de famille, qualifié une fois de « pivot du système de santé », une autre fois de « pierre angulaire » - c'est l'expression que vous avez employée dans une interview récente, monsieur le ministre - une autre fois encore, de « clé de voûte du système de santé ».

Autre tartufferie que celle qui consiste à créer à chaque fois des groupes de travail : leurs conclusions sont toujours les mêmes - ce qui est plutôt rassurant ! - mais elles ne sont jamais appliquées ! (*Applaudissements sur les bancs des groupes du Rassemblement pour la République et Union pour la démocratie française.*)

Je peux vous assurer que mes confrères ne supportent plus ces paroles qui n'engagent que leurs auteurs... et encore, je ne suis pas sûre qu'elles les engagent vraiment ! (*Même mouvement sur les mêmes bancs.*)

Vous me pardonnerez de m'être livrée à cette rapide synthèse de deux textes, mais ils font apparaître une différence très sensible dans l'approche des problèmes : l'un révèle une démarche que je qualifierai de médico-économique, l'autre est inspiré par une philosophie franchement et seulement économique.

Dans le texte de l'avenant, il est question des dépenses d'assurance maladie. Dans la transposition législative de ce texte, il est fait état de dépenses présentées au remboursement, c'est-à-dire que sont visés également les dépassements d'honoraires, les prescriptions médicamenteuses ou examens complémentaires ordonnés par les médecins. Il y a là plus qu'une nuance ! Cela va plus loin que les accords de régulation signés avec les autres professions de santé ! (*Applaudissements sur les bancs des groupes du Rassemblement pour la République et Union pour la démocratie française.*)

Contrairement à l'avenant conventionnel, l'article 4 du projet de loi prévoit une récupération systématique et individuelle en cas de dépassement des taux.

Enfin, les fonctions des unions professionnelles apparaissent singulièrement appauvries. Seul leur rôle en matière de réglementation semble avoir échappé à cet appauvrissement. Et surtout, en créant deux collèges électifs séparés - l'un de généralistes, l'autre de spécialistes - vous faites ressurgir le spectre de l'éclatement de l'unité médicale.

M. René André. C'est ce qu'ils espèrent depuis dix ans !

M. Bernard Debré. Diviser pour régner !

Mme Elisabeth Hubert. Rappelons-nous. Cela avait déjà été le fait de Claude Evain quand il avait envisagé des conventions séparées pour ces deux secteurs d'activité médicale. Le texte avait d'ailleurs été voté grâce à l'usage de l'article 49-3. Déjà !

Pourquoi ces différences entre la rédaction du texte conventionnel et celle du projet de loi ?

Certaines relèvent, à l'évidence, de la volonté gouvernementale. D'autres sont apparues à la suite du passage du texte devant le Conseil d'Etat. Ainsi, à l'issue de cet examen, les modalités d'élection aux unions professionnelles ont changé, l'échelon régional de ces unions a été supprimé, les attributions de ces structures ne figurent plus dans le texte alors qu'elles étaient énumérées dans l'avenant et dans la première version du projet de loi, les modalités de sanction à l'encontre des praticiens ayant dépassé les taux ne sont plus les mêmes, et, enfin - est-ce le fait du Conseil d'Etat ou de

la plume trop zélée d'un conseiller du ministre ? - une sanction supplémentaire, que j'ai qualifiée tout à l'heure de cerise sur le gâteau, est maintenant apparue ! (« Hélas ! » sur plusieurs bancs du groupe du Rassemblement pour la République.)

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. Chérie, fais-moi peur !

M. David Bohbot. Vous auriez dû venir en commission, madame !

Mme Elisabeth Hubert. Les conséquences de ces modifications ne sont pas minces. Au moins un syndicat avait signé l'avenant. Tous refusent dorénavant le texte législatif qui nous est aujourd'hui proposé !

M. Bernard Pons. Et ils ont bien raison !

M. Philippe Legras. C'est ce qu'on appelle un texte de consensus !

Mme Elisabeth Hubert. Vous voyez que, à ce stade de la discussion, nous aurions déjà des raisons d'adopter la question préalable.

M. David Bohbot. Complètement déconnectée !

Mme Elisabeth Hubert. Permettez-moi de rappeler ces raisons : un mauvais feuilleton législatif qui fait suite à un mauvais feuilleton conventionnel ; un projet de loi mal ficelé qui ne respecte pas les termes de la négociation conventionnelle ; trois signatures seulement pour quatre textes conventionnels en moins de deux ans ; un seul syndicat, partisan du moindre mal, signataire de l'avenant n° 3, alors que les deux autres y sont farouchement opposés ; enfin, un projet de loi unanimement condamné ! Et c'est cela, monsieur Teulade, que vous appelez une bonne négociation conventionnelle !

Je me dois d'ajouter que, si les défauts ne manquent pas au texte législatif, l'avenant n° 3 ne brille pas par sa clarté. Celui-ci a suscité l'incompréhension de la quasi-totalité du corps médical. Selon un sondage réalisé par un quotidien médical, les trois quarts des médecins refusent l'accord intervenu et 85 p. 100 des généralistes et des spécialistes combattent le mécanisme retenu pour la maîtrise des dépenses de santé. Et, moi, je ne mets pas en cause la validité de cette étude comme vous l'avez fait, vous, monsieur le ministre, en répondant ici-même à l'un de mes collègues. (Applaudissements sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République.) Il est vrai que mon sentiment est conforté par les contacts que j'ai eus avec mes confrères.

Je voudrais maintenant montrer que l'esprit de ce texte est mauvais et que la volonté purement économique qui le sous-tend est dangereuse pour l'avenir de notre système de soins. Et je présenterai trois arguments à l'appui de ma démonstration.

J'ai déjà évoqué de quelle façon l'Etat, qui ne devrait pas intervenir lors de la négociation entre les caisses et les professionnels de santé, pèse en réalité de toute son influence à cette étape de la réflexion. Un tel interventionnisme est inopportun car il est déstabilisant pour la politique contractuelle.

Bien sûr, monsieur le ministre, vous nous direz vraisemblablement tout à l'heure que ce n'est pas votre cas. Effectivement, votre arrivée récente au Gouvernement vous absout. Les négociations étaient déjà achevées quand vous avez pris vos fonctions. Mais me souvenant des commentaires que vous inspirait cet avenant conventionnel - ou d'autres textes - lorsque vous étiez président de la Mutualité, j'ai quelques doutes sur l'attitude que vous auriez adoptée si vous aviez appartenu au précédent gouvernement.

M. Bernard Pons. Il a signé !

Mme Elisabeth Hubert. Qu'importe ! Les pressions et les menaces à l'égard de la profession médicale n'ont pas manqué durant ces derniers mois. Rappelez-vous les appréciations portées, y compris dans cet hémicycle, par M. Bianco et plus encore par M. Durieux, le précédent ministre de la santé, qui n'était que ministre délégué mais qui semblait cependant avoir, lui, droit de regard sur les relations conventionnelles. Manifestement, M. Kouchner, bien qu'il soit ministre à part entière, n'a pas la même chance ! Les manifestations des mois de juin et de novembre sont encore suffisamment dans les mémoires pour que je ne m'attarde pas sur ce point.

Mais le plus grave est que cet interventionnisme ne date pas de cette dernière discussion. Chacun se souvient des menaces législatives brandies en 1989 par Claude Evin qui, estimant que la définition d'une nouvelle convention médi-

cale traînait en longueur, avait voulu instituer en juin 1989, dans un DMOS, le conventionnement individuel, puis, après y avoir renoncé, avait présenté en décembre de cette même année un texte envisageant le conventionnement séparé généraliste-spécialiste, texte qui avait finalement été adopté.

C'est encore le même Claude Evin qui a fait le coup de force législatif pour obliger les biologistes, puis les cliniques à adopter une enveloppe globale.

Ce sont Jean-Louis Bianco et Bruno Durieux qui ont signé avec les radiologues, les kinés et les infirmières la mise en place de systèmes purement comptables d'évolution des dépenses.

Il n'est plus possible de continuer dans cette voie, monsieur le ministre. Les menaces de mesures coercitives toujours brandies à l'encontre des professions de santé ne peuvent en aucun cas créer le climat de confiance indispensable à ces discussions qui, ne l'oublions pas, engagent à chaque fois un peu plus l'avenir de notre système de soins. (Applaudissements sur les bancs des groupes du Rassemblement pour la République, Union pour la démocratie française et de l'Union du centre.)

En effet, au-delà de cet interventionnisme inapproprié du Gouvernement, les professionnels de santé, et surtout les médecins, sont trop souvent désignés à la vindicte générale !

Ordonnateurs des dépenses de santé, porteurs d'un pouvoir que la technocratie a quelques difficultés à comprendre...

M. Bernard Pons. Ô combien !

Mme Elisabeth Hubert. ... coupables aux yeux des socialistes de ne pas être un corps électoral acquis - et on les comprend quand on voit les mauvais coups que vous leur portez - farouchement attachés à leur indépendance à tel point qu'ils confondent trop souvent, c'est vrai, cette notion avec individualisme, les médecins constituent les boucs émissaires rêvés d'un gouvernement socialiste.

M. Henri Cuq. Très juste !

Mme Elisabeth Hubert. Pour illustrer ces propos, je ne ferai plus appel à MM. Evin, Bianco ou Durieux, mais tout simplement à vous, monsieur Teulade.

Hier, vous étiez président de la Mutualité. Vous voulez maintenant nous faire croire qu'en endossant l'habit de ministre, sont ainsi gommés quarante ans de votre vie. Le loup serait devenu agneau. Effacées les accusations portées contre les médecins ! Disparues les lettres fustigeant notre exercice dont vous nous avez abreuvés pendant des années ! (Applaudissements sur les bancs des groupes du Rassemblement pour la République, Union pour la démocratie française et de l'Union du centre.)

Parce que je ne crois pas à « l'Esprit Saint » ministériel, j'ai repris les différents interviews que vous avez accordées à la presse médicale depuis votre prise de fonction à la tête du ministère des affaires sociales.

M. Pascal Clément. Ça ne va pas être triste !

Mme Elisabeth Hubert. Le 22 mai dernier, en réponse à une question sur votre volonté de maîtriser les dépenses de santé - et non d'assurance maladie - vous déclarez au *Panorama du médecin* à propos de la récente publication des comptes de la santé de 1991 : « Nous constatons des dérapages du côté de la médecine ambulatoire, notamment une vive croissance des dépassements d'honoraires ainsi que des médicaments non remboursés. »

La citation est-elle exacte, monsieur le ministre ?

M. le ministre des affaires sociales et de l'Intégration. Oui !

M. David Bohbot. M. le ministre ne la conteste pas !

Mme Elisabeth Hubert. Je crois même vous avoir entendu répéter ces propos tout à l'heure.

Or, chiffres officiels à l'appui, les honoraires médicaux dans leur totalité représentent moins de 14 p. 100 des dépenses de santé.

M. Bernard Pons. Eh oui !

M. David Bohbot. Et les dépenses générées ?

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. Et quelle est la dérive ?

Mme Elisabeth Hubert. Je vais y venir.

Les dépassements dont parle M. Teulade - dépassements du secteur II, dépassements exceptionnels ou droits à dépassement dont disposent encore une génération de médecins - ne représentent pas plus de 6 à 8 p. 100 de ces 14 p. 100. C'est-à-dire que ces dépassements, tellement critiquables aux yeux de M. Teulade, ne représentent que 1 à 2 p. 100 des dépenses de santé !

Autres accusés : les médicaments non remboursés. Là, monsieur le ministre, il faut que vous fassiez preuve d'un culot peu banal pour oser une telle affirmation.

M. Bernard Pons. Très juste !

Mme Elisabeth Hubert. Comment peut-on accuser les médecins de l'augmentation des prescriptions des médicaments non remboursés ? Est-ce eux qui décident du remboursement de telle ou telle spécialité pharmaceutique ou plus exactement de son déremboursement ? *(Applaudissements sur les bancs des groupes du Rassemblement pour la République, Union pour la démocratie française et de l'Union du centre.)*

M. David Bohbot. C'est du harcèlement !

Mme Elisabeth Hubert. La dérive financière de l'assurance maladie est-elle due à l'augmentation des dépenses d'assurance maladie ou à celle des dépenses de santé ? Vous savez très bien que, par définition, seules les premières influent sur le budget de la caisse nationale d'assurance maladie. Mais pour les besoins de votre démonstration, pour mieux mettre en évidence les « prétendues » responsabilités des praticiens, vous utilisez quand cela vous est utile la notion de « dépenses de santé ». Il n'en demeure pas moins que vous n'avez pas beaucoup de chance, puisque la Commission des comptes de la santé a récemment montré une décélération de la croissance de la consommation des soins : 4,8 p. 100 en 1991, contre 5,8 p. 100 en 1990 et 5,7 p. 100 en 1989 !

Je vais citer un autre exemple que vous ne pourrez réfuter, puisqu'il est signé de votre main.

M. Bernard Debré. Cela ne veut rien dire ! *(Rires sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République.)*

Mme Elisabeth Hubert. Je veux parler de la lettre que vous avez adressée à tous les médecins et dont j'ai été, à ce titre, destinataire.

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. Quelle chance !

Mme Elisabeth Hubert. Eh oui ! D'ailleurs, je ne m'en suis pas encore remise ! *(Sourires.)*

M. David Bohbot. On voit que cela vous a perturbée !

Mme Elisabeth Hubert. Au troisième paragraphe de cette lettre, vous précisez que la croissance des dépenses de santé dans notre pays est due à « l'augmentation excessive du volume des actes médicaux et des prescriptions ». C'est dans la droite ligne de vos propos que j'ai cités tout à l'heure.

M. Bernard Pons. Il a écrit cela ? *(Sourires.)*

Mme Elisabeth Hubert. Un peu plus loin, après avoir évoqué le spectre de la médecine à deux vitesses, vous écrivez : « Vous-même et tous vos confrères pâtirez également de cette situation. »

Pensez-vous sincèrement, monsieur le ministre, que de tels écrits sont de nature à infléchir l'attitude des médecins ?

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Oui !

Mme Elisabeth Hubert. A croire que le scribe qui était à vos côtés à la Mutualité française vous a suivi au ministère ! *(Applaudissements sur les bancs des groupes du Rassemblement pour la République, Union pour la démocratie française et de l'Union du centre.)*

M. David Bohbot. C'est du harcèlement !

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. C'est vraiment parce que c'est une femme que c'est supportable !

Mme Elisabeth Hubert. Quand vous et vos amis comprendrez-vous que de telles démarches ne sont pas de nature à rassurer les médecins et à les amener à s'impliquer en pleine confiance dans la gestion des dépenses de santé ?

Comment voulez-vous que les médecins ne se sentent pas agressés, alors que leur revenu ne correspond pas à celui qu'ils sont en droit d'attendre après huit à douze années d'études ?

Compte tenu des responsabilités qui sont les siennes, estimez-vous normal que le revenu moyen d'un généraliste français soit deux fois et demie inférieur à celui de son confrère américain, soit égal à la moitié de celui de son confrère allemand et soit inférieur à celui des praticiens généralistes autrichiens, danois, hollandais, norvégiens, anglais, entre autres ?

M. Philippe Séguin. Danois, c'est normal !

Mme Elisabeth Hubert. Pensez-vous vraiment que 100 francs pour une consultation de généraliste constitue une juste rémunération ? Vous devenez soudainement bien silencieux, mes chers collègues socialistes !

Alors que les études montrent que, par rapport à leurs confrères étrangers, les médecins français font beaucoup moins d'actes et passent plus de temps en consultation avec leurs patients, ce ne sont pas, contrairement à une idée reçue, ceux dont l'ordonnance coûte le plus cher. *(Applaudissements sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République.)* Tout cela est vérifiable. Et je suis sûre que vous avez les mêmes sources que moi.

Vous estimez que les médecins libéraux sont responsables de la dérive financière de la santé. Or que disent les chiffres de la Commission des comptes de la santé ?

Ils montrent que, en 1991, chaque Français a dépensé 10 051 francs pour sa santé, dont 1 377 francs en honoraires médicaux, 2 574 francs en prescriptions d'actes paramédicaux, d'explorations complémentaires et de médicaments, et 4 592 francs en dépenses hospitalières publiques ou privées.

M. Bernard Pons. Eh oui !

Mme Elisabeth Hubert. Qui dépense le plus ? Etes-vous sûr que des efforts ne peuvent pas encore être faits à l'hôpital public ? *(Applaudissements sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République.)*

M. Gilbert Millet. Faux problème !

Mme Elisabeth Hubert. Est-il normal que l'hospitalisation représente encore 48 p. 100 des dépenses d'assurance maladie...

M. Gilbert Millet. Vous voulez casser encore plus l'hôpital qu'on ne le fait actuellement !

Mme Elisabeth Hubert. ... alors que ce chiffre n'est plus que de 34 p. 100 dans certains pays ?

M. Henri Cuq. Très juste !

Mme Elisabeth Hubert. Comment s'étonner de voir augmenter des dépenses ambulatoires, si, dans le même temps, l'hôpital amorce une baisse, certes encore trop faible, mais néanmoins réelle de ses coûts ?

Pensez-vous que les professionnels libéraux, qui prennent en charge ces malades opérés le matin et sortis le soir ou ce patient atteint d'un cancer qui, grâce à leur dévouement, finira ses jours chez lui entouré des siens, n'ont pas besoin d'être rétribués honorablement pour cette mission qu'ils sont fiers de mener à bien ? A l'évidence, une telle mission mérite une rémunération adaptée ! *(Applaudissements sur les bancs des groupes du Rassemblement pour la République, Union pour la démocratie française et de l'Union du centre.)*

Pensez-vous que certains comportements hospitaliers ne doivent pas être revus ?

Est-il justifié de multiplier les examens complémentaires comme cela est encore trop souvent le cas en milieu hospitalier ?

Est-il rationnel, monsieur le ministre, de pratiquer une résonance magnétique nucléaire sur une personne de quatre-vingts ans, dans le coma, chez qui un scanner cérébral a déjà révélé l'existence d'une tumeur inopérable ? L'exemple est récent : il date de moins d'un mois et concerne une de mes patientes. La plaisanterie aura coûté 4 000 francs ! Et cet examen, ce n'est pas le généraliste que je suis qui l'avait prescrit !

M. Pascal Clément. Très bon exemple !

Mme Elisabeth Hubert. La justification de ce raisonnement est simple et explique toute votre attitude : vous avez une vision comptable et arithmétique de la santé...

Un député du groupe socialiste. Vous oubliez la recherche !

Mme Elisabeth Hubert. La recherche n'a rien à voir dans le cas, que je viens de citer, d'une RMN qui aura coûté 4 000 francs !

Toute votre démarche vise à imposer dans ce domaine une régulation uniquement économique.

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. Prévisionnelle !

Mme Elisabeth Hubert. Vous voulez mettre en place une enveloppe globale pour la médecine libérale, comme vous l'avez fait il y a huit ans à l'hôpital avec les méfaits que l'on connaît, et, plus récemment, pour les actes biologiques, radiologiques, infirmiers et de kinésithérapie.

Vous suivez en cela la logique qui est la vôtre et dont je rappelle qu'elle sous-tendait le texte de la convention médicale, que vous évoquiez tout à l'heure, signée en mars 1990.

Pour les besoins de ma démonstration, je reviendrai au texte qui nous réunit aujourd'hui et je citerai les propos de l'ordre des médecins, appelé par vous-même à émettre un avis sur l'avenant conventionnel : « La définition de la régulation des dépenses de santé », fondée sur des critères économiques quantitatifs (coûts, taux...) semble ignorer que l'activité du médecin est la somme de décisions médicales individuelles qui doivent prendre en considération, non seulement les aspects scientifiques objectifs, mais aussi les aspects subjectifs liés à la personnalité du malade et à son environnement familial et socio-culturel. »

Le Conseil de l'ordre estime que la notion de qualité des soins précédemment définie à partir de l'intérêt du malade l'est maintenant en fonction du volume d'actes et de prescriptions.

Toujours à propos de certaines dispositions de l'avenant, notamment celles concernant la détermination des pratiques médicales les plus efficaces, je citerai encore : « Le médecin doit rester libre de proposer à chaque malade le traitement le plus approprié à son état »...

M. David Bohbot. C'est le cas !

M. Bernard Debré. Ce n'est plus le cas !

Mme Elisabeth Hubert. ... « pour répondre utilement à la demande légitime de son patient. »

Plusieurs députés du groupe du Rassemblement pour la République. C'est fini, tout cela !

Mme Elisabeth Hubert. Enfin, pour ce qui a trait aux contributions financières des médecins - sanctions pécuniaires en cas d'écart avec le taux d'évolution -, le Conseil de l'ordre condamne l'absence de procédure contradictoire ou d'appel. Il condamne également, à juste titre, le délai insuffisant de trois ans donné au médecin au début de son installation, période pendant laquelle le nouvel installé échappe au mécanisme du taux d'évolution. Or, et vous le savez bien, une durée de trois ans n'est plus aujourd'hui celle qu'il faut pour se constituer une clientèle médicale.

M. Bernard Debré. Assurément !

Mme Elisabeth Hubert. L'esprit du texte de loi étant encore plus coercitif, je pense que l'avis du Conseil de l'ordre, qui, je le rappelle, a été émis sur l'avenant et non sur le projet de loi, serait très certainement extrapolable, et son appréciation résume bien l'ensemble des reproches que nous pouvons faire.

M. Bernard Pons. C'est vrai !

Mme Elisabeth Hubert. La régulation comptable des dépenses de santé n'est pas compatible avec l'éthique médicale. Elle n'est pas non plus conforme à la conception de liberté des patients et d'indépendance des médecins qui a cours dans notre pays, principes dont je rappelle qu'ils sont, tous les sondages le montrent, plébiscités par nos concitoyens. (*Applaudissements sur les bancs des groupes du Rassemblement pour la République et Union pour la démocratie française et sur plusieurs bancs du groupe de l'Union du centre.*)

La mise en œuvre d'un taux d'évolution des dépenses de santé conduira inévitablement les gestionnaires, quels qu'ils soient, à tenter d'en réduire le montant.

Comment fixer une enveloppe *a priori* sans lien avec des pathologies imprévisibles ? On ne parlait pas du sida il y a douze ans et, en début d'année, on ne sait pas quand pourrait se produire une épidémie de grippe.

Il faut être conscient qu'inévitablement cette démarche poussera à faire des choix non conformes à l'intérêt du malade - ce malade, monsieur le ministre, dont vous avez tellement peu parlé dans votre intervention.

M. Bernard Pons. Il n'en a parlé qu'une fois !

Mme Elisabeth Hubert. Nous courons le risque de voir demain les chirurgiens s'interroger sur le bien-fondé, justement en raison des taux d'évolution, de la pose d'une prothèse de hanche chez une personne de quatre-vingt-cinq ans, par ailleurs en parfaite santé.

M. Bernard Debré. Bien sûr !

Mme Elisabeth Hubert. Ne pourraient-ils pas non plus s'interroger sur la pose d'un pacemaker à un vieillard dont le seul défaut est d'avoir quatre-vingt-dix ans et une espérance de vie problématique ?

M. Pascal Clément. M. Attali avait bien fait des propositions ?

M. Gilbert Millet. C'est M. Lenoir qui, à l'époque, avait proposé cela. C'était un ministre de droite !

Mme Elisabeth Hubert. Monsieur le ministre, qu'en penseriez-vous s'il s'agissait de votre père ou de votre mère ?

Peut-on accepter que, demain, les plus pauvres et les plus démunis ne bénéficient plus, comme c'est le cas aujourd'hui, d'un accès libre à toutes les structures de soins, qu'elles soient publiques ou privées ? (*Applaudissements sur les bancs des groupes du Rassemblement pour la République et Union pour la démocratie française.*)

M. Bernard Debré. Voilà une bonne question !

M. Jean-Pierre Delalande. Le projet de loi est liberticide !

Mme Elisabeth Hubert. Discours caricatural, allez-vous vraiment me dire ! Non, monsieur le ministre ! C'est bien en ces termes-là que se poseront les choix demain et c'est déjà en ces termes économiques qu'ils ont été énoncés en 1985 quand le dépistage du sida chez les donneurs de sang a été repoussé de plusieurs mois ou que des stocks de sang contaminés n'ont pas été détruits !

M. Henri Cuq. Eh oui !

Mme Elisabeth Hubert. Le rapport de l'IGAS l'a montré, et les paroles des représentants des ministères étaient très claires sur ce point.

M. Jean-Pierre Delalande. Scandaleux !

Mme Elisabeth Hubert. Le vieillissement des personnes âgées, la technicité de plus en plus grande des actes médicaux, la démographie médicale et l'offre de soins qu'elle suscite, notre société qui ne supporte plus aucun désagrément de santé ou simplement toute atteinte à son bien-être, autant d'éléments qui expliquent la progression des dépenses de santé.

M. Bernard Pons. Voilà la vérité !

Mme Elisabeth Hubert. Moins de 10 p. 100 de la population dépense à elle seule 55 p. 100 des ressources de l'assurance maladie. Une somme de 28 218 francs était nécessaire en 1990 pour soigner un homme de plus de soixante-dix ans - telle est la moyenne de consommation de soins pour une personne de cet âge.

Comment éviter ce phénomène, quand on sait que, selon une étude du CREDES, la progression sur dix ans des dépenses en soins ambulatoires des personnes âgées de plus de soixante-dix ans a été de 46 p. 100 alors que, dans le même temps, elle n'a été que pour les autres tranches d'âge que de 10 p. 100 ?

Il faut savoir que 50 p. 100 des actes chirurgicaux seront, à la fin de ce siècle, des actes de remplacement ou des poses de prothèses. Inutile de vouloir aller contre cette évolution car celle-ci est déjà inscrite dans les progrès de la science. Elle coûtera cher, mais je ne pense pas que nos concitoyens

soient désireux de voir remis en cause ces bénéfices pour leur santé. Pouvons-nous oublier qu'ainsi les Français gagnent chaque année trois mois d'espérance de vie ?

Votre gestion purement économique des problèmes sanitaires, outre les raisons philosophiques que j'ai développées tout à l'heure, cache en réalité votre principal échec : trois millions de chômeurs, dont chaque tranche de 100 000 fait perdre de 4 à 5 milliards de francs de rentrées de cotisations ! Vous ne pouvez contester les chiffres ! *(M. le ministre fait un geste d'impatience.)*

Le fait d'entendre qu'il y a trois millions de chômeurs ne me fait pas, à moi, faire la moue !

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Ce que vous dites est hors sujet !

Mme Elisabeth Hubert. C'est dans les deux chiffres que je viens de citer que résident nos difficultés. Ils sont la preuve de votre échec car, avec 500 000 chômeurs de moins, nos problèmes de trésorerie seraient en grande partie résolus, tout au moins pour la branche maladie.

J'en ai terminé avec les raisons, directement liées au projet de loi, qui nous ont conduits à opposer cette question préalable. J'en arrive donc à mon troisième point.

Le texte que vous nous présentez est mauvais parce qu'il ne présente pas une bonne politique de santé.

Jamais nous n'avons eu l'occasion de traiter dans cet hémicycle de ce que pourrait être la politique de santé en France. C'est donc dans une autre voie que celle que vous avez tracée que nous devons nous engager.

Nous ne pouvons pas, ainsi que je l'ai dit, vous suivre dans votre logique comptable. Un de vos indicateurs favorisés pour illustrer la progression des dépenses de santé est la part de ces dépenses dans le produit intérieur brut - 8,9 p. 100 pour notre pays. Toute votre action vise à réduire ce chiffre.

Vous semblez - quand je dis « vous », monsieur le ministre, je parle de l'ensemble des gouvernements qui se sont succédé depuis quatre ans et qui ont eu la même conception que la vôtre - y mettre autant d'ardeur que vos ex-collègues M. Chevènement et M. Jospin quand ils affirmaient triomphants, il y a quelques années : « Nous voulons amener 80 p. 100 d'une classe d'âge au niveau du bac ! » Or on sait ce qu'il est advenu de cet objectif. Vos indicateurs appliqués à la santé connaîtront le même sort. Pourquoi ? Tout simplement parce qu'ils n'intègrent pas ce qu'avait montré les états généraux de la Sécurité sociale organisés par Philippe Séguin en 1987 : les Français veulent concilier la protection sociale la plus large possible avec une médecine libérale fondée sur le libre accès aux professionnels de santé et sur la liberté de prescription du médecin ; ils veulent conserver le système de protection sociale original que connaît la France.

Plusieurs députés du groupe socialiste. Nous aussi !

Mme Elisabeth Hubert. C'est là un acquis et il n'est pas question de revenir dessus. *(Applaudissements sur les bancs des groupes du Rassemblement pour la République et Union pour la démocratie française.)*

Certes, cela ne veut pas dire : vogue la galère, laissons filer des tendances inutilement inflationnistes et contentons-nous d'augmenter les cotisations !

En ce qui nous concerne, nous voulons moins d'Etat, mais mieux d'Etat ! Après tout, nous en avons déjà donné l'exemple en 1986 quand a été revu le dispositif du 100 p. 100.

Etait-il normal d'être pris en charge pour une pathologie, certes, sérieuse, mais qui ne justifiait pas pour autant le remboursement dans les conditions identiques de toutes les petites misères de la vie ? Etait-il cohérent de prendre en charge à 100 p. 100 un patient sous prétexte que ses ordonnances de médicaments dépassaient un certain prix ? Je sais, monsieur le ministre, vous ne pourrez être d'accord avec moi sur ce point. Vous étiez alors président de la Mutualité et ce changement de situation a obligé votre organisme à remplir la mission pour laquelle il avait été conçu : assurer la prise en charge complémentaire des assurés sociaux.

J'aimerais savoir comment il se fait que, il y a quelques mois, les représentants de la Mutualité ont envoyé à certains de leurs adhérents, dépendant de la caisse primaire de Saint-Nazaire et frappés de pathologies sérieuses qui, sans être graves, exigeaient un suivi médical régulier et des prescrip-

tions médicamenteuses elles aussi régulières, une lettre où il était écrit : « Votre état de santé vous permet d'obtenir le 100 p. 100. Demandez-le à votre médecin ! »

Cela est d'autant plus intéressant que les pathologies concernées ne relevaient pas du 100 p. 100, ne faisant pas partie de l'une des trente maladies dont la liste est limitative.

Je veux bien croire qu'on veuille effectivement limiter les dépenses de santé. Mais il y a, de temps en temps, confusion des genres ! Certains organismes de protection complémentaire ne veulent pas assumer leur mission ! *(Applaudissements sur les bancs des groupes du Rassemblement pour la République et Union pour la démocratie française.)*

Une autre politique est possible. Elle repose sur une responsabilisation des acteurs du système de santé et sur l'établissement de règles strictes dans les relations Etat-caisses-professionnels de santé. Elle repose aussi sur une meilleure efficacité du système de soins et sur l'existence d'une nécessaire solidarité, ainsi que sur des règles de financement claires et justes.

Avant de développer ces différents points, je dirai que notre système de protection sociale est bon, même si je reconnais qu'il pourrait être meilleur. Je me garderai en tout cas d'admirer, comme trop souvent je le vois faire, les systèmes étrangers, dont je dirai quelques mots.

Le système américain, d'abord...

M. Jean-Pierre Delalande. Une catastrophe !

Mme Elisabeth Hubert. Les dirigeants ne savent plus quoi inventer pour en sortir - il coûte très cher à chaque Américain et il exclut 35 millions d'individus !

Les systèmes anglais ou ceux de certains pays nordiques ? Je ne crois pas que les Français, je l'ai déjà dit, soient prêts à renoncer à leur liberté de choix et à patienter deux ans pour subir une intervention chirurgicale.

Le système canadien ? Il n'est pas plus économique que le nôtre, la part des dépenses de santé dans le PIB dépassant les 9 p. 100.

Le système allemand ? Il a eu ses adorateurs, mais je ne suis pas sûre que l'augmentation de 8,4 p. 100 des dépenses pour les premiers mois de l'année 1991 ne les aient pas quelque peu refroidis.

Une autre politique que la nôtre est donc possible, disais-je. Elle devrait, en premier lieu, induire la responsabilisation des acteurs du système.

La sécurité sociale a su progressivement couvrir la quasi-totalité de la population et l'essentiel des risques, et même un peu au-delà. Mais elle n'a pas su créer un sentiment de responsabilité collective, ni les moyens de la mise en jeu de la responsabilité individuelle des acteurs. Cette démarche ne passe pas par une politique autoritaire et arbitraire de coercition, mais par l'établissement d'un climat de confiance, par une action sur les motivations, aussi bien en direction des distributeurs de soins que des bénéficiaires de ceux-ci.

Quelles pourraient être les responsabilités mutuelles de l'Etat, des caisses et des professionnels de santé ?

L'Etat, tout d'abord, c'est-à-dire le Gouvernement et le Parlement.

On a vu tout à l'heure le jeu trouble qui lui est aujourd'hui affecté. En réalité, cela cache une carence essentielle : il n'y a pas de politique de santé dans ce pays, à tel point que l'actuel titulaire du poste est plus occupé, et cela est respectable, par sa mission en faveur de l'action humanitaire que par sa tâche de ministre de la santé.

L'Etat se doit de définir les grandes orientations de la politique de santé. Annuellement, après consultation des différents organismes existants, tant dans le domaine de la santé publique que de l'hospitalisation ou que de la médecine libérale, et en concertation avec un comité national des professions de santé qui serait à créer, serait proposée la discussion au Parlement des grandes priorités de l'action sanitaire.

Un vrai budget social de la nation pourrait être alors débattu, la distinction étant clairement faite lors de cette étape entre ce qui concerne l'assurance, obligatoire ou complémentaire, ce qui relève de la solidarité à l'égard des plus démunis et ce qui constitue la mission de santé publique de la nation - je pense notamment à la lutte contre les grands fléaux, tels que la drogue, l'alcool, le tabac, mais aussi aux maladies infectieuses, aux politiques de vaccination, au développement de l'épidémiologie et, enfin, à l'établissement d'objectifs précis en matière de prévention et d'éducation

sanitaire. Ce n'est qu'après que nous aurons travaillé dans cette direction qu'à terme notre système de soins réalisera des économies.

Ce débat, qui aurait lieu au Parlement, serait le reflet de la démocratie. Les souhaits de nos concitoyens, représentés par les élus, ceux-ci étant responsables de leurs choix devant leurs électeurs, y seraient exprimés.

Quant aux caisses, elles devraient se voir attribuer la tâche qui leur avait été définie dans les ordonnances de 1967. Appelés à gérer en toute indépendance les fonds qui leur sont confiés, elles organiseraient avec les professionnels de santé un système de soins qui permettrait aux assurés sociaux de disposer des meilleurs soins au moindre coût, dans le respect des objectifs proposés par le Gouvernement et définis par le Parlement.

Mais cela exige de conclure la grande réforme qu'avait été la mise en place par le général de Gaulle de la sécurité sociale.

M. Jean-Pierre Delalande. Eh oui !

Mme Elisabeth Hubert. Il faut ailer désormais vers un système unique de l'assurance maladie obligatoire. Il faut dissocier la gestion de la branche maladie de la gestion des branches vieillesse et famille.

M. Jean-Pierre Delalande. Absolument !

Mme Elisabeth Hubert. La branche maladie ne doit plus supporter les charges indues qu'elle supporte actuellement.

Il faut que le ministre en charge de la santé exerce également, personnellement, la tutelle de l'assurance maladie.

Il faut que soit rationalisée la protection sociale complémentaire, et j'y reviendrai quand j'évoquerai le problème du financement.

J'en viens aux professionnels de santé - c'est à dessein que j'emploie cette expression plutôt que le terme de « médecins ».

Comment dissocier les prescripteurs que sont les médecins des prestataires de services que sont les biologistes, les radiologues, les infirmières, les kinésithérapeutes, les pharmaciens et tous les paramédicaux, qui, tous, agissent sur prescription médicale ? Vous devez aussi penser que c'est difficile, si j'en crois votre proposition de taux d'évolution des dépenses présentées au remboursement et qui intègrent justement tous ces professionnels.

Mais c'est aussi parce que les actions de tous les professionnels de santé sont étroitement intriquées que je pense que vos accords de maîtrise, monsieur le ministre, conclus de façon séparée, ne fonctionneront pas, et c'est heureux !

Dorénavant, l'accord conventionnel ne doit pas être différent pour chaque profession de santé, mais doit relever d'une négociation unique. Aux organisations représentatives des professions de santé de s'organiser pour s'entendre et réfléchir ensemble à leurs conditions d'exercice. Bien sûr, je ne saurais nier la nécessité d'accords de branche, pour que soient respectées les particularités de chaque profession mais, je le répète, nous devons arriver à une négociation unique pour une convention unique avec toutes les professions de santé impliquées dans le réseau de soins. *(Applaudissements sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République.)*

Je ne dis pas que ce sera facile, monsieur le ministre, mais il y a des démarches ambitieuses qui peuvent être intéressantes et productives à terme. En tout cas, ce sera dans la logique de la définition par le Parlement des objectifs de santé pour la nation.

Aux professionnels de santé, ensuite, d'adapter sur le terrain, en liaison avec les caisses primaires d'assurance maladie, et notamment avec les médecins conseils, qui sont oubliés dans votre texte, leur exercice afin qu'il soit tenu pleinement compte des priorités sanitaires du pays et que soient atteints les objectifs médicaux négociés par leurs représentants nationaux. Dans ce cadre, des unions départementales et régionales de professions de santé ont toute leur place.

Ainsi, on le voit, pourraient être organisés de nouvelles relations entre les trois partenaires, l'Etat, les caisses et les professions de santé, fondées sur la confiance, la clarification des rôles de chacun et la transparence des décisions tant politiques que financières.

Mais encore faut-il que le système soit rendu encore plus efficient. Pour le bénéfice de l'usager, d'abord, qui, ne l'oublions pas, est la justification de tous nos choix.

M. David Bohbot. Tout à fait !

Mme Elisabeth Hubert. Pour le professionnel de santé, libéral ou salarié, ensuite, qui doit se trouver dans les meilleures conditions d'exercice pour assurer les soins les plus adaptés et les plus performants.

M. David Bohbot. Nous sommes d'accord !

Mme Elisabeth Hubert. Pour la nation, enfin, avec des concitoyens en bonne santé et participant pleinement à l'économie du pays.

Un système efficient, c'est d'abord un secteur de l'hospitalisation dont les ressources doivent être exploitées au maximum. Ce secteur comprend 600 000 lits, répartis dans 3 750 établissements publics ou privés employant près d'un million de personnes. Son poids financier représentant 48 p. 100 des dépenses de santé, et ce n'est pas la récente loi hospitalière qui résoudra le problème de l'hôpital public, ce ne sont pas les textes signés sous l'égide de Claude Evin qui permettront aux cliniques privées de travailler en paix.

Actuellement, on trouvera sans problème plusieurs équipes pour greffer un cœur, un poumon ou un foie mais, il est quasiment impossible d'obtenir un hébergement pour un vieillard dépendant.

M. Bernard Debré. Exactement ! Voilà le problème !

Mme Elisabeth Hubert. Le secteur de l'hospitalisation, de l'hospitalisation publique en particulier, souffre de l'absence de décisions courageuses. En effet, il faut transformer 600 000 lits, - peut-être plus maintenant, depuis le temps qu'on en parle ! - en services d'accueil de personnes âgées.

M. Bernard Debré. Absolument !

Mme Elisabeth Hubert. Il faut aussi accélérer le mouvement vers l'autonomie des établissements.

M. Jean-Pierre Delalande. Très juste !

Mme Elisabeth Hubert. Quant à la transformation du statut de tous les personnels soignants, elle reste à concevoir.

M. Jean-Pierre Delalande et M. Bernard Debré. Tout à fait !

Mme Elisabeth Hubert. Un mode de financement plus propice aux économies qu'à l'irresponsabilité généralisée doit être mis en place. Et ne me parlez pas des PMSI : depuis le temps qu'ils sont à l'essai, je doute qu'ils fonctionnent un jour ! *(Applaudissements sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République.)*

M. Jean-Pierre Delalande. Que le Gouvernement commence par faire tout ça, au lieu de s'attaquer aux médecins libéraux !

Mme Elisabeth Hubert. Tels sont les axes, rapidement brossés, mais ce n'est pas l'objet de notre discussion, d'une politique hospitalière qui doit être orientée vers un seul concept : « hôpital, plateau technique ».

En ce qu'elle est le prolongement de l'hôpital, la médecine de ville doit assurer le suivi des malades qui ne sont plus hospitalisés ou qui le sont pour une durée plus courte. Mais ce relais suppose que les praticiens libéraux soient mieux associés au fonctionnement hospitalier, aux urgences, et aussi qu'ils aient leur place, toute leur place dans les services de médecine générale. Ce n'est pas le cas aujourd'hui, pas plus dans les hôpitaux secondaires que dans les hôpitaux ruraux. Cela impose aussi que soit développé et autrement que par de vains discours, tout ce qui a trait aux alternatives à l'hospitalisation.

Mais ce schéma quelque peu idyllique, je le reconnais, ne pourra fonctionner durablement si les motivations qui, en toute occasion, guident les professionnels de santé ne sont pas mieux comprises. Sur ce point, je reprends les termes de l'avis du Conseil de l'Ordre : « L'activité du médecin est la somme de décisions médicales individuelles qui doivent prendre en considération, non seulement les aspects scientifiques objectifs, mais aussi les aspects subjectifs liés à la personnalité du malade et à son environnement familial et socio-culturel. »

Rétablir le climat de confiance, c'est d'abord honorer correctement les actes médicaux et paramédicaux : 100 francs pour la consultation et 125 francs pour la visite à domicile pour un médecin ; pour une infirmière à domicile, 23 francs pour l'acte de base, 40 francs pour un pansement ! Ces rémunérations ne sont pas décentes. Vous le savez bien, elles n'intègrent ni le temps passé, ni la disponibilité, ni les responsabilités assumées, ni les études effectuées.

Il faut arriver en priorité à établir un juste prix des honoraires. Il faut arriver à séparer ce qui relève de l'acte intellectuel et ce qui correspond à l'acte technique, dont la rémunération est liée à l'amortissement des matériels employés.

Ne me dites pas que cela a déjà commencé à se faire. Certes, on a vu un de vos prédécesseurs faire « plancher » des spécialistes afin de calculer le prix d'amortissement d'un scanner et d'une RMN. Mais sitôt ce chiffre connu, chacun s'est empressé d'en diminuer le montant ! Je n'appelle pas cela une juste négociation.

Tant que cette démarche n'aura pas été faite, les professionnels n'estimeront crédible aucune politique, et s'amplifiera, quelque accord de maîtrise que vous édictiez, la course à l'acte, même si, comme l'avez affirmé tout à l'heure, leur multiplication ne procure pas une plus grande satisfaction.

Rétablir le climat de confiance, c'est aussi tenir les engagements qui ont été pris en faveur de la reconversion des médecins, de la révision de la nomenclature et de l'assurance vieillesse.

Parallèlement à cette démarche des caisses et du Gouvernement, une fois obtenue la juste rémunération, et pris par les praticiens l'engagement formel de se soumettre aux méthodes d'évaluation définies par les unions professionnelles, rétablir la confiance, c'est accepter que la formation médicale continue soit obligatoire, et non plus, encore trop souvent, anecdotique ; c'est reconnaître la validité des objectifs de santé qui auront été définis au niveau national et adoptés au plan local.

Dernier aspect d'un système de santé efficient, la place faite enfin à l'épidémiologie, à la prévention et à l'éducation sanitaire. Ces thèmes sont quasi absents de la formation médicale et leur traduction dans le budget de la nation l'est tout autant.

M. Bernard Pons. Eh oui !

Ces parents pauvres de la santé doivent désormais occuper une place de premier choix. C'est leur mise en œuvre qui, à terme, pourra nous faire espérer des économies dans le fonctionnement de notre système de soins.

Les dépistages généralisés et pris en charge, les campagnes d'information organisées, l'éducation sanitaire pratiquée dans tous les lieux rassemblant nos concitoyens seront des armes efficaces si on se donne la peine de s'en servir.

Cette meilleure organisation de la santé publique sera d'autant plus utile qu'elle donnera une meilleure connaissance de l'état de santé des plus démunis et permettra donc de mieux garantir leur santé. En effet, le problème est moins celui du financement de la protection sociale de ces populations que le repérage de leur existence et de leurs besoins de santé.

Les instruments existent, qui permettent d'organiser la prévention et l'information auprès des usagers et des professionnels de santé, et de la façon la plus adaptée à un département donné. Ce sont les observatoires régionaux de la santé.

M. Robert Loïdi et M. David Bohbot. Enfin, nous sommes d'accord !

Mme Elisabeth Hubert. En dépit d'une absence scandaleuse de moyens, malgré des crédits qui rétrécissent d'année en année, ces structures arrivent néanmoins à réaliser des études qui ne demandent qu'à être analysées et exploitées. Par conséquent, développons leurs possibilités d'action.

M. Claude Bartolone. C'est ce que nous faisons !

Mme Elisabeth Hubert. Vous plaisantez, j'espère !

En concertation avec les professions de santé et toutes les associations qui se préoccupent de ces problèmes et qui sont le reflet des souhaits des usagers de la santé, ces structures sont à même d'aider à atteindre, elles aussi, les objectifs de santé annuels. *(Applaudissements sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République.)*

Depuis plusieurs années, leurs crédits diminuent dans le budget social.

M. Claude Bartolone. Comparez sur plusieurs années. Vous allez voir à quel moment cela a commencé à diminuer ! *(Protestations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République.)*

M. Henri Cuq. On va vous expliquer !

Mme Elisabeth Hubert. Je n'ai plus les chiffres en tête. Je vous parle de l'évolution globale de 1992 par rapport à 1991 et de 1991 par rapport à 1990. Mais nous y reviendrons.

Après les nouvelles relations entre les acteurs de notre système de santé, la meilleure efficacité de l'organisation des soins, le troisième volet de cette politique de santé que je vous propose a trait au financement.

J'ai déjà évoqué en partie cet aspect en proposant que soit discuté le budget social de la nation et en soulignant ce qui relevait de l'assurance, obligatoire ou complémentaire, et de la solidarité.

L'assurance obligatoire, d'abord. Elle n'a pas vocation à tout couvrir. Je le disais tout à l'heure quand j'évoquais la remise en cause de la vingt-sixième maladie en 1987.

Il est sûr que, alimentées par les cotisations patronales et salariales, les recettes de l'assurance maladie ne peuvent qu'augmenter en masse, notamment après une amélioration de la situation de l'emploi que nous espérons tous.

Mais il n'est pas souhaitable, et plus personne ne le réclame, d'augmenter les cotisations. A titre d'exemple, avec une couverture un peu moindre, il est vrai, la caisse des travailleurs non salariés n'est pas déficitaire. Cette situation n'est donc pas inéluctable et elle dépend bien de la situation économique. Mais nous devons tendre à concentrer les ressources disponibles de l'assurance maladie sur les dépenses médicalement utiles. La définition annuelle des objectifs de santé par le Parlement nous y aidera.

Mais ce n'est pas suffisant, et nous devons aller plus loin dans l'analyse comparative entre les besoins objectifs et « essentiels », et ce qui relève davantage de besoins « existentiels ». Certes, dans bien des cas, la frontière sera difficile à déceler, mais la mise en place de structures d'évaluation et une meilleure coordination des modalités d'exercice par l'installation des unions professionnelles pourront nous y aider.

Cette distinction entre besoins essentiels et besoins existentiels conduit à poser le problème de l'assurance complémentaire.

On sait qu'aujourd'hui la totalité des dépenses de santé ne sont plus couvertes par les assurances obligatoires, qui ne les prennent en charge qu'à hauteur de 73,4 p. 100. La part des ménages atteint près de 20 p. 100, la part des assurances complémentaires reste faible, à peine plus de 6 p. 100.

La tendance est inéluctable : une certaine part des soins doit être couverte par une assurance complémentaire. Encore faut-il que la sélection des « bons risques », au détriment des « mauvais risques » ne soit pas une source d'exclusion ou un moyen pour certaines assurances ou mutuelles de prendre le moins de risques possible. J'en ai cité l'exemple tout à l'heure.

Aussi il importe d'organiser de façon rationnelle cette protection complémentaire et de permettre la déductibilité fiscale de cette charge supplémentaire.

Ce mécanisme de déduction fiscale n'étant intéressant que pour les ménages soumis à l'impôt sur le revenu, un système d'aides personnalisées devrait être envisagé pour tous ceux qui ne sont pas imposables en raison de leurs faibles revenus. Cela relève du devoir de solidarité de l'Etat.

Je n'aborderai que rapidement la question de l'aide médicale pour les plus démunis, qui est à la charge des départements. Je crois néanmoins que la mise en œuvre de la « carte santé », telle qu'elle a été organisée à Paris, devrait inspirer de nombreux conseils généraux.

Pour compléter ce financement d'un système de soins renoué, il reste à imaginer les mécanismes incitateurs qui permettraient, tout à la fois de garantir à tous des soins de qualité en cas de problème de santé sérieux ou tout simplement l'âge venant, mais aussi de « récompenser » ceux qui, ne dépensant quasiment rien, ont le sentiment que le système est injuste, qu'il pèse beaucoup sur leur budget, surtout quand ils ont sous les yeux l'exemple de personnes qui consultent plusieurs médecins et usent largement d'examen complémentaires. Pourquoi ne pas envisager un mécanisme de bonus ?

Je ne parle pas de malus ! Cela aurait l'avantage de ne pas être pénalisant. C'est une piste de réflexion de respecter la nécessaire solidarité entre les générations et de susciter, à terme, des changements de comportements des usagers.

J'ai tenté de faire prendre conscience que même si nous arrivons à dépenser mieux, les dépenses de santé seront toujours considérables ; ne serait-ce que parce que nous continuerons à tout faire pour sauver une vie qui est en danger, quel qu'en soit le coût, même si ce coût augmente au fur et à mesure que l'on repousse les limites de notre savoir médical.

Et puis, paradoxalement, les dépenses de santé ne sont-elles pas aussi une richesse pour la nation ? Le médicament et sa production, dont je n'ai pas parlé parce que cela n'était pas le sujet, les personnels employés dans notre système de soins, administratifs ou soignants, voilà autant de sources d'emplois, de revenus pour la société. Un malade que la médecine aurait condamné il y a quelques années et que le progrès des techniques médicales a permis de sauver, rendu actif et apte à occuper à nouveau son emploi, c'est aussi un bénéfice pour tous.

J'ai également tenté de vous montrer que notre politique de santé serait fondamentalement différente du bricolage qui a été le vôtre durant vos années de gouvernement. Jamais vous n'avez compris les aspirations des Français en ce domaine. Jamais vous n'avez su établir un climat de confiance avec les professionnels de santé. Votre philosophie interventionniste a toujours dominé l'approche de ces problèmes qui nécessitent avant tout une approche humaniste et non pas comptable.

M. Jean-Pierre Delalande. Très bien !

Mme Elisabeth Hubert. Nous, nous pensons que le redressement de notre économie et la réduction du chômage sont plus importants que la mise en place de systèmes coercitifs de contrôle des dépenses de santé. *(Applaudissements sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République.)*

M. Bernard Debré. Tout à fait !

Mme Elisabeth Hubert. Nous avons chacun nos priorités. Elles ne sont pas conciliables.

Vous voulez nous imposer un projet de loi qui ne respecte pas l'esprit contractuel des négociations entre partenaires sociaux. Vous voulez mettre en place un système de régulation des dépenses de santé nuisible à l'intérêt du malade et contraire à l'éthique médicale. Une autre politique peut être mise en œuvre, et c'est pourquoi je vous demande, mes chers collègues, d'adopter cette question préalable que j'ai eu l'honneur de défendre devant vous. *(Applaudissements prolongés sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République.)*

M. le président. Pour une explication de vote, la parole est à M. Claude Bartolone.

Plusieurs députés du groupe du Rassemblement pour la République. Ça va être difficile pour lui !

M. Claude Bartolone. Après l'excellente intervention de notre collègue, Mme Hubert,...

M. Henri Cuq. Remarquable intervention !

M. Claude Bartolone. ... les choses sont claires : à huit mois d'une élection législative, chacun à sa place.

M. Henri Cuq. Ça part mal !

M. Claude Bartolone. Ceux qui, à droite de cet hémicycle, s'apprêtent à faire une campagne électorale...

M. Philippe Legras. Ça vous va bien !

M. Claude Bartolone. ... sur le problème du rationnement, du collectivisme, du « trop d'Etat », ont tenu leurs discours traditionnels et nous aurons, nous, l'occasion de dire ce qu'il y a réellement dans ce texte.

M. Jean-Pierre Delalande. Ces propos, quelle tristesse !

M. Philippe Legras. C'est affligeant.

M. Gilbert Millet. Monsieur Bartolone, vous défendez la même politique que la droite !

M. Claude Bartolone. Mes chers collègues, ce n'est pas de cette assemblée qu'est sorti le meilleur des jugements portés sur les propositions qui sont faites aujourd'hui par le Gouvernement. C'est la presse *(Rires sur les bancs du groupe*

du Rassemblement pour la République) qui, lorsque le ministre a eu l'occasion de présenter son texte, a parlé d'une véritable révolution culturelle, à l'image de celle qui, il y a vingt ans, avait donné naissance à la première convention médicale.

Il s'agit, en effet, de mettre en place un dispositif qui permette en France de soigner bien en remboursant mieux et en dépensant moins.

Vous le savez, les comparaisons établies au niveau international mettent en évidence le caractère structurellement inflationniste et la grande tolérance à l'égard des gaspillages de notre système de santé.

Il y a incontestablement des adaptations à réaliser, des réalités à dire, des décisions à prendre pour faire fructifier le formidable héritage de la sécurité sociale que nous a légué le Conseil national de la Résistance.

Bien sûr, la tâche n'est pas simple, car la philosophie de notre système de santé offre, reconnaissons-le, quelques sujets de perplexité : l'articulation d'un financement socialisé, d'une organisation libérale de la médecine et d'un système hospitalier public fort, est aussi originale que paradoxale.

Mais une certitude existe : le laxisme en matière de dépenses ne peut déboucher que sur une réduction progressive du taux de prise en charge. La maîtrise des dépenses est donc indispensable pour préserver l'équité de notre système de soins. Tous s'accordent d'ailleurs à le reconnaître, hommes politiques, usagers, acteurs du monde médical, et combien d'entre vous, mes chers collègues, lorsqu'il est possible de discuter d'un sujet aussi important que celui-là, au-delà de cet hémicycle, en dehors de la logique électorale, s'accordent à dire qu'il est important d'agir dans ce sens !

M. Philippe Legras. Ce qui est important, ce sont les moyens.

M. Claude Bartolone. Telle est la finalité de ce texte sur lequel il nous est proposé de débattre. Il vise, pour l'essentiel, comme cela vient d'être rappelé, à apporter au code de la sécurité sociale les modifications nécessaires à la mise en application de l'avenant n° 3 à la convention nationale signée le 10 avril dernier par les trois caisses nationales d'assurance maladie et le plus important syndicat médical.

Il prévoit un dispositif de régulation des dépenses médicales et une adaptation conventionnelle. Le projet de loi relatif aux relations entre les médecins et l'assurance maladie en reprend les quatre principales innovations.

Il vise à l'instauration d'un dispositif de régulation, disais-je ; en effet, il s'agit bien non de réduire les dépenses, mais d'en canaliser la progression - toute la différence est là. Cette évolution doit reposer sur l'autodiscipline collective et non, loin s'en faut, sur une discipline policière.

M. Jean-Pierre Delalande. Et la cohérence ?...

M. Claude Bartolone. Il prévoit, chaque année, la fixation d'un taux d'évolution des dépenses de santé par un accord conclu entre les ministères chargés de la sécurité sociale et de la santé, la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale.

De même, chaque année, la convention fixe par accord entre les syndicats représentatifs des médecins et les caisses nationales d'assurance maladie, les taux prévisionnels d'évolution des dépenses présentées au remboursement portant sur l'activité des médecins généralistes et des spécialistes.

M. Philippe Legras. C'est de l'utopie !

M. Claude Bartolone. Ces taux concernent les honoraires, les prescriptions, et sont adaptés selon les zones géographiques.

M. Philippe Legras. Non !

M. Claude Bartolone. La convention fixe également le dispositif permettant d'assurer le respect des taux prévus. Soulignons que ce texte renvoie la lutte contre ce que l'on peut qualifier de gaspillage et contre les abus au cadre conventionnel...

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. Voilà !

M. Claude Bartolone. ... à la libre négociation des caisses et des professions de santé.

M. Gilbert Millet. C'est la liberté surveillée !

M. Claude Bartolone. Monsieur Millet, je ne savais pas que vous étiez pour le libéralisme absolu. C'est une bonne nouvelle !

M. Gilbert Millet. Nous reviendrons sur ce point, monsieur Bartolone !

M. Claude Bartolone. Il s'agit donc bien d'optimiser la dépense sur une base médicale et non arithmétique, reposant sur l'appréciation de ce qui est médicalement nécessaire en matière de dépenses de santé et ne devant pas conduire à un rationnement des soins.

Par ailleurs, le projet de loi prévoit la création d'unions des médecins exerçant à titre libéral, contribuant à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins. Elles interviendront dans l'appréciation du comportement des médecins au regard du dispositif de maîtrise des dépenses...

M. Gilbert Millet. Voilà l'essentiel !

M. Claude Bartolone. ...et plus précisément du respect des taux nationaux.

M. Gilbert Millet. Tout est dit !

M. Claude Bartolone. Elles apprécieront librement le comportement des médecins en cause et décideront seules s'ils doivent être sanctionnés.

M. Gilbert Millet. Elles « filiqueront » les médecins pour les dénoncer aux caisses !

M. Claude Bartolone. Notre chère collègue Elisabeth Hubert n'a pas dû se rendre compte qu'en réunion de commission les commissaires qui ont travaillé sur ce texte ont demandé que l'article 14 soit supprimé. C'est seulement en cas de carence de cette autodiscipline que les caisses pourraient prendre des sanctions.

D'autres mesures favorables aux médecins accompagnent les points précités. La création d'un secteur promotionnel, la mise en place d'un dispositif de reconversion des médecins et la reconnaissance du rôle du médecin généraliste. Alors, madame Hubert, opposer la question préalable sur ce projet n'est pas recevable. *(Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République.)*

M. Bernard Debré. Mais si ! C'est le bon sens !

M. Claude Bartolone. Certes, il est souhaitable de clarifier certains aspects de ce texte faisant l'objet de controverses. Certes, et son excellent rapporteur Philippe Sanmarco l'a précisé, il est nécessaire de renforcer le caractère médicalisé de la régulation. Mais supprimer tout mécanisme de sanction reviendrait à vider ces dispositions de toute portée pratique et l'on déboucherait ainsi sur une régulation administrative nécessairement plus rigide.

M. Bernard Debré. Socialisme égale sanctions, dans tous les domaines !

M. Claude Bartolone. Mon cher collègue, vous jouez votre rôle de député RPR, mais vous savez très bien que, sans cela, ce sera le règne des assurances privées.

M. Philippe Sanmarco, rapporteur et M. Gaston Rimaux. C'est ce qu'ils veulent !

M. Bernard Debré. Qu'est-ce que ça veut dire ?

M. Claude Bartolone. Les médecins généralistes n'auront pas à se concerter aux différentes étapes que je viens de citer, ils auront à subir les décisions prises par les directeurs de ces assurances privées.

M. Bernard Debré. On voit que vous n'y connaissez rien !

M. Claude Bartolone. Tout le débat est là !

M. le président. Mes chers collègues, Mme Hubert a été écoutée avec beaucoup d'attention.

M. Bernard Pons. Parce qu'elle disait des choses vraies !

M. le président. Je voudrais qu'il en soit de même pour M. Bartolone.

M. David Bohbot et M. Guy-Michel Cheveau. Merci, monsieur le président !

M. le président. Veuillez poursuivre, monsieur Bartolone.

M. Claude Bartolone. Si je suis interrompu, monsieur le président, c'est que nos collègues de l'opposition sont inquiets. Dans la dernière partie de son intervention, Mme Hubert était bien loin du projet de loi. Elle s'est bornée à nous lire les propositions de la droite, celles que l'on trouve dans ses brochures pour les prochaines élections législatives.

M. Bernard Debré. Et alors ?

M. Pierre Mauger. Elle n'allait tout de même pas lire celles de la gauche !

M. Claude Bartolone. Le jeu de rôles est en place ! Il y a celles et ceux qui préparent les prochaines élections législatives, sur la base des propositions de la droite, qui consistent à sabrer la protection sociale *(Protestations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République)...*

M. Yves Chamard. Caricature !

M. Claude Bartolone. ...et il y a ceux qui, en concertation avec les professions médicales, souhaitent améliorer et renforcer notre système de santé. *(Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.)*

M. Bernard Pons. C'est nous qui avons créé la sécurité sociale !

M. Claude Bartolone. Ce projet doit être considéré comme une étape essentielle d'une démarche progressive visant à rendre, de façon contractuelle, la profession responsable des dérapages des dépenses qui n'auront pu être maîtrisées.

C'est pourquoi le groupe socialiste ne votera pas la question préalable.

M. Bernard Debré. C'est étonnant !

Mme Elisabeth Hubert. Je suis dègue !

M. Claude Bartolone. Il faut que ce débat se tienne et que nous répondions ainsi à une préoccupation profonde de la population française et de toutes celles et tous ceux qui travaillent dans le secteur médical. *(Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.)*

M. Bernard Debré. Vous êtes un peu en décalage !

M. le président. Je mets aux voix la question préalable opposée par M. Bernard Pons et les membres du groupe du Rassemblement pour la République.

Je suis saisi par le groupe socialiste et le groupe du Rassemblement pour la République d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans le Palais.

M. le président. Je prie Mmes et MM. les députés de bien vouloir regagner leur place.

Le scrutin est ouvert.

(Il est procédé au scrutin.)

M. le président. Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	545
Nombre de suffrages exprimés	544
Majorité absolue	273
Pour l'adoption	264
Contre	280

L'Assemblée nationale n'a pas adopté. *(Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.)*

M. Pierre Mauger. Le boulet n'est pas passé loin ! - Ça se rapproche !

Discussion générale

M. le président. Dans la discussion générale, la parole est à M. Jacques Barrot, au nom du groupe de l'Union du centre.

M. Jacques Barrot. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, bien entendu il n'est pas question de laisser dériver les dépenses d'assurance maladie sans s'assurer de leur utilité et de leur efficacité. Il serait en effet très dommageable de ne pas prendre les mesures nécessaires à temps et de se réveiller avec des lendemains difficiles pour un système de soins qu'il nous faut absolument préserver. Sur ce point, toute polémique serait vaine, et nous sommes bien d'accord. Le problème, c'est de prendre les bons moyens, et là se trouve le lieu du débat.

Monsieur le ministre, le contexte dans lequel ce projet de loi s'inscrit me paraît critiquable et même, par certains aspects, très critiquables.

D'abord, où en est la transparence des comptes ? Pour avoir été un de ceux qui ont beaucoup plaidé pour une commission des comptes de la sécurité sociale, j'avoue que je suis stupéfait de voir venir tous ces textes, alors même que cette commission n'a pas fait le point précis des comptes de l'assurance maladie.

Les chiffres ne sont fournis qu'au moment où l'administration et le pouvoir le jugent souhaitable. Comment voulez-vous, dans ces conditions qu'ils puissent inspirer confiance et servir de repère aux partenaires et aux acteurs du système de santé ? En outre, ils ne sont jamais débattus. Tout à l'heure, Mme Elisabeth Hubert a comparé les chiffres de la dépense hospitalière en France à ceux d'autres pays. Voilà, monsieur le ministre, des débats qu'il nous faut avoir au Parlement si nous voulons essayer de comprendre ce qu'est la structure des dépenses de soins en France.

Vous êtes entré en fonctions depuis peu de temps mais je suis bien obligé de vous demander des comptes sur la poursuite des efforts d'adaptation de l'offre de soins.

Où en est la restructuration des hôpitaux, et en particulier des hôpitaux spécialisés ? Evidemment, il faut d'abord mettre un peu d'argent sur la table parce qu'on ne peut pas restructurer un hôpital spécialisé sans commencer par moderniser tel plateau technique ou tel lieu d'hébergement. J'attends avec le plus grand intérêt que vous publiez le nombre des transformations de lits de court séjour en lits de long séjour.

Pour ce qui concerne les médicaments, j'aime autant ne pas m'attarder sur une politique que je juge totalement hasardeuse et opaque, et qui va nous rendre bientôt tributaires des molécules découvertes ailleurs et que nous achèterons à l'étranger.

M. Bernard Debré et M. Jean-Yves Chamard. Très juste !

M. Jacques Barrot. S'agissant de la reconversion des médecins, deux excellents rapports ont été publiés - je le dis d'autant plus volontiers qu'ils ont été commandés par des gouvernements que nous ne soutenions pas - le rapport Girard et le rapport Lazar. Bien sûr, vous nous avez dit à la fin de votre discours que la convention contenait des dispositions destinées à faciliter la reconversion des médecins. Mais soyons sérieux : ce n'est pas à l'intérieur de l'enveloppe consacrée à l'assurance maladie obligatoire qu'on procédera aux reconversions ! Il faut que le budget de la France accepte les efforts nécessaires.

Est-il logique, possible, alors même que nous disposons des informations de ces deux rapports, le rapport Lazar notamment, de créer quinze postes budgétaires seulement en médecine scolaire quand on ne compte qu'un médecin scolaire pour 10 000 habitants ? On nous dit qu'il y a des médecins prescripteurs en surnombre. Mais lorsqu'une occasion se présente de leur confier d'autres missions qui sont indispensables, la volonté et l'argent font défaut. Et je pourrais aussi parler du recrutement des médecins dans les centres hospitaliers généraux.

Où est la cohérence ? Ces prescripteurs en surnombre se trouvent eux-mêmes aux prises avec des consommateurs de soins souvent abusifs, dans une société qui encourage les attitudes d'assistance et qui porte à l'irresponsabilité. L'errance du patient crée aussi, d'une certaine manière, l'insécurité du soignant.

Vous tenez un discours extrêmement ferme sur les prises en charge. Ne vaudrait-il pas mieux, plutôt que de prononcer, comme la statue du Commandeur, des excommunications à l'encontre de ceux qui remettent en cause la prise en charge, opérer un vrai travail de remise en ordre ? Depuis dix ans, les gouvernements ont augmenté les forfaits d'héber-

gement et les tickets modérateurs. Mais tout cela s'est fait dans le clair-obscur, et je ne crois pas que ce soit de nature à éveiller l'esprit de responsabilité.

Au total, c'est sans vision prospective et globale que l'on engage au hasard, ici et là, des politiques de maîtrise des dépenses de santé. Vous me permettez, monsieur le ministre, d'émettre des doutes sérieux sur les méthodes retenues.

Dans un système de soins libéral, rien ne peut se faire sans la participation des soignants, sans un climat de confiance. Le véritable gisement d'économies - je sais que c'est difficile à faire passer dans les esprits - on le trouvera dans le juste diagnostic d'un médecin qui ne se sent pas bridé par je ne sais quelles contraintes administratives, qui exerce au contraire avec un sens profond de sa responsabilité, et qui bénéficie d'une très bonne formation continue. C'est là le cœur de la régulation.

Mais là où, vraiment, nous n'avons pas compris les rédacteurs du projet de loi, c'est quand ils ont fait bon marché de l'accord - sans doute timide - d'une partie de la profession. Ils ont écrit un texte qui, par certains de ses articles, est provocateur.

L'article 14 va jusqu'à édicter une sanction non pas seulement pour des abus d'honoraires, pour des fautes professionnelles, mais pour de simples manquements à la stricte économie ! Qui donc a rédigé cet article 14 ? S'il était besoin de fortifier un début de responsabilité et de confiance chez les acteurs, voilà bien le plus sûr moyen de les décourager.

Pourquoi faut-il que l'article 1^{er} substitue aux termes en usage dans tous les accords : « dépenses remboursées par l'assurance maladie » une formule très ambiguë qui vise les « dépenses présentées au remboursement » ? On ne peut même pas dire - ce que je ne crois d'ailleurs pas souhaitable - qu'il s'agisse de viser le secteur 2, puisque cet article concerne en principe toutes les professions de santé. Personnellement, je suis très opposé, comme l'ensemble de mon groupe, à cette notion de dépenses « présentées au remboursement ». Ce texte très ambigu laisse à penser que l'on pourrait aller vers un encadrement des dépenses de santé elles-mêmes, ce qui reviendrait à modifier en profondeur le système de soins à la française. Il faudra, monsieur le ministre, que vous nous donniez quelques explications, car les interprétations les plus fâcheuses peuvent être tirées de cette formule.

J'en viens aux méthodes retenues, aux mécanismes choisis.

Je le dis tout net : la création d'unions professionnelles peut s'avérer utile pour organiser une vie professionnelle plus qualitative, pour favoriser les conférences de consensus, pour accélérer la sensibilisation et accroître les efforts d'évaluation. Mais, là encore, les rédacteurs du projet ont fait peu de cas de ces missions.

Un amendement, dont je remercie M. le rapporteur qui a fait là un travail positif, doit réintroduire dans le texte ces missions évidemment essentielles. Si l'on veut vraiment que le monde médical se mette en mouvement, il faut lui donner le sentiment qu'il a un rôle majeur à jouer dans cette réflexion sur les pratiques médicales.

J'en viens au cœur du dispositif, c'est-à-dire à l'article 4.

Monsieur le ministre, vous avez proclamé vos bonnes intentions en affirmant qu'il s'agissait d'une régulation médicalisée. Mais tel que le texte est écrit, vous savez bien que ce n'est pas du tout cela, car on ne prend pas comme critère le comportement médical mais le respect d'un taux. L'article 4 ne dispose pas, comme le faisait l'accord conventionnel : « en cas de non respect du dispositif », mais bel et bien : « en cas de dépassement du taux ».

Quant à la méthode, j'ai bien écouté la fin de votre discours mais je ne suis pas absolument sûr de pouvoir expliquer exactement comment les choses vont se passer, car on a l'impression que des sanctions vont tomber au vu d'un taux directeur couperet alors que l'esprit de la négociation était tout autre : on allait simplement surveiller l'évolution des prescriptions et laisser ensuite les médecins essayer, entre eux, de comprendre les raisons du dépassement et de déceler éventuellement des pratiques médicales déviantes. Or je ne suis pas du tout sûr que ce soit bien l'intention du Gouvernement et des parties signataires du côté des caisses, car le texte, dans la rédaction que vous nous proposez, n'est pas rassurant à cet égard. Pour le moment, je n'hésite pas à le dire, nous sommes, avec ce projet de loi, dans le cadre d'une maîtrise arithmétique et administrative bien plus que dans le cadre d'une régulation médicalisée.

De plus, cette régulation sera difficile à mettre en œuvre parce qu'elle manquera des outils nécessaires. Vous nous avez indiqué qu'il existait un codage des actes. Dans certaines disciplines, sans doute, mais en médecine le codage est loin d'être au point. La nomenclature est souvent inadaptée aux progrès techniques, les actes n'ont pas de cotation assez précise. Si vous ajoutez à ce manque d'instruments de mesure l'absence d'un accord de fond entre les professionnels, comment voulez-vous que le dispositif puisse fonctionner ?

Certaines professions, les infirmières notamment, ont réfléchi à une pratique plus qualitative de leur métier. C'est dans cette voie qu'il faut s'engager.

Cela dit, monsieur le ministre, je n'oublie pas que j'ai été moi-même confronté aux difficiles tâches que vous remplissez actuellement. Le budget global hospitalier, sans comptabilité analytique, nous a réservé beaucoup de déboires. Il faut bien se le rappeler et ne pas mettre en place brutalement une sorte de maîtrise administrative qui compromettrait les chances d'une régulation médicalisée. Je répète que j'aurais préféré des expériences préalables, car il ne faut pas que cette maîtrise dévie vers une surveillance bureaucratique, laquelle serait vouée à l'échec faute d'un accord des professionnels.

Le groupe de l'Union du centre souhaite que ces risques de déviance soient réduits par l'adoption de certains amendements qui nous paraissent indispensables pour éviter le pire.

Cela étant, la rédaction initiale de ce projet traduit un état d'esprit, chez ses auteurs et au sein du Gouvernement, que nous réprouvons franchement. Ce texte ne s'inscrit pas dans une approche globale, claire et impliquant tous les acteurs. Tout cela nous conduit à nous y opposer.

Monsieur le ministre, nous sommes pourtant bien convaincus de la nécessité d'une régulation et je pense avoir été suffisamment mesuré dans ces propos. Mais je me réfère à une excellente phrase du président de l'ordre des médecins : « On peut convaincre ou contraindre. Si l'on convainc, c'est que l'on a gagné ; si l'on contraint, c'est que l'on a perdu. » Or, pour convaincre, il faut de la patience, du temps et de la confiance ! Monsieur le ministre, il vous reste à convaincre. *(Applaudissements sur les bancs des groupes de l'Union du centre, du Rassemblement pour la République et Union pour la démocratie française.)*

M. le président. La parole est à M. Gilbert Gantier, au nom du groupe Union pour la démocratie française, pour trente minutes.

M. Gilbert Gantier. Monsieur le ministre, mes chers collègues, c'est un peu un truisme de dire que l'Etat et l'évolution de notre système de santé appellent une réforme en profondeur. Nous en sommes, en effet, tous convaincus. L'ensemble des acteurs de ce secteur en ont également pleinement conscience et souhaitent que s'engagent une réflexion globale et approfondie, audacieuse et innovante.

J'indique d'emblée que le projet que vous nous présentez aujourd'hui ne saurait répondre à cette interrogation. Dans la première partie de mon intervention, j'exposerai rapidement pourquoi et dans la seconde partie, je me permettrai l'audace d'essayer non pas d'exposer un programme dans le détail, mais de dresser le schéma d'une réflexion qui pourrait conduire à son élaboration.

Je reviens à votre projet en évoquant d'abord une question de méthode : il nous est imposé sans débat, sans réflexion nationale préalable. Il a soulevé la réprobation quasi unanime du corps médical et il ne saurait engager la médecine dans des perspectives d'avenir réalistes et durables ; d'autres l'ont souligné avant moi.

Votre texte, monsieur le ministre, vient donc devant la représentation nationale sans avoir été étudié avec la sérénité nécessaire en commission, sans que la commission ait pu recevoir les partenaires du système de santé afin de pouvoir proposer un cadre plus efficace et consensuel.

On ne peut que déplorer ce refus systématique d'engager des débats de fond en matière sociale. Alors que les enjeux sont financièrement considérables et qu'ils affectent l'ensemble des Français, il est regrettable que le Gouvernement refuse la discussion et s'enferme dans une attitude rigide et bloquée. Cette méthode, force est de le reconnaître, se situe bien dans la continuité de la politique suivie par vos devanciers : refus du véritable dialogue, arrogance administrative, rejet de la nécessaire concertation.

A propos de concertation, il me faut ajouter que la préparation de ce texte a été conduite dans des conditions qui paraissent surprenantes. La convention conclue en 1990 entre les caisses de sécurité sociale et un syndicat de médecins a connu, en effet, une histoire chaotique puisque trois avenants l'ont déjà modifiée, d'ailleurs avec des signataires variables.

Le dernier avenant, qui porte le numéro 3, fait l'objet d'une traduction législative. Tel est l'objet du texte qui nous est présenté. Nous devons nous étonner, avec le syndicat qui l'a signé, du décalage entre ce document législatif et le projet initial, décalage qui illustre l'étrange conception que le Gouvernement peut avoir de la parole donnée et de la liberté contractuelle.

Il faut reconnaître que vous n'êtes pas vous-même, monsieur le ministre, dans une situation très confortable. Vous voilà en effet chargé de défendre un texte que vous condamniez encore récemment au titre de vos fonctions antérieures. Ma collègue Elisabeth Hubert a déjà fait plusieurs citations, mais permettez-moi de vous rappeler que, lorsque vous étiez encore président de la Mutualité française, vous avez écrit dans ce qui devait être votre dernier éditorial pour la revue de cette fédération, qu'il s'agissait d'une « concession aux syndicats médicaux », que la rédaction en était « alambiquée ». Pour conclure vous écriviez : « Au total, pour qualifier ce texte, il me vient à l'esprit cette phrase de Sacha Guitry : "Lorsque la lecture d'un texte vous donne le vertige, rappelez-vous que la seule chose qui donne le vertige... c'est le vide !" ». *(Applaudissements sur les bancs des groupes Union pour la démocratie française, du Rassemblement pour la République et de l'Union du centre.)*

M. Philippe Legras. Visionnaire !

M. Gilbert Gantier. Alors, de deux choses l'une : soit la fonction ministérielle possède des vertus insoupçonnées, soit, comme je le crois plutôt, le projet de loi diverge sur des points fondamentaux de l'avenant n° 3, justifiant ainsi ; arfaitement les soupçons que la profession médicale éprouve à l'égard de ce projet que je n'hésite pas à qualifier de malhonnête.

Je veux, sans dramatiser à l'excès, rappeler que chacun doit être conscient que l'on s'apprête à modifier en profondeur le système de santé. Vous-même, monsieur le ministre, avez parlé de révolution, mais celle-ci est opérée sans l'accord des premiers intéressés que sont les médecins.

Dans de telles conditions, il est logique que le contenu du projet de loi nous paraisse négatif et contestable. Sa philosophie autoritaire et contraignante qui repose, d'une part, sur des taux globaux et arbitraires, d'autre part sur des sanctions à plusieurs niveaux, va à l'encontre de la mobilisation recherchée du corps médical.

Son champ d'application parcellaire est également dommageable. C'est l'ensemble des dépenses d'assurance maladie qu'il aurait fallu appréhender. Or votre texte est tout entier dirigé contre la médecine de ville. Il ignore complètement les dépenses hospitalières, lesquelles représentent, à elles seules - ne l'oublions pas - 53 p. 100 du total des dépenses de maladie.

De plus, votre projet se limite à l'assurance maladie, branche qui sera, en principe, excédentaire en 1992. Il ne contient rien sur le déficit de plus en plus lourd de la branche vieillesse, qui devrait s'élever cette année à près de 20 milliards de francs, d'après les calculs qui m'ont été communiqués.

Rien n'est prévu non plus à propos des coûts de gestion de la sécurité sociale, lesquels se situent dans la tranche haute des pays européens et ont fait, à plusieurs reprises, l'objet d'observations de la part de la Cour des comptes et de la commission des comptes de la sécurité sociale.

Il me faut aussi déplorer la technique qui consiste à négocier, de façon plus ou moins autoritaire, des accords séparés avec les diverses professions sanitaires. Certes, cela permet sans doute au Gouvernement d'accroître sa marge d'influence, mais cette manière d'agir présente l'inconvénient de faire perdre en cohérence et d'opposer entre eux les différents secteurs concernés. De ce point de vue, si je me réjouis que des dispositions concernant les infirmières aient été introduites dans le projet, même tardivement, car ces dispositions paraissent satisfaire les intéressés, je ne peux que déplorer qu'il manque des mesures pour d'autres professions telles que les ambulanciers, les kinésithérapeutes, les psychomotriciens, etc.

Le caractère nocif de votre projet apparaît à plusieurs titres.

En premier lieu, il ressort de sa philosophie que les médecins libéraux seront les boucs émissaires de la dérive des dépenses de l'assurance maladie. Cela n'est pas acceptable dès lors que le principe de la liberté de choix du médecin constitue un élément de la liberté tout court, et que les médecins libéraux, particulièrement les médecins de famille, sont le socle de la santé en France. Nos concitoyens, vous le savez, y sont fondamentalement attachés et l'ensemble du système repose et doit continuer de reposer sur la liberté.

Liberté et responsabilité, tels sont les principes qui ont fait le succès de notre médecine. Malheureusement, votre projet leur porte atteinte.

Il n'est pas acceptable de procéder par l'établissement d'enveloppes globales et autoritaires qui ignorent les spécificités géographiques et professionnelles.

Comment accepter le principe du taux national global, prévisionnel, qui pourra être quasiment imposé par le seul Gouvernement ?

Comment accepter un taux qui, au lieu de tenir compte des réalités locales, s'impose en fait à elles ?

Comment accepter un taux aussi rigide puisque les sanctions prévues sont lourdes et peu modulables ?

Comment, surtout, accepter un taux qui s'applique, du moins à l'état, aux dépenses « présentées au remboursement des régimes d'assurance maladie », alors que l'avenant n° 3 dont je parlais mentionnait les « prescriptions remboursables », ce qui est tout à fait différent ?

Force est de constater que sont bien couvertes par ce taux l'ensemble des dépenses de santé, y compris celles que l'assurance maladie ne rembourse pas. Cela traduit une volonté totalement inacceptable de faire contrôler par l'Etat la part des soins qui n'est pas remboursable, mais que le patient a librement consentie, part pour laquelle il peut d'ailleurs être couvert - vous le savez mieux que personne - à titre complémentaire, par une mutuelle.

Cette ingérence de l'Etat dans le contenu de la thérapie est une atteinte éminemment grave à la liberté individuelle telle qu'elle se manifeste dans ce que les hommes de l'art qualifient justement de « colloque singulier ».

La loi d'airain de votre dispositif, qu'il faut bien qualifier peut-être durement mais justement de policier, ne peut que conduire au rationnement des soins ou à la dégradation de la relation si originale qui unit le praticien et son patient. En effet, dès lors que le seuil aura été atteint, comment ne pas imaginer que le médecin sera écartelé entre la crainte de devoir subir une pénalité et celle d'amoindrir la qualité de sa thérapie. Dilemme cornélien s'il en est !

Ce point de vue est d'ailleurs étayé par l'opinion très pertinente exprimée dans les propos du président du conseil national de l'ordre des médecins, qui a écrit à ce sujet : « Une telle définition fondée sur des critères économiques quantitatifs - coût, taux... - semble ignorer que l'activité du médecin est la somme de décisions médicales individuelles qui doivent prendre en considération non seulement les aspects scientifiques objectifs, mais aussi les aspects subjectifs liés à la personnalité du malade et à son environnement familial et socioculturel. »

L'un des effets les plus pervers de votre système est, en effet, de figer les situations existantes en entravant, notamment, le renouvellement des générations médicales, puisque le filet constitué par l'application sans discernement du taux directeur pénalise tout particulièrement les médecins nouvellement installés, les jeunes en particulier ou ceux qui reprennent leur activité après une interruption. Ce point est d'ailleurs évoqué dans l'avenant, mais sans que l'on sache très bien comment ces situations seront réglées puisque le projet est muet sur ce sujet. Cela a d'ailleurs conduit mon groupe à déposer un amendement dans la matière pour garantir la prise en compte de ces spécificités ou, tout au moins, pour essayer d'en atténuer les inconvénients pour les médecins les plus fragiles. J'en viens à la partie du texte consacrée aux sanctions, laquelle ne peut qu'appeler la critique.

A la motivation du corps médical par l'instauration d'une discipline librement consentie, vous avez préféré un dispositif de sanctions lourdes et injustes. Il y a d'ailleurs une dangereuse ambiguïté à ce propos : s'agira-t-il de sanctions individuelles ou de sanctions collectives ? Quelles justifications

pourront-elles être présentées en défense ? S'agissant d'un dispositif répressif, de telles imprécisions ne peuvent être acceptées.

Permettez-moi, monsieur le ministre, en tant que spécialiste de la matière fiscale, de me livrer à une rapide comparaison entre votre projet et les textes de droit fiscal.

Lorsqu'un contribuable est soupçonné de frauder, il dispose de garanties très larges qui sont décrites d'une façon détaillée dans le code général des impôts et dans le livre des procédures fiscales. En l'occurrence, au contraire, nous sommes en présence d'une procédure qui ne comporte que des garanties très sommaires et qui aboutira inévitablement à l'arbitraire, compte tenu de la façon dont le système est conçu.

Même lorsque l'intervention du juge est prévue, ce qui est le cas à l'article 14, les modalités choisies ne sont pas très heureuses et le risque d'excès ne peut pas être écarté. Ce dispositif cumule en effet plusieurs inconvénients que je vais rapidement rappeler.

Le premier est d'assimiler aux abus, fautes et fraudes, une dépense non strictement économique. Il y a donc des infractions de nature différente.

Le deuxième porte sur la définition de cette même notion. Selon quels critères estimera-t-on le non-respect de la notion de « plus stricte économie » ? Vous savez que les médecins s'inquiètent justement de cet article que rien ne rattache à l'avenant n° 3. La sagesse commanderait de le faire disparaître du projet de loi.

Hors cet article 14, les sanctions mises en place feront intervenir, du moins dans un premier temps, des organismes nouvellement créés, je veux parler des « unions de médecins libéraux ».

Le principe de ces nouvelles structures peut être lui-même contesté. En effet, il n'apparaît pas très utile de susciter des concurrents à l'ordre des médecins, pour remplir des missions qui paraissent relativement imprécises, sauf justement en ce qui concerne la mise en mouvement des sanctions où le rôle des unions est, au contraire, manifestement excessif.

La composition de ces unions soulève également des objections sérieuses. La légitimité d'une séparation aussi nette entre les généralistes et les spécialistes est très contestable et participe de cette logique de division, de morcellement d'un corps médical pourtant uni dans sa vocation, dans sa formation et dans sa mission.

La place exacte des unions se révélera donc difficile à établir. Le risque est double et contradictoire. Soit ces nouvelles unions de médecins libéraux seront inefficaces et donc inutiles parce qu'elles refuseront de sanctionner. Soit ces unions se transformeront en tribunaux, en chambre d'accusation où les médecins s'entre-déchireront et cela sera déplorable pour les médecins, pour le pays et pour les patients.

Les unions de médecins libéraux, par leur composition et par les prérogatives qui leur seront reconnues ne me paraissent pas de nature à remplir le rôle que l'on attend d'elles.

Une autre faiblesse de votre texte réside dans le secteur promotionnel qui sera créé au profit de quelques milliers d'heureux élus. Le flou qui entoure l'accès à ce secteur, cumulant en quelque sorte les avantages des secteurs I et II, me paraît inquiétant. Certes, il est question dans le projet de loi d'un critère de qualité, mais vous conviendrez avec moi, monsieur le ministre, qu'il sera difficile de départager des médecins dont chacun s'accorde à dire qu'ils sont tous de grande qualité.

Une nouvelle fois, cette disposition va diviser, susciter des jalousies et des rancœurs. Elle risque de surcroît de déqualifier aux yeux de l'opinion les médecins qui n'y seraient pas admis. Elle me rappelle, d'ailleurs, les plus vieux peut-être s'en souviennent, la distinction qui existait jusqu'à la guerre entre les pharmaciens de première classe et les pharmaciens de deuxième classe.

Il y a tout de même une éclaircie dans ce paysage, qui provient de la hausse du tarif des honoraires après un blocage de deux ans. Cette mesure attendue par toute la profession ne compense que très partiellement la sévérité de votre loi et ne saurait, à elle seule, justifier notre indulgence envers votre texte.

Aucune des dispositions de ce projet ne nous paraît donc de nature à apporter les réponses nécessaires aux problèmes très graves que se posent.

J'en viens maintenant à la deuxième partie, très brève d'ailleurs, de mon propos, pour indiquer l'action que l'U.D.F. entendrait mener dans ce secteur en cas d'alternance.

Nous démarquant de votre vision planificatrice et autoritaire, nous proposerions un système reposant sur la mobilisation concertée de tous les acteurs de santé dans un climat de confiance retrouvée.

Le premier principe qui nous paraît devoir guider une telle politique est en effet l'association concertée de tous les participants à l'effort. Vos prédécesseurs et vous-même, monsieur le ministre, avez opposé les professions de santé entre elles - je l'ai rappelé plusieurs fois - et fragmenté la négociation en de multiples conventions particulières qui accroissent les moyens de pression à la disposition du Gouvernement.

Nous proposerions de faire exactement l'inverse, en provoquant la tenue annuelle d'une conférence nationale de la santé, qui réunirait les diverses parties intéressées : sécurité sociale, corps médical, professions sanitaires et parasitaires, représentants des syndicats de salariés et d'employeurs, professions indépendantes.

Cette conférence formulerait un avis sur les grandes orientations de la politique sanitaire conduite par les pouvoirs publics et proposerait une affectation des dépenses de santé devant se traduire à travers le budget et les comptes sociaux.

Il s'agirait donc, non pas d'organiser l'anarchie ou le « laisser-gaspiller » comme d'aucuns pourraient le suggérer, mais au contraire de parvenir à des choix consensuels - j'insiste sur ce terme - fixant des objectifs à atteindre.

Le deuxième principe qui inspirerait notre action serait précisément la contractualisation. Il va de soi que le système conventionnel doit être maintenu car il a permis depuis vingt ans une extension satisfaisante de la couverture sociale des Français.

Encore faudrait-il que ce système ne soit pas dévoyé, comme il l'est depuis le retour de la gauche aux affaires - à tout point de vue d'ailleurs - en 1988. Vous l'avez en effet alourdi et rendu inutilement pénalisant pour les praticiens qui sont placés en quelque sorte au banc d'infamie. Nous proposerions au contraire que des « contrats de santé » soient conclus entre les acteurs intéressés - les médecins, les responsables de cliniques, les paramédicaux - et les caisses de sécurité sociale, en fonction des spécificités de chacun, afin de fixer leurs relations en tenant compte des situations locales. C'est en rendant, en effet, aux différents partenaires la liberté contractuelle qu'on parviendra à les responsabiliser, étant entendu que la sanction normale serait le déconventionnement éventuel et non l'arsenal trop précis que vous voulez mettre en place.

Le troisième axe de notre politique reposerait sur la mise en place d'une véritable politique de prévention sanitaire. M. Bianco y avait fait timidement allusion lorsqu'il avait la charge du ministère des affaires sociales, mais il faut bien convenir que les réalisations sont pour l'instant des plus limitées.

Nous avons un retard important à combler dans ce domaine et il ne serait pas trop difficile de mettre au point une politique de prévention plus efficace, un des outils pouvant être le redéploiement des médecins, notamment ceux dont la situation est précaire, dans ces fonctions. Je rappellerai que le directeur général de la santé a évoqué ces possibilités à plusieurs reprises.

Le quatrième principe qui nous guiderait porterait sur une refonte du système hospitalier - ceci a été évoqué plusieurs fois au cours de l'après-midi : la plus grande part des

dépenses de santé est en effet absorbée par l'hôpital, et il n'est pas possible de prétendre maîtriser le coût de la santé si ce secteur n'est pas sérieusement abordé. Les gouvernements ont fait voter une loi hospitalière qui crée à l'intérieur des hôpitaux une organisation que je n'hésiterai pas à qualifier de baroque, faisant proliférer les commissions, mais cela n'a en rien réglé la question fondamentale - je le rappelle comme mes collègues tout à l'heure - du coût de l'hôpital.

Nous avons déjà proposé, à travers une proposition de loi que le groupe Union pour la démocratie française a déposée il y a un an, de mettre en place un nouveau dispositif reposant sur la conclusion d'accords entre les régions et les caisses de sécurité sociale pour fixer, à l'intérieur de chaque région, le montant du financement des hôpitaux par l'assurance maladie, la région étant chargée de la programmation des équipements, ce qui serait conforme à son rôle en matière d'aménagement du territoire.

De façon concomitante, chaque hôpital passerait avec la sécurité sociale un accord portant sur son financement pour l'année, qu'il serait ensuite libre de gérer de la meilleure façon possible. Ce double principe de régionalisation et d'autonomie des établissements nous paraît être de nature à rapprocher les choix des citoyens et à décongestionner l'absurde système qui fait aujourd'hui intervenir de multiples tutelles paralysantes dans la gestion des hôpitaux.

Tels pourraient être, monsieur le ministre, mes chers collègues, les grands axes d'une autre politique de santé qui, n'en déplaise au parti socialiste, ne comporterait aucun recul social - nous y tenons beaucoup - pour les malades et les allocataires, et ne diminuerait en rien, bien entendu, l'efficacité du système de santé.

Votre politique, telle qu'elle se traduit dans le texte qui nous est proposé, conduit au contraire à une spirale de plus en plus pénalisante pour les professionnels de la santé qui la rejettent massivement. Nous proposons, nous, de restaurer un climat de confiance et de compréhension mutuels.

En conclusion, je dirai simplement que votre projet ne permet en aucune manière de garantir ce climat de confiance, bien au contraire, et c'est pourquoi nous voterons contre sans aucune réserve. *(Applaudissements sur les bancs des groupes Union pour la démocratie française, de l'Union du centre et du Rassemblement pour la République.)*

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

6

ORDRE DU JOUR

M. le président. Ce soir, à vingt et une heures trente, deuxième séance publique :

Suite de la discussion, après déclaration d'urgence, du projet de loi n° 2729 relatif aux relations entre les médecins et l'assurance maladie (rapport n° 2746 de M. Philippe Sanmarco, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales).

La séance est levée.

(La séance est levée à dix-neuf heures trente.)

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

ANNEXE AU PROCÈS-VERBAL

de la 1^{re} séance

du jeudi 4 juin 1992

SCRUTIN (N° 661)

sur la question préalable opposée par M. Bernard Pons au projet de loi relatif aux relations entre les médecins et l'assurance maladie.

Nombre de votants 545
 Nombre de suffrages exprimés 544
 Majorité absolue 273

Pour l'adoption 264
 Contre 280

L'Assemblée nationale n'a pas adopté.

ANALYSE DU SCRUTIN

Groupe socialiste (271) :

Contre : 269.

Non-votants : 2. - MM. Jean Gaubert et François Loncle (membre du Gouvernement).

Groupe R.P.R. (126) :

Pour : 126.

Groupe U.D.F. (89) :

Pour : 88.

Contre : 1. - M. Aimé Kergueris.

Groupe U.D.C. (40) :

Pour : 38.

Abstention volontaire : 1. - M. Raymond Barre.

Non-votant : 1. - M. Loïc Bouvard (président de séance).

Groupe communiste (26) :

Non-votants : 26.

Non-inscrits (24) :

Pour : 12. - M. Léon Bertrand, Mme Martine Daugreilh, MM. Jean-Michel Dubernard, Serge Franchis, Auguste Legros, Michel Noir, Jean-Pierre de Peretti della Rocca, Jean Royer, Maurice Sergheraert, Christian Spiller, Mme Marie-France Stirbois et M. André Thien Ah Koon

Contre : 10. - MM. Jean-Michel Boucheron (Charente), Jean Charbonnel, Jean-Claude Chermann, Jean-Marie Dailliet, Alexandre Léontieff, Alexis Pota, Emile Vernaudon, Yves Vidal, Marcel Wacheux et Aloyse Warhouver.

Non-votants : 2. - MM. Jean-Marie Cambacérès et Elie Hoarau.

Ont voté pour

Mme Michèle Alliot-Marie
 M. Edmond Alphandéry
 Mme Nicole Amelline
 MM.
 René André
 Philippe Auberger

Emmanuel Aubert
 François d'Aubert
 Gautier Audlaot
 Pierre Bachelet
 Mme Roselyne Bachelot
 Patrick Balkany
 Edouard Balladur

Claude Barate
 Michel Baroier
 Jacques Barrot
 Dominique Baudis
 Jacques Baumel
 Henri Bayard
 François Bayrou
 René Beaumont

Jean Bégault
 Pierre de Benouville
 Christian Bergelin
 André Berthol
 Léon Bertrand
 Jean Besson
 Claude Birraux
 Jacques Blanc
 Roland Blum
 Franck Borotra
 Bernard Bosson
 Bruno Bourg-Broc
 Jean Bousquet
 Mme Christine Boutin
 Jacques Boyon
 Jean-Guy Branger
 Jean Briane
 Jean Brocard
 Albert Brochard
 Louis de Broissia
 Christian Cabal
 Jean-Marie Caro
 Mme Nicole Catala
 Jean-Charles Cavallé
 Robert Cazale
 Richard Cazeaave
 Jacques Chaban-Delmas
 Jean-Yves Chamard
 Hervé de Charette
 Jean-Paul Charié
 Serge Charles
 Jean Charroppin
 Gérard Chasseguet
 Georges Chavares
 Jacques Chirac
 Paul Chollet
 Pascal Clément
 Michel Coïntat
 Daniel Colin
 Louis Colombani
 Georges Colombier
 René Couanau
 Alain Cousin
 Yves Coussain
 Jean-Michel Couve
 René Couveinhes
 Jean-Yves Cozan
 Henri Cuq
 Olivier Dassault
 Marc-Philippe Daubresse
 Mme Martine Daugreilh
 Bernard Debré
 Jean-Louis Debré
 Arthur Dehaine
 Jean-Pierre Delalande
 Francis Delattre
 Jean-Marie Demange
 Jean-François Deniau
 Xavier Deniau
 Léonce Deprez
 Jean Desanlis
 Alain Devaquet
 Patrick Deveux
 Claude Dhinnin

Willy Diméglio
 Eric Dolige
 Jacques Dominati
 Maurice Dousset
 Guy Drut
 Jean-Michel Dubernard
 Xavier Dugoin
 Adrien Durand
 Georges Durand
 André Durr
 Charles Ehrmann
 Christian Estrosi
 Jean Falala
 Hubert Falco
 Jacques Farran
 Jean-Michel Ferrand
 Charles Fèvre
 François Fillon
 Jean-Pierre Foucher
 Serge Franchis
 Edouard Frédéric-Dupont
 Yves Fréville
 Jean-Paul Fuchs
 Claude Gaillard
 Robert Galley
 René Galy-Dejean
 Gilbert Gantier
 René Garrec
 Henri de Gastines
 Claude Gatignol
 Jean de Gaulle
 Francis Geng
 Germain Gengenwin
 Edmond Gerrer
 Michel Giraud
 Jean-Louis Goasduff
 Jacques Godfrain
 François-Michel Gannot
 Georges Gorze
 Daniel Goulet
 Gérard Grignon
 Hubert Grimaud
 Alain Griotteray
 François Grussenmeyer
 Ambroise Guellec
 Olivier Guichard
 Lucien Guichon
 Jean-Yves Haby
 François d'Harcourt
 Pierre-Rémy Houssin
 Mme Elisabeth Hubert
 Xavier Hunault
 Jean-Jacques Hyest
 Michel Inchauspé
 Mme Bernadette Isaac-Sibille
 Denis Jacquat
 Michel Jacquemin
 Henry Jean-Baptiste
 Jean-Jacques Jegou
 Alain Jonemann
 Didier Julla
 Alain Juppé

Gabriel Kaspereit
 Christian Kert
 Jean Kiffer
 Emile Koehl
 Claude Labbé
 Marc Laffineur
 Jacques Laffleur
 Alain Lamassoure
 Edouard Landral
 Philippe Legras
 Auguste Legros
 Gérard Léonard
 François Léotard
 Arnaud Lepereq
 Pierre Lequiller
 Roger Lestias
 Maurice Ligo
 Jacques Limouzy
 Jean de Lipkowski
 Gérard Longuet
 Alain Madelin
 Jean-François Mancel
 Raymond Marcellin
 Claude-Gérard Marcus
 Jacques Masdeu-Arus
 Jean-Louis Masson
 Gilbert Mathieu
 Jean-François Mattel
 Pierre Manger
 Joseph-Henri Maujoian du Gasset
 Alain Mayoud
 Pierre Mazeaud
 Pierre Méhaignerie
 Pierre Merli
 Georges Mesmin
 Philippe Mestre
 Michel Meylan
 Pierre Micaut
 Mme Lucette Michaux-Chevry
 Jean-Claude Mignon
 Charles Millon
 Charles Miossec
 Mme Louise Moreau
 Alain Moyne-Bressand
 Maurice Nénou-Pwataho
 Jean-Marc Nesme
 Michel Noir
 Roland Nungesser
 Patrick Ollier
 Charles Paccu
 Arthur Paecht
 Mme Françoise de Panafieu
 Robert Pandraud
 Mme Christiane Papon
 Mme Monique Papon
 Pierre Pasquini
 Michel Pelchat
 Dominique Perben
 Régis Perbet
 Jean-Pierre de Peretti della Rocca
 Michel Péricard
 Francisque Perrut

Alain Peyrefitte
Jean-Pierre Philibert
Mme Yann Piat
Etienne Piate
Ladislav Poniatowski
Bernard Pons
Robert Poujade
Jean-Luc Preel
Jean Prorot
Eric Raoult
Pierre Raynal
Jean-Luc Reitzer
Marc Reymano
Lucien Richard
Jean Rigaud
Gilles de Robien
Jean-Paul
de Rocca Serra
François Rochebloine
André Rossi

José Rossi
André Rossinot
Jean Royer
Antoine Rufenacht
Francis Saint-Ellier
Rudy Salles
André Santini
Nicolas Sarkozy
Mme Suzanne
Sauvaigo
Bernard Schreiner
(Bas-Rhin)
Philippe Séguin
Jean Seitzinger
Maurice Sergheraert
Christian Spiller
Bernard Stasi
Mme Marie-France
Stirbois
Paul-Louis Tenaillon

Michel Terrot
André Thien Ah Koon
Jean-Claude Thomas
Jean Tiberi
Jacques Touboa
Georges Tranchant
Jean Ueberschlag
Léon Vachet
Jean Vallet
Philippe Vasseur
Gérard Vignoble
Philippe de Villiers
Jean-Paul Virapoulle
Robert-André Vivien
Michel Voisin
Roland Vuillaume
Jean-Jacques Weber
Pierre-André Wiltzer
Claude Wolff
Adrien Zeller.

Georges Lemoine
Guy Lengagne
Alexandre Léontieff
Roger Léron
Alain Le Vern
Claude Lise
Robert Loïdi
Guy Lordinot
Jean-Luc Lorgeux
Maurice
Louis-Joseph-Dugué
Jean-Pierre Luppi
Bernard Madrelle
Jacques Mahéas
Guy Malandain
Mme Marie-Claude
Malaval
Thierry Mandon
Jean-Pierre Marche
Roger Mas
René Massat
Marius Masse
François Massot
Didier Mathus
Pierre Mauroy
Pierre Métais
Charles Metzinger
Henri Michel
Jean-Pierre Michel
Didier Migaud
Mme Hélène Mignon
Claude Miquieu
Gilbert Mitterreud
Marcel Mocœur

Guy Monjalou
Gabriel Montchamort
Mme Christiane Mora
Bernard Nayral
Alain Néri
Jean-Paul Nunzi
Jean Oebler
Pierre Ortet
François Patriat
Jean-Pierre Pénicant
Jean-Claude Peyronnet
Michel Pezet
Christian Pierret
Yves Pillot
Charles Pistre
Jean-Paul Planchau
Bernard Poignant
Alexis Pota
Maurice Pourchon
Jean Proveux
Jean-Jack Queyranne
Jean-Claude Ramos
Guy Ratier
Alfred Recours
Daniel Reiser
Alain Richard
Jean Rigal
Gaston Rimareix
Roger Rinchet
Mme Dominique
Robert
Alain Rodet
Jacques
Roger-Machart

Mme Yvette Roudy
René Rouquet
Michel Sainte-Marie
Philippe Sammarco
Jean-Pierre Santa Cruz
Jacques Sautrot
Gérard Saumade
Robert Savy
Bernard Schreiner
(Yvelines)
Roger-Gérard
Schwartzberg
Robert Schwint
Patrick Seve
Henri Sicre
Mme Marie-Josèphe
Sublet
Michel Suchod
Yves Tavernier
Jean-Michel Testu
Michel Thuvin
Pierre-Yvon Trémel
Edmond Vacant
Daniel Vaillant
Emile Vernaudeau
Pierre Victoria
Joseph Vidal
Yves Vidal
Alain Vidalles
Jean Vittraut
Marcel Wacheux
Aloÿse Warhouver
Jean-Pierre Worms.

Ont voté contre

MM.

Maurice
Adevah-Paef
Jean-Marie Alaize
Jean Albouy
Mme Jacqueline
Alquier
Jean Anciant
Bernard Angels
Robert Anselin
Henri d'Attilio
Jean Auroux
Jean-Yves Autexier
Jean-Marc Ayraut
Jean-Paul Bachy
Jean-Pierre Baemler
Jean-Pierre Balduyck
Jean-Pierre Balligand
Gérard Bapt
Régis Barailla
Claude Barande
Bernard Bardin
Alain Barrau
Claude Bartolone
Philippe Bassinet
Christian Bataille
Jean-Claude Bateux
Umberto Battisti
Jean Beauvils
Guy Bèche
Jacques Becq
Roland Beix
André Belha
Jean-Michel Belorgey
Serge Beltrame
Georges Benedetti
Jean-Pierre Bequet
Michel Bérégovoy
Pierre Bernard
François Bernardini
Michel Berson
André Billardon
Bernard Bioulac
Jean-Claude Blin
Jean-Marie Bockel
David Bohbot
Jean-Claude Bois
Gilbert Bonnemaison
Alain Bonnet
Augustin Bonrepaux
André Borel
Mme Huguette
Bouchardeau
Jean-Michel
Boucheron
(Charente)
Jean-Michel
Boucheron
(Ille-et-Vilaine)
Jean-Claude Boulard
Jean-Pierre Bouquet
Claude Bourdin
René Bourget
Pierre Bourguignon
Jean-Pierre Braine
Pierre Brana
Jean-Paul Bret
Maurice Briand

Alain Brune
Mme Denise Cacheux
Jean-Paul Calloud
Alain Calmat
Jean-Christophe
Cambadellis
Jacques Cambolive
André Capet
Roland Carraz
Michel Carleto
Bernard Cartoa
Elie Castor
Bernard Cauvin
René Cazenave
Aimé Césaire
Guy Chanfrault
Jean-Paul Chanteguet
Jean Charbonnel
Bernard Charles
Marcel Charmant
Michel Charzat
Guy-Michel Chauveau
Jean-Claude Chermann
Daniel Chevallier
Jean-Pierre
Chevenement
Didier Chouat
André Clert
Michel Coffineau
François Colcombet
Georges Colin
Michel Crépeau
Jean-Marie Daillet
Pierre-Jean Daviaud
Mme Martine David
Jean-Pierre
Defontaine
Marcel Dehoux
Jean-François
Delahais
André Delattre
André Delehedde
Jacques Delhy
Albert Denvers
Bernard Derosier
Freddy
Deschaux-Beaume
Jean-Claude Dessein
Michel Destot
Paul Dhaille
Michel Dinot
Marc Dulez
Yves Dollo
René Dosièr
Raymond Douyère
Julien Dray
René Drouin
Claude Ducert
Pierre Ducout
Jean-Louis Dumont
Dominique Dupilet
Yves Durand
Jean-Paul Durlieux
Paul Duvalleix
Mme Janine Ecohard
Henri Emmanuelli
Pierre Esteve

Claude Eviu
Laurent Fabius
Albert Facoa
Jacques Fleury
Jacques Floth
Pierre Forgues
Raymond Fornal
Alain Fort
Jean-Pierre Fourré
Michel François
Roger Franzoni
Georges Frèche
Michel Fromet
Claude Gaits
Claude Galametz
Bernard Gallet
Dominique Gambier
Pierre Garmandia
Marcel Garrouste
Kamilo Gata
Jean-Yves Gateaud
Jean Gatel
Claude Germon
Jean Giovannelli
Joseph Gourmelon
Hubert Guze
Gérard Guozes
Léo Gréard
Jean Guigne
Edmond Hervé
Jacques Heuclin
Pierre Hiard
François Hollande
Roland Huguet
Jacques Huyghues
des Etages
Gérard Istace
Mme Marie Jacq
Frédéric Jalton
Jean-Pierre Joseph
Noël Joseph
Alain Jourmet
Aimé Kergueris
Jean-Pierre Kucheida
André Labarrière
Jean Laborde
Jean Lacombe
Pierre Lagorce
Jean-François
Lamarque
Jérôme Lambert
Michel Lambert
Jean-Pierre Lapaire
Claude Lareal
Dominique Lariffa
Jean Laurain
Jacques Lavadrine
Gilbert Le Bris
Mme Marie-France
Lecuir
Jean-Yves Le Déaut
Jean-Marie Leduc
Robert Le Foll
Bernard Lefranc
Jean Le Garrec
Jean-Marie Le Guen
André Lejeune

S'est abstenu volontairement

M. Raymond Barre.

N'ont pas pris part au vote

D'une part :

M. Loïc Bouvard, qui présidait la séance.

D'autre part :

MM.

François Asensi
Marcelin Berthelot
Alain Bocquet
Jean-Pierre Brard
Jacques Brunhes
Jean-Marie Cambarères
René Carpentier
André Duroméa
Jean Gaubert
Jean-Claude Gaysot

Pierre Goldberg
Roger Goubier
Georges Hage
Guy Hermler
Elie Hoarau
Mme Muguet
Jacquaint
André Lajolais
Jean-Claude Lefort
Daniel Le Meur

Paul Lombard
Georges Marchais
Gilbert Millet
Robert Montdargent
Ernest Moutoussamy
Louis Pierra
Jacques Rimbault
Jean Taidito
Fabien Thiémé
Théo Vial-Massat

N'a pas pris part au vote

(En application de l'article 1^{er}
de l'ordonnance n° 58-1099 du 17 novembre 1958)

M. François Loncle.

Mises au point au sujet du présent scrutin

(sous réserve des dispositions de l'article 68, alinéa 4,
du règlement de l'Assemblée nationale)

M. Aimé Kergueris a fait savoir qu'il avait voulu voter
« pour » et M. Jean Gaubert a fait savoir qu'il avait voulu
voter « contre »

Mises au point au sujet de précédents scrutins

(sous réserve des dispositions de l'article 68, alinéa 4,
du règlement de l'Assemblée nationale)

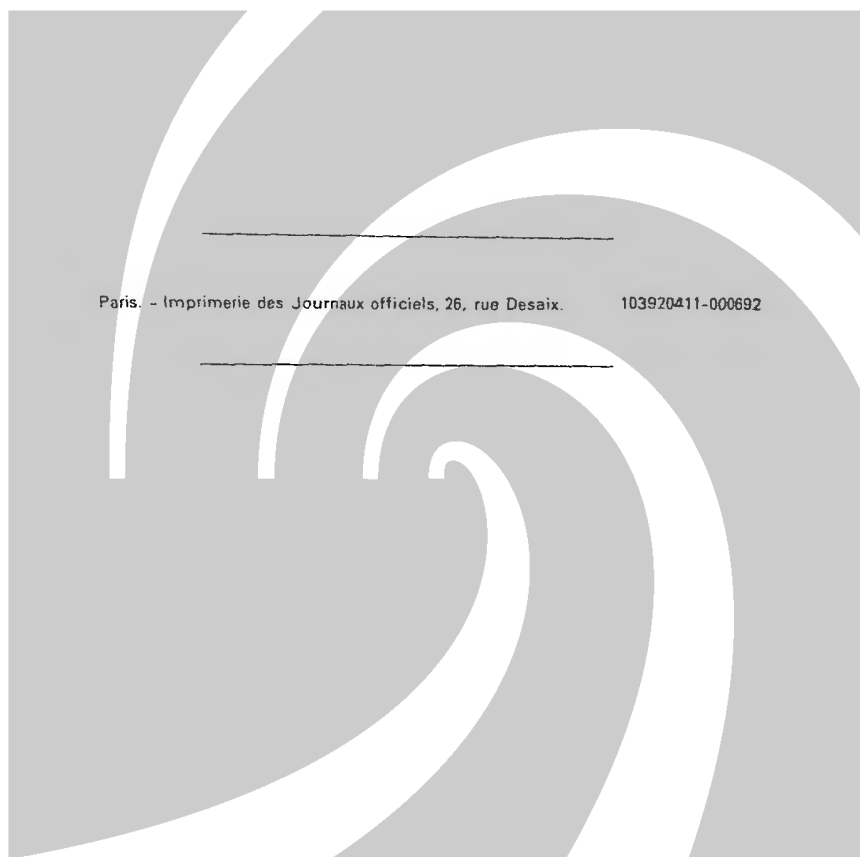
A la suite du scrutin (n° 658) sur l'amendement n° 70 de
M. René Carpentier tendant à insérer un article additionnel
après l'article 114 du projet de loi relatif à l'abolition des fron-
tières fiscales à l'intérieur de la Communauté économique
européenne en matière de taxe sur la valeur ajoutée et de
droits indirects (rôle des transitaires en douanes) (*Journal offi-
ciel*, débats A.N., du 27 mai 1992, page 1713), M. Jean Royer a
fait savoir qu'il avait voulu « s'abstenir volontairement ».

A la suite du scrutin (n° 659) sur l'ensemble du projet de loi
relatif à l'abolition des frontières fiscales à l'intérieur de la
Communauté économique européenne en matière de taxe sur la
valeur ajoutée et de droits indirects (*Journal officiel*, débats
A.N., du 27 mai 1992, page 1715), M. Jean Royer a fait savoir
qu'il avait voulu « s'abstenir volontairement ».



LuraTech

www.luratech.com



Paris. - Imprimerie des Journaux officiels, 26, rue Desaix.

103920411-000692

LuraTech

www.luratech.com



LuraTech

www.luratech.com