

DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

9^e Législature

SECONDE SESSION ORDINAIRE DE 1991-1992

(58^e SÉANCE)

COMpte RENDU INTÉGRAL

Luratech

2^e séance du jeudi 4 juin 1992

www.luratech.com



SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE M. PASCAL CLÉMENT

1. **Médecins et assurance maladie.** - Suite de la discussion, après déclaration d'urgence, d'un projet de loi (p. 1957).

DISCUSSION GÉNÉRALE (suite)

MM. Robert Loidi,
Gilbert Millet,
Jean-Yves Chamard,
Jean-Pierre Foucher,
Jean Vittrant,
Bernard Debré,
Adrien Zeller,
David Bohbot,
Philippe Legras,
Alain Bonnet,
Claude Bartolone.

Clôture de la discussion générale.

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

2. **Modification de l'ordre du jour prioritaire** (p. 1971).
3. **Médecins et assurance maladie.** - Reprise de la discussion, après déclaration d'urgence, d'un projet de loi (p. 1972).

MOTION DE RENVOI EN COMMISSION (p. 1972)

Motion de renvoi en commission de M. Pons : M. Jean-Yves Chamard.

PRÉSIDENTE DE M. CLAUDE BARTOLONE

MM. David Bohbot, Christian Cabal. - Rejet, par scrutin, de la motion de renvoi en commission.

DISCUSSION DES ARTICLES (p. 1975)

M. Jean-Yves Chamard.

Suspension et reprise de la séance (p. 1975)Article 1^{er} (p. 1975)

Amendements de suppression nos 19 de M. Jacquat, 49 de M. Millet et 113 de M. Chamard : MM. Gilbert Gantier, Gilbert Millet, Jean-Yves Chamard, Philippe Sanmarco, rapporteur de la commission des affaires culturelles ; le ministre.

APPLICATION DE L'ARTICLE 44, ALINÉA 3, DE LA CONSTITUTION

Réserve du vote sur les amendements de suppression.

Amendements nos 83 de M. Royer, 20 corrigé de M. Jacquat, 1 de la commission des affaires culturelles et 99 de M. Foucher : MM. Jean-Yves Chamard, Gilbert Gantier, le rapporteur, Jean-Pierre Foucher, le ministre. - Réserve du vote.

Amendement n° 2 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. - Réserve du vote.

Amendement n° 21 de M. Jacquat : MM. Gilbert Gantier, le rapporteur, le ministre, Jean-Yves Chamard, Gilbert Millet. - Réserve du vote.

Réserve du vote sur l'article 1^{er}.

Article 2 (p. 1978)

M. Gilbert Millet.

Amendements de suppression nos 22 de M. Jacquat et 79 de M. Millet : MM. Gilbert Gantier, le rapporteur, le ministre, Jean-Yves Chamard. - Réserve du vote.

Amendement n° 80 de M. Millet : MM. Gilbert Millet, le rapporteur, le ministre. - Réserve du vote.

Amendement n° 81 de M. Millet : MM. Gilbert Millet, le rapporteur, le ministre. - Réserve du vote.

Amendement n° 3 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. - Réserve du vote.

Amendement n° 51 de M. Millet : MM. Gilbert Millet, le rapporteur, le ministre, Jean-Yves Chamard. - Réserve du vote.

Amendement n° 4 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. - Réserve du vote.

Rappel au règlement (p. 1981)

MM. Gilbert Gantier, le président.

Reprise de la discussion (p. 1982)

Amendement n° 52 de M. Millet : MM. Gilbert Millet, le rapporteur, le ministre. - Réserve du vote.

Amendement n° 5 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. - Réserve du vote.

Réserve du vote sur l'article 2.

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

4. **Dépôt de rapports** (p. 1982).

5. **Ordre du jour** (p. 1982).

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTIE DE M. PASCAL CLÉMENT, vice-président

La séance est ouverte à vingt et une heures trente.

M. le président. La séance est ouverte.

1

MÉDECINS ET ASSURANCE MALADIE

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

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

Discussion générale (suite)

M. le président. Cet après-midi, l'Assemblée a commencé d'entendre les orateurs inscrits dans la discussion générale.

La parole est à M. Robert Loidi.

M. Robert Loidi. Monsieur le président, monsieur le ministre des affaires sociales et de l'intégration, mes chers collègues, je voudrais, au début de mon propos, citer quelques extraits du rapport réalisé en juillet 1991 à la demande de Mme Cresson, alors Premier ministre, par Mme Moreau, conseiller d'Etat, à qui l'on avait demandé d'analyser les expériences étrangères en matière de régulation des dépenses de santé - tant il est vrai qu'il est parfois bon de regarder ce qui se fait autour de soi :

Je cite : « Les pays qui sont parvenus à maintenir tout ou partie de leurs dépenses de santé ces dernières années ont tous fixé, sous des formes variables, des objectifs quantifiés nationaux. Ils ne se contentent pas d'accords sur les prix. C'est la progression de la totalité des dépenses qui fait l'objet de décisions globales et sectorielles. »

On peut lire plus loin : « Ces exemples montrent aussi qu'aucun pays n'a obtenu de résultats en laissant une masse importante de dépenses privées dériver sans règle. »

Voilà qui me paraît de nature à éclairer la discussion de ce soir !

Je ferai une autre citation - qu'on veuille bien m'en excuser - plus proche de nous. Il s'agit d'une déclaration de notre collègue M. Barrot parue lundi dernier dans *Le Quotidien du médecin* : « Gardons-nous de flatter des corporatismes excessifs ! »

M. Philippe Sanmarco, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales. Très bien !

M. Robert Loidi. « Ce n'est pas la bonne manière de servir le corps médical. »

M. Jean-Yves Chamard. Il a tout à fait raison !

M. Robert Loidi. En effet ! J'ajoute que, si l'on fait une revue de presse des journaux autorisés, personne n'est dupe du caractère outrancier de certaines déclarations de l'opposition, voire de responsables médicaux, qui visent à affoler les malades ou le corps médical disant qu'en fin d'année on ne pourrait plus soigner les malades si les objectifs étaient

dépassés, ou des déclarations, outrancières elles aussi, sur un rationnement caporaliste, administratif des soins. Tout cela est, bien entendu, faux !

M. Gilbert Millot. C'est vous qui le dites !

M. Robert Loidi. Je rappelle que le corps médical vient d'obtenir, pour le moment sans contrepartie, une revalorisation qui fait passer les honoraires des généralistes de 90 à 100 francs.

M. Jean-Yves Chamard. C'était déjà la contrepartie de la précédente signature !

M. Robert Loidi. J'ajoute que le projet de loi prévoit la création d'un secteur promotionnel qui pourrait concerner quelque 5 000 médecins.

Par ailleurs, le taux fixé comme objectif pour l'augmentation des dépenses est, globalement, de 7,09 p. 100. Ce n'est pas si mal !

Que dire enfin de l'ASF, c'est-à-dire des conditions financières dans lesquelles la sécurité sociale, pour les trois quarts des financements, interviendra pour rétablir une situation qui était dégradée ?

C'est là une brimade, une vexation à l'encontre d'une corporation dont certains mauvais esprits disent qu'elle serait le bouc émissaire du Gouvernement et de la gauche. Je ne le crois pas.

Ce projet de loi est, pour l'essentiel, on l'a dit, et c'est vrai, la traduction législative d'un accord passé entre les trois caisses de sécurité sociale et l'un des principaux syndicats de médecins dans le but d'assurer une régulation concertée et médicalisée des dépenses de santé.

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale a été saisie à deux reprises de ce projet de loi. Et, comme il est normal dans une procédure parlementaire, des amendements ont été déposés, parfois à l'initiative de l'opposition, mais avec l'approbation de la majorité, le plus souvent à l'initiative du groupe socialiste, pour améliorer le texte, en réduire les aspérités - s'il y en avait - de façon à éviter les faux procès et les faux-fuyants.

Je pense en particulier à la définition plus substantielle des missions des unions professionnelles, à la mise sur pied de structures régionales, à la suppression de l'article 14, qui est apparue à certains comme « libéricide ». Nous avons fait ce travail d'amélioration. Bref, nous sommes, pour l'essentiel, revenus - s'il en était besoin - à l'esprit et à la lettre de l'avenant contractuel.

En effet, tout l'avenant - et je ne porte là aucun jugement de valeur - réalise un équilibre fragile. Notre volonté, celle du groupe socialiste, n'est pas que la loi constitue un obstacle supplémentaire à la réalisation de l'accord, mais bien au contraire que le dispositif législatif serve et « conforte » l'accord intervenu sur l'avenant.

Sans doute, le cadre légal étant posé, les partenaires sociaux devront-ils prendre en compte les différentes situations des médecins, de ceux qui débutent, de ceux qui cessent d'exercer leur profession. Je pense à la réduction du taux de croissance des dépenses, aux zones d'ombre, à la définition du secteur promotionnel, au contenu de l'avenant sur la médecine générale. Mais je crois savoir que, déjà, des discussions sont en cours.

Plusieurs orateurs ont souligné que les médecins obéissent à une déontologie et que celle-ci les rendait libres et responsables de leurs prescriptions. Cela n'est contesté par personne. Mais je signale que l'article 9 de ce même code de

déontologie médicale demande au médecin d'avoir le souci du coût de ses prescriptions et de ses actes. En effet, nous constatons aujourd'hui que les dépenses de santé et de biens médicaux atteignent des sommes considérables : 573 milliards de francs,...

M. Bernard Debré. Vous faites erreur ! Vous comptez là-dedans des dépenses indues !

M. Robert Loïdi. ... soit plus que ce que coûte à chaque Français l'effort d'éducation scolaire. On peut donc considérer que la santé est la priorité des priorités.

Ces 573 milliards de francs comprennent, d'une part, des dépenses qui sont remboursées, d'autre part, ce qui reste à la charge des mutuelles, et finalement des ménages.

M. Bernard Debré. Et des dépenses indues pour 38 milliards !

M. Robert Loïdi. La part restant à la charge des ménages représente près de 20 p. 100. Voilà qui est important !

Chaque Français, aujourd'hui, dépense 10 000 francs pour sa santé,...

M. Bernard Debré. C'est faux !

M. Robert Loïdi. ... soit nettement plus que les autres Européens, partout en Europe.

M. Bernard Debré. C'est faux !

M. Robert Loïdi. Certains pourront dire, à juste titre - et je ne suis pas loin de partager ce point de vue - que c'est souvent le signe d'une société moderne performante. Et il est de fait que les dépenses de santé, au Bangladesh ou ailleurs, n'atteignent pas ce niveau. On peut donc s'en réjouir.

Mais, devant l'importance des sommes dépensées par la collectivité, on ne peut qu'être convaincu de la nécessité d'une régulation. Si, en 1991, les dépenses ont plutôt moins progressé que les années antérieures - 6,7 p. 100, contre 7,3 en 1990 -, c'est dû, au moins en partie, à l'action des médecins, à celle des caisses de sécurité sociale, mais aussi probablement à l'action engagée par les différents gouvernements dans ce secteur : les Français ont été conduits à mieux prendre conscience du problème.

Les ménages consentent actuellement un effort supplémentaire sur les dépenses de santé. Celles-ci représentaient 15,6 p. 100 de leurs dépenses totales en 1980 : elles s'élèvent aujourd'hui à 19 p. 100. Nous ne pouvons accepter pareille dérive, contre laquelle il importait de prendre des mesures. Alors que l'augmentation des soins hospitaliers, notamment de ceux qui sont dispensés dans le cadre de l'hospitalisation publique, a témoigné d'une certaine modération - 5 p. 100 -, la médecine ambulatoire ou de ville a progressé, elle, de 7,5 p. 100. En soi, ce n'est pas scandaleux, mais je fais observer que c'est quatre points au-dessus de l'inflation.

M. Bernard Debré. Ceci explique cela !

M. Robert Loïdi. Je ne parlerai pas des transports des malades, de la lunetterie ou des prothèses orthopédiques !

Le fond de l'affaire est clair : pouvons-nous soigner mieux sans dépenser davantage de notre richesse ?

M. Gilbert Millet. Non, il faut produire plus de richesses, prendre de l'argent ailleurs !

M. Robert Loïdi. L'absence de régulation ne profitera à personne : ni au malade, qui, à terme, risque de voir remis en cause le niveau de sa couverture sociale ou le libre accès aux soins pour tous,...

M. Bernard Debré. Mais non !

M. Robert Loïdi. ... ni aux professionnels de ce secteur, car une telle évolution conduirait à l'explosion de notre système de santé. Est-ce cela que l'on veut ? (*Protestations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République.*)

Il est évident que la poursuite d'une croissance des dépenses sans freins revient à lier la maîtrise de ce rythme au montant du revenu de chaque consommateur.

M. Bernard Debré. Mais non, erreur fondamentale !

M. Robert Loïdi. De cela, nous ne voulons pas ! Certes, la politique de santé ne peut se faire sans les médecins...

M. Bernard Debré. C'est sûr - à moins d'avoir recours à des rebouteux...

M. Robert Loïdi. ... ou contre eux. Mais les médecins doivent admettre que leurs préoccupations ou leurs intérêts ne peuvent longtemps diverger de l'intérêt général.

Assurer à chacun l'accès aux meilleurs soins au meilleur coût, lutter contre les gaspillages : le choix, sur ce projet de loi ou sur ceux qui viendront, se fera, en fin de compte, entre une évolution concertée et médicalisée des dépenses de santé et une dérive de notre système de soins, qui, à terme, mettrait en cause la sécurité sociale. Le débat est très clair, monsieur le ministre !

En conclusion, je rappellerai la disponibilité d'esprit dont a fait preuve le groupe socialiste au cours du débat en commission. Il sera animé des mêmes dispositions dans le débat en séance publique.

Par conséquent, si telle ou telle amélioration se révèle possible au cours de la discussion, nous la prendrons en compte. Sur le fond, nous partageons votre volonté de maîtrise des dépenses de santé, donc l'esprit et la logique du projet de loi que vous nous proposez. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. le président. La parole est à M. Gilbert Millet.

M. Gilbert Millet. Ainsi que l'a rappelé le rapporteur lors de la réunion de la commission, ce projet de loi vise à apporter au code de la sécurité sociale les modifications nécessaires à la mise en application de l'avenant n° 3 à la convention médicale signé le 10 avril dernier. Il a pour objet de donner force de loi à de nouveaux mécanismes, des mécanismes de rationnement des dépenses de santé remboursables.

M. David Bohbot. Oh !

M. Gilbert Millet. Je dis bien « remboursables ».

C'est l'instauration officielle d'une enveloppe globale consacrée à la protection sociale.

Il est même prévu qu'à défaut de signature avant la fin de l'année, les dépenses pour 1993 seraient les mêmes que pour 1992. Elles ne prendraient donc en compte ni l'évolution des technologies, ni l'état de santé de la population pendant l'année en cours - état de santé qui se dégrade chez certaines catégories sociales, alors que les progrès scientifiques, technologiques, médicaux permettraient de lutter victorieusement contre de nouvelles maladies. Ne voit-on pas la tuberculose se développer à nouveau ou les maladies professionnelles handicaper, voire tuer, des milliers de salariés ?

A l'heure où les progrès dans la recherche et l'instrumentation médicale permettraient d'envisager de nouvelles victoires dans la lutte contre toutes les maladies, des familles ne peuvent faire face aux dépenses de santé. Au « déremboursement » déjà effectif s'ajouterait une prise en charge amoindrie par la sécurité sociale. C'est inacceptable !

Votre projet de loi, monsieur le ministre, poursuit les transformations engagées par la réforme hospitalière et les accords conclus avec les différentes professions de santé, qui bouleversent le système de soins de notre pays et conduisent à renforcer une médecine à plusieurs vitesses. C'est la remise en cause de la qualité des soins, tant dans le secteur hospitalier que pour la médecine de proximité.

Le projet de loi vise à réduire non pas les dépenses de santé, mais leur remboursement, c'est-à-dire la prise en charge sociale des besoins collectifs. Il aggravera les inégalités, pour les assurés sociaux comme pour les médecins. Il ne s'agit pas de la lutte contre de quelconques gaspillages : c'est le principe fondamental de la sécurité sociale qui vole en éclats !

Jusqu'à présent, un malade, quelle que soit sa situation sociale, était assuré d'avoir accès à des soins de qualité avec un taux de remboursement fixé nationalement, et cela indépendamment du prix ou du volume de ces soins. C'est à cela que s'attaque le projet actuel : il met en cause le système conventionnel et induit le démantèlement de la sécurité sociale ; il institutionnalise le principe et les modalités générales de la limitation des dépenses remboursables.

Pour les médecins, c'est l'éclatement du système libéral, sur la base de l'élitisme. C'est la généralisation des divisions, l'aggravation des inégalités régionales et sociales, fondées sur un système de plus en plus diversifié de rémunérations, ajoutant aux secteurs I et II un secteur dit « promotionnel » - auquel sont hostiles 63 p. 100 des médecins, dont 78 p. 100 de généralistes -, rompant les solidarités professionnelles, divisant les praticiens selon les zones d'exercice, les disciplines, les dates d'installation, notamment.

Il n'est plus question de "la" convention, mais de la ou des conventions. Les taux nationaux pourront être modulés suivant les régions. Il s'agit donc de l'éclatement pur et simple d'un système unique de prise en charge de la maladie sur le territoire français.

L'acquis historique que représente notre système de soins en France, avec une médecine libérale s'appuyant sur un fort service public, est remis en cause. C'est la fin de l'esprit conventionnel. Pourtant, la convention médicale avait permis jusqu'à aujourd'hui de marier le libéralisme à un système de soins de qualité, accessible à tous.

La convention avait pour objet, lors de sa mise en place, de garantir aux assurés et à leurs familles, quelles que soient leurs ressources, un accès égal aux meilleurs soins, en développant la prévention et la réinsertion.

Au cours des dernières années, notamment depuis 1978, la convention s'est vidée petit à petit de son contenu. Progressivement, on a imposé l'idée que les dépenses de santé vouaient la sécurité sociale à une faillite inéluctable, afin de présenter à l'opinion publique le rationnement des dépenses remboursables comme inévitable.

L'introduction du secteur II, autorisant officiellement les dépassements d'honoraires, puisque le secteur I est soumis à un blocage draconien, aboutit à l'évidence à instaurer une médecine de riches, moins remboursée, et une médecine de pauvres.

L'ensemble des professions médicales est concerné puisque des conventions existent déjà pour les infirmières, les kinésithérapeutes, les biologistes, les ambulanciers. L'instauration d'une enveloppe globale bloque le système, la liberté de prescription et de soins.

Le chantage exercé à l'encontre des médecins, notamment en ce qui concerne les retraites et la part qui incombe aux caisses pour la prise en charge de l'ASV, est inacceptable. Là aussi, on remet en cause le droit à la retraite des médecins, comme on tente de remettre en cause celle de l'ensemble des salariés. C'est la rupture d'engagements pris, monsieur le ministre !

Les caisses contribuent au financement de l'ASV pour faire équilibre à l'encadrement conventionnel des honoraires. Dans les récentes négociations, cette contribution a été présentée comme monnaie d'échange en vue de la signature de l'avenant.

M. Pierre Hiard. C'est exact !

M. Gilbert Millet. Aujourd'hui, monsieur le ministre, vous remettez en cause cet engagement au nom de la lutte contre les privilèges. Vous avez indiqué notamment ceci : « Il paraît en effet contestable de garantir pour le long terme à la profession médicale une situation quasi statutaire pratiquement sans équivalent dans notre droit commun en matière de retraite. » Les médecins seront donc appelés à payer plus pour une retraite moins importante.

Revenir sur le principe des retraites, c'est revenir sur les acquis sociaux ! C'est revenir sur l'existence même d'une convention, sur l'existence de la pratique libérale !

Quant aux milliards prévus pour la « reconversion » - un mot tristement célèbre pour les travailleurs de l'industrie et de l'agriculture - des médecins, avec 21 600 départs programmés sur dix ans, ils seraient mieux utilisés à répondre aux besoins de la population.

Les besoins de santé non couverts sont proportionnels à la misère qui grandit. La pénurie de médecins en France, au moment même où il est difficile pour certains d'entre eux de s'installer et de vivre de leur métier, témoigne des gâchis générés par notre société, alors que les moyens sont insuffisants en matière de recherche et de prévention, qu'il manque plusieurs milliers de médecins hospitaliers et que la santé scolaire, la médecine du travail, les PMI sont systématiquement mises en pièces.

D'ailleurs, des voix s'élèvent aujourd'hui, comme tout récemment encore, pour dénoncer le manque de médecins qui va encore s'aggraver dans les années à venir.

Si l'on ajoute le coût des mesures décidées, le but recherché ne semble pas *a priori* de faire réellement des économies.

Comme l'a indiqué le docteur Beaupère, président de la CSMF, l'objectif est à beaucoup plus long terme : « Une fois que l'on aura réprimé les vrais abus, a-t-il déclaré, on n'aura

pas fait beaucoup d'économies. Le but de cet accord est de faire en sorte que le médecin intègre dans sa pratique quotidienne l'impact économique de la succession de ses actes. »

En fait, il s'agit, sous prétexte de lutter contre les gaspillages, de rationner les dépenses remboursables, afin d'offrir aux grands groupes capitalistes un espace nouveau pour réaliser d'immenses profits.

Des cabinets de marketing se développent. Les grandes surfaces négocient des emplacements médicaux. Le capitalisme financier prospère, achète des cliniques, des équipements lourds. Les compagnies d'assurance françaises et étrangères, des sociétés telles que la Lyonnaise des Eaux, occupent le terrain. Le vieillissement est considéré comme un créneau juteux. L'ouverture des frontières aux capitaux, telle que la prévoit le traité de Maastricht, renforcera l'asservissement médical aux impératifs du profit financier.

De véritables réseaux de soins se développent. Le rationnement des dépenses remboursables est une condition nécessaire à la financiarisation de la médecine.

Déjà, des médecins, des infirmiers, des kinésithérapeutes peuvent entrer au service de sociétés de capitaux, autorisées par une loi récente, ou des compagnies d'assurance avec lesquelles des personnes, dont les revenus le permettent, signent un contrat pour bénéficier de soins de qualité.

Le démantèlement de la sécurité sociale, une protection sociale en baisse sont nécessaires pour favoriser ces opérations financières. Un gigantesque marché est ainsi ouvert.

Votre volonté de détacher l'assurance vieillesse de l'assurance maladie procède de la même logique. La création de maisons de retraites, comme les MAPI de la Lyonnaise des Eaux, avec des infirmiers libéraux, le développement d'écoles d'auxiliaires de vie, constituent également un créneau rentable. Quel salarié payé au SMIC pourrait payer 14 000 francs par mois, comme c'est le cas, par exemple, pour une maison de retraite privée des Yvelines ?

Des pressions permanentes s'exercent sur les médecins, sur leur liberté de prescription ; on tente de les rendre responsables des carences graves du financement de la sécurité sociale.

Cette situation, créée par les politiques menées tant par la droite que par le gouvernement actuel, constitue un retour en arrière de plus de trente ans.

Mesdames, messieurs les députés de la droite, vous n'êtes pas du tout contre la maîtrise des dépenses de santé remboursables. Seules quelques modifications de forme ont transformé le plan de M. Séguin, mais la logique qui nous est proposée est la même. Monsieur Chamard n'a-t-il pas déclaré en commission que cette maîtrise exigeait des outils méthodologiques et un codage des actes différents ? Mais quant au fond, il est d'accord.

M. Jean-Yves Chamard. S'agissant de l'optimisation, certainement !

M. Gilbert Millet. Aucun d'entre vous n'a condamné ni la cohérence ni l'orientation de la politique de santé menée par le Gouvernement : et pour une bonne raison, c'est que cette politique est la vôtre ! (*Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République.*)

M. Bernard Debré. Jusqu'à présent, nous n'avons jamais été vraiment d'accord avec le Gouvernement !

M. Gilbert Millet. Pour des raisons de clientèle électorale, vous n'êtes pas d'accord, monsieur Debré. Mais sur le fond, vous l'êtes !

Or l'éthique et la déontologie des médecins s'opposent à ce que le Gouvernement tente de mettre en place.

Les médecins, habilités par leur conscience, à déterminer les soins et les prescriptions, ne peuvent que rejeter votre projet, monsieur le ministre. C'est d'ailleurs ce dont témoignent le Conseil de l'ordre lui-même, tous les sondages réalisés ces dernières semaines et l'ensemble des syndicats de médecins, puisque même la CSMF dénonce ce texte alors qu'elle avait signé l'avenant à la convention.

Les autres professions médicales et paramédicales condamnent les accords déjà signés, dans lesquels elles ne se retrouvent pas et ont engagé, un peu trop à la légère, leurs mandants.

C'est d'ailleurs en reconnaissant le droit à une seule organisation d'entériner un accord que vous avez pu conclure des négociations engagées depuis des mois.

Vous le savez, l'ensemble de ces professions, comme les médecins, appréciés de la population, de leurs patients, pour la qualité des soins qu'ils dispensent, refusent de limiter leurs actes. C'est contraire à leur pratique, à leur morale. C'est contraire à la morale ! Et c'est contraire à la garantie qu'ils donnent à leurs malades de choisir le traitement le plus approprié à leur état. Combien de médecins sont-ils déjà obligés de prescrire des médicaments autres que ceux qui correspondent le mieux à l'état de leur patient, car ceux-ci ne sont plus remboursés ? Et ce sont bien les malades les plus pauvres qui sont pénalisés car ils ne peuvent bénéficier des traitements adéquats.

Votre projet de loi, s'il était adopté, aggraverait encore cette sélection ! Comment un médecin accepterait-il ce chantage ? Comment accepterait-il le carcan dans lequel vous souhaitez l'enserrer ?

Vous voulez faire assumer cette politique de rationnement des dépenses remboursables par les médecins eux-mêmes, en organisant un véritable quadrillage et en créant de toutes pièces, à cet effet, des unions professionnelles. Les médecins seraient de véritables otages, des instruments de votre stratégie d'une médecine à plusieurs vitesses. Les unions professionnelles auraient en fait pour tâche de dénoncer aux caisses les médecins coupables de dépasser, pour des raisons professionnelles qui n'appartiennent qu'à eux, des normes.

De plus, la création des unions professionnelles est contraire à toute démarche syndicale : dans notre pays, et c'est là aussi un élément de notre histoire, chacun adhère volontairement à une organisation syndicale.

Les médecins rejettent, et ils ont raison, toute inscription obligatoire, pour laquelle des cotisations seraient prélevées. En la matière, une obligation serait contraire à toute déontologie.

Les Français considèrent la sécurité sociale comme l'une des plus importantes conquêtes de leur histoire et ils y sont attachés. La santé, la justice, l'égalité, la solidarité sont apparues comme accessibles.

La résistance des hommes et des femmes de ce pays constitue un obstacle majeur à la réalisation de vos projets.

Le chantage sur les médecins, les pressions sur les malades visent à faire accepter la médecine à plusieurs vitesses. Avec votre système, les médecins organiseraient eux-mêmes le rationnement des dépenses remboursables, pilotés par les caisses d'assurances maladie, lesquelles trancheraient en dernier ressort en cas de dépassement.

Le secteur promotionnel s'intègre dans ce dispositif d'éclatement. La promotion des médecins et le développement d'une médecine de qualité passent par une véritable formation continue pour tous, indépendante des laboratoires pharmaceutiques, avec un secteur I de haut niveau. Ils ne peuvent se fonder sur l'élitisme.

Il ne doit pas y avoir des médecins à plusieurs vitesses avec d'un côté des médecins qui auraient droit à une formation et une promotion et, de l'autre, des médecins qui en seraient exclus.

Les sanctions décidées par un juge au cas où un médecin n'aurait pas suffisamment pris en compte « la plus stricte économie » sont intolérables. De toute façon, comment imaginer qu'un praticien pourrait échapper à l'encadrement méticuleux qui va l'emprisonner ?

Ces sanctions judiciaires ne sont-elles pas à rapprocher d'un article qui vient d'être voté dans le cadre de la discussion du livre IV du code pénal et qui vise à condamner les médecins ayant dissimulé l'état de santé ou de grossesse de leurs patients ou patientes ?

La liberté médicale et le secret médical sont ainsi gravement mis en cause. Cette mise en cause résulte du quadrillage des médecins, mis en œuvre au nom d'une prétendue fatalité de la maîtrise des dépenses de santé !

Les moyens existent pour répondre aux besoins de santé d'aujourd'hui, et j'y reviendrai. Auparavant, je voudrais tordre le cou au canard des prétendus gaspillages. Qui dilapide l'argent public dans ce pays ? Les médecins ? Les malades ? Maintenir plus de trois millions de chômeurs dans ce pays, n'est-ce pas un véritable gaspillage ?

Désertifier les campagnes françaises au nom de l'Europe, alors que des milliers de gens en France ne mangent pas à humains meurent de malnutrition dans le monde, n'est-ce pas un véritable gaspillage ?

Il s'agit bien de juger de l'efficacité de notre système de santé. Peut-on dire qu'en France la santé de la population se soit améliorée et que les inégalités en matière de santé se soient réduites ? Or il s'agit pourtant bien là de critères d'efficacité.

A la suite des décisions qui se sont succédées - réforme du code de la sécurité sociale et introduction des assurances dans le domaine de la santé en 1985, suppression des remboursements à 100 p. 100 en 1987, suppression des élections à la sécurité sociale en 1989, contribution sociale généralisée en 1990, réforme hospitalière en 1991 - les inégalités sociales devant la maladie et la mort ont recommencé à se creuser.

L'état sanitaire de la population, ses aspirations même, le progrès médical devraient conduire à développer une médecine plus efficace. Ce n'est pas sur une médecine de prévention, prescrivant les examens nécessaires pour établir des diagnostics justes, que l'on pourra se permettre de réaliser des économies.

Oui, il faut dépenser plus pour la santé ! Notre époque le permet.

Oui, il faut des moyens, des capitaux pour les investissements, pour la formation des personnels, pour les effectifs nécessaires à tous les niveaux !

Oui, l'utilisation des recherches les plus pointues et des techniques industrielles les plus avancées est indispensable pour l'amélioration et la prolongation de la vie, auxquelles aspirent des millions de Français.

Sur la base des atouts que constituent la médecine et le système de protection sociale dans notre pays, un changement qualitatif est indispensable. La France décidera-t-elle d'assumer les évolutions majeures de cette fin de siècle pour de nouveaux progrès de la civilisation et de l'épanouissement des individus ou décidera-t-elle de laisser le champ libre au profit, à la concurrence, à la loi de la jungle ?

Mme Muguette Jacquaint. Très bonne question !

M. Gilbert Millet. Les financements continueront-ils d'être prélevés et gérés socialement, dans l'intérêt du plus grand nombre, à partir des richesses créées dans notre pays, ou bien contribueront-ils encore davantage à alimenter les profits des banques et des assurances ?

La France préservera-t-elle le système de sécurité sociale mis en place par un ministre communiste à la Libération et fondé sur les revenus du travail ?

On peut se le demander. La part des ménages dans le financement n'a cessé de croître alors que le taux des cotisations patronales est aujourd'hui inférieur à ce qu'il était en 1980.

Les salariés cotisent actuellement à 14,5 p. 100. Une cotisation au même taux sur les revenus financiers et immobiliers rapporterait immédiatement 64 milliards de francs. Ce serait une mesure que vous pourriez prendre très rapidement car vous disposez d'une majorité à l'Assemblée nationale pour le faire.

Une augmentation du SMIC de 1 p. 100 rapporterait 9 milliards de francs. Les 300 000 chômeurs supplémentaires apparus depuis un an représentent 21 milliards de francs de manque à gagner pour la sécurité sociale. N'est-ce pas là que réside le véritable gaspillage ?

Il s'agit bien de faire d'autres choix politiques, de véritables choix de gauche, pour lesquels une majorité existe dans cette assemblée. Pour notre part, nous y sommes prêts.

Dégager des moyens pour répondre aux besoins de santé, c'est s'attaquer à la mal-vie et à la crise, c'est faire le choix de l'homme, pas celui de l'argent ! C'est conduire une politique de croissance créatrice d'emplois qui dégagerait les ressources, les richesses dont le pays a besoin.

Les députés communistes ont déposé une proposition de loi relative au financement de la sécurité sociale allant dans le sens d'une protection sociale de haut niveau pour tous, de revenus convenables pour les médecins, s'appuyant sur la justice économique et applicable sans délai.

Les députés communistes, par leurs actions et leurs interventions, continueront d'apporter leur soutien aux médecins, à l'ensemble des professions médicales et paramédicales, comme aux assurés sociaux, qui refusent le rationnement des dépenses remboursables et une médecine à plusieurs vitesses. Et cela afin de préserver et de développer un système de soins de qualité alliant la liberté de choix pour les malades et

la liberté de soins et de prescription pour les médecins à une protection de haut niveau pour tous. (*Applaudissements sur les bancs du groupe communiste.*)

M. le président. La parole est à M. Jean-Yves Chamard.

M. Jean-Yves Chamard. Monsieur le ministre, j'aurais aimé pouvoir poser à M. Kouchner également la première question que je vais vous adresser. Je pense, en effet, qu'il aurait été convenable qu'il fût parmi nous ce soir car, même si nous discutons d'un texte concernant l'assurance maladie, l'élément de la santé est très présent dans nos préoccupations et ma collègue Elisabeth Hubert l'a mis en évidence.

Y a-t-il une politique de la santé dans ce pays ? En avez-vous une ? Et dans l'affirmative, quelles sont vos priorités ?

Depuis quatre ans que je suis député, j'ai participé à plusieurs reprises à des débats sur des aspects sectoriels de l'assurance maladie. Chaque fois, l'urgence avait été déclarée. Un jour, on nous a parlé des cliniques, un autre de biologie, un troisième de la pharmacie. Mais de la santé des Français, jamais ! Pas plus que vos prédécesseurs ce soir, vous ne nous avez dit quelles étaient à cet égard vos priorités !

Or si les problèmes financiers, dont je parlerai, ont évidemment une importance, c'est d'abord au regard de priorités que l'on se fixe.

On a su, à une époque, se fixer des priorités. Rappelez-vous : il y a une quinzaine d'années, ou peut-être moins, un programme en faveur de la périnatalité a été mis au point dans ce pays. Des moyens financiers ont été à cette fin dégagés. En examinant la courbe de mortalité infantile, on s'aperçoit qu'elle s'est infléchie dans les années suivant la mise en place de cette politique, qui a coûté, bien entendu, de l'argent.

Aujourd'hui, il y a la lutte contre le sida, qui est évidemment, pour tous les pays du monde, une priorité. Cette préoccupation mise à part, je voudrais vous donner un exemple de ce qu'il serait sans doute bon d'étudier, parmi bien d'autres choses.

La France est bien placée pour l'espérance de vie des femmes : mais elle est l'un des pays au monde où la différence entre l'espérance de vie des hommes et celle des femmes est la plus importante. Ne serait-il pas intéressant de faire travailler des experts, des médecins, pour déterminer les causes de ce phénomène ? Certaines causes viennent immédiatement à l'esprit, telles que le tabac et l'alcool, dont nous avons parlé dans cet hémicycle, mais ce ne sont pas les seules. Il existe d'autres causes et, pour s'y attaquer, il est nécessaire de mettre en œuvre des moyens, de mettre en place des équipes. Débattons de tout cela et abordons le problème du financement !

Si, comme nous l'avons demandé à plusieurs reprises, était organisé, dans cet hémicycle, tous les ans, un débat sur la santé - ce que font d'ailleurs la plupart des grandes démocraties -, précédé par des travaux préparatoires d'experts, par des réunions de la commission des affaires culturelles, nous déboucherions inéluctablement sur l'un des deux points fondamentaux dont nous avons à traiter ce soir : le rapport entre éthique et économie. Jusqu'à présent, je ne vous ai pas entendu évoquer cette question, monsieur le ministre, ni aujourd'hui ni en commission lorsque nous vous avons auditionné. Ce rapport entre l'éthique et l'économie est pourtant bien l'un des sujets fondamentaux que nous avons à traiter.

En effet, il serait illusoire d'espérer éternellement augmenter les prélèvements obligatoires, notamment les cotisations d'assurance maladie. Deux questions doivent donc être posées. D'abord, comment mieux utiliser les ressources existantes ? C'est le problème de l'optimisation. Ensuite, qu'est-ce qui relève de la solidarité ?

Examinons la question de la solidarité tout d'abord. Et ce sera pour moi l'occasion de couper les ailes à quelques canards que vous-même, monsieur le ministre, en commission et plusieurs collègues socialistes voudraient essayer de faire voler.

Nous sommes pour le financement solidaire des dépenses médicalement utiles. Nous l'avons dit, redit, et nous le répétons. Si vous essayez de faire croire aux Français que nous voulons le contraire, c'est en pure perte. Car ils se rappellent que la protection sociale a été mise en place par le général de Gaulle, avec le concours éclairé de Pierre Laroque. Et ils savent qu'à aucun moment, ni le RPR ni aucune formation politique de l'opposition n'ont envisagé de

modification du financement solidaire de la protection sociale. Les états généraux sur les questions sociales que nous avons tenus à Vitry l'ont d'ailleurs confirmé. Au reste, l'exemple des systèmes de financement non solidaire - je pense à celui des Etats-Unis - démontre, pour ceux qui n'en seraient pas persuadés, les côtés pernicieux d'une autre formule que celle adoptée par notre pays.

Mettons donc un terme aux faux débats. Concentrons-nous sur les vraies questions.

Ainsi, nous devons affirmer le droit à la santé pour tous, jeunes et vieux, salariés et chômeurs, allocataires du RMI et jeunes qui n'y ont pas droit.

Reconnaissez qu'on a « rapiécé » le système, au fil des ans, afin que presque tout le monde bénéficie du droit à la santé. Le travail n'est pas tout à fait fini. Pour preuve, la semaine prochaine, nous siégerons afin de rajouter encore une petite pièce à l'édifice.

Ne vaudrait-il pas mieux, monsieur le ministre, mes chers collègues, réfléchir à une vraie transformation de notre législation et affirmer que le droit à la santé ne doit pas être lié au fait que l'on travaille ou non ? Ne convient-il pas de mener une réflexion approfondie sur le financement solidaire des dépenses d'assurance maladie ? Les cotisations sociales sont « assises » sur les salaires : s'agit-il d'une bonne assiette ? Je n'en suis pas sûr. Lorsque le système a été conçu, c'était peut-être le cas. Aujourd'hui, je crois que nous devrions aller au-delà.

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. La CSG !

M. Jean-Yves Chamard. Quand à l'« optimisation » des dépenses, très difficile à mettre en œuvre, elle est pourtant indispensable, à condition que les dépenses soient médicalisées. J'y reviendrai dans un instant.

D'abord, je regrette, monsieur le ministre, qu'aucun examen critique des systèmes étrangers n'ait été effectué. Car il est très utile de tirer les enseignements des expériences des autres, surtout lorsqu'elles sont négatives, pour ne pas commettre ou renouveler leurs erreurs.

Si on regarde ce qui se passe à l'étranger, on s'aperçoit qu'au fil des ans la durée de l'hospitalisation a diminué et donc que la médecine ambulatoire a pris plus d'importance. Vous avez affirmé, monsieur le ministre - l'idée a été reprise par l'orateur qui m'a précédé -, que le taux de progression de l'hospitalisation sera, dans les années à venir, nettement inférieur à celui de la médecine ambulatoire. En effet, les durées de séjour sont de plus en plus courtes, et le malade revient de plus en plus rapidement chez lui tout en continuant d'avoir besoin d'un suivi médical.

M. Pierre Hiard. C'est exact !

M. Jean-Yves Chamard. Cette tendance va s'accélérer. Mon collègue Bernard Debré vous dira, se fondant sur son expérience personnelle, pourquoi on assiste à une véritable explosion des opérations sous coelioscopie. Cela permet de réduire drastiquement la durée de séjour et le coût final, mais entraîne une augmentation - certes dans des proportions moindres - du coût des dépenses de la médecine ambulatoire.

J'ai d'ailleurs été étonné que vous n'ayez pas relevé l'une des raisons de la diminution de la couverture sociale, qui se traduit par l'augmentation, régulière, du ticket modérateur. Je note au passage qu'au bout de dix ans cela fait beaucoup. Alors que vous nous accusiez de vouloir diminuer la prise en charge, nous ne l'avons pas fait lorsque nous étions au pouvoir. Mais vous, vous le faites !

L'une des raisons de la diminution de la couverture sociale, avec le déremboursement des médicaments, c'est que la médecine ambulatoire a des taux de prise en charge beaucoup plus faibles que ceux de l'hospitalisation. D'où le transfert auquel nous assistons à l'intérieur des dépenses de santé, un transfert mécanique, en dehors de toute volonté politique.

A entendre tous ceux qui se sont exprimés au cours de ces derniers mois, et dans les conférences de consensus, il y aurait un accord général pour qu'un travail er profond permette d'arriver à l'évaluation des pratiques et à une connaissance réelle de l'activité du secteur médical. Mais tout cela réclame du travail et ce travail nécessaire la commission ne l'a pas fait.

J'y reviendrai lorsque je défendrai la motion de renvoi en commission, qui n'est pas une manœuvre dilatoire. Ce que nous voulons, c'est pouvoir entendre tous les partenaires

concernés, c'est-à-dire les médecins, les caisses, les experts. J'ai, à plusieurs reprises, demandé, au nom de l'opposition, l'organisation d'un débat sur l'ensemble des problèmes de santé. M. Bianco, votre prédécesseur, s'était engagé dans ce sens. Permettez-moi de vous dire, à nouveau, combien ce débat eût été utile ! (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. Alain Bonnet. Nous l'avons ce soir !

M. Jean-Yves Chamard. Non, en ce moment nous parlons des dépenses médicales ! Ce que nous demandons, c'est un débat général sur le système de santé.

Prenons un exemple. Il appartient à l'Etat - et sur ce point nous sommes tous d'accord -, c'est-à-dire à l'exécutif et au législateur, de définir le cadre général avant que les partenaires sociaux ne négocient. Ce n'est pourtant pas ce qui s'est passé. Le cadre général n'est toujours pas défini. Au contraire, vous vous inscrivez dans une démarche à la fois ubuesque et contradictoire.

Vous nous avez dit, monsieur le ministre, et vous allez sans doute le répéter lors de l'examen des amendements, qu'il fallait absolument que la loi porte sur l'ensemble des dépenses présentées au remboursement de l'assurance maladie. C'est bien cela, n'est-ce pas, monsieur le ministre...

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

M. Jean-Yves Chamard. Mais la loi sur le médicament - texte qui est d'ailleurs en voie d'avortement, si j'ai bien compris - prévoyait, elle, la prise en compte des dépenses remboursées par l'assurance maladie. Nous sommes bien d'accord ?

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

M. Jean-Yves Chamard. Faut-il en conclure que deux logiques inspirent ces lois distinctes ? Expliquez-moi pourquoi ce qui est vrai un jour devient faux le lendemain ?

Qui négocie ? Avec les biologistes, c'est l'Etat, directement, c'est-à-dire vos prédécesseurs, en particulier M. Durieux. Avec les médecins, ce sont les partenaires conventionnels.

Nous n'avons en fait aucune réponse au problème de fond.

Voulez-vous un autre exemple ? Je souhaiterais que vous définissiez le partage des rôles entre les partenaires conventionnels et l'Etat. Est-ce le tripartisme, dont on nous a si souvent vanté les mérites ? Le triple bipartisme ? Ou la polka piquée ? (*Sourires sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République.*)

M. David Bohbot. Ah, vous trouvez ?

M. Alain Bonnet. Vous faites de l'humour maintenant ?

M. Jean-Yves Chamard. Face à des problèmes complexes, nous exigeons clarté et cohérence.

De deux choses l'une : ou bien c'est Ubu qui, depuis quelques années, dirige le ministère des affaires sociales, ou bien l'action du ministère répond à une logique, mais elle est cachée et vous n'osez l'avouer. Ce pourrait être une logique de socialisation lente de la médecine. (*Exclamations sur les bancs du groupe communiste.*)

J'attends votre réponse, monsieur le ministre : nous cachez-vous la vérité sur la politique que vous entendez réellement mener ou est-ce Ubu qui règne au ministère ?

Nous discutons en urgence d'un projet de loi. Trois semaines avant la fin la session, vous tentez de nous imposer un texte inadmissible. Mais, au fait, ce texte est-il le vôtre ?

Vous avez confirmé à la tribune qu'il n'y aura pas d'enveloppe globale. Or, l'article 1^{er} du projet de loi définit un « taux d'évolution global des dépenses présentées au remboursement ». Cela veut bien dire que si l'on a dépensé 100 en 1992 et que le taux dont vous avez parlé est fixé à 7,09 p. 100 on ne pourra pas dépasser 107,09 p. 100 en 1993. C'est l'enveloppe globale ! Ou alors, ce n'est pas un taux. A moins que ce taux ne soit simplement évaluatif ? Il faut alors le préciser dans le texte de loi. Mais dans l'article 1^{er} tel qu'il est rédigé, c'est bien d'une enveloppe globale qu'il s'agit, et de rien d'autre.

Vous déclarez également qu'il n'y aura pas d'enveloppe individuelle, que l'opposition cherche à tromper les Français lorsqu'elle prétend que chaque médecin aura individuelle-

ment une enveloppe. Comment faut-il lire alors l'article 4 de votre projet, monsieur le ministre ? La ou les conventions nationales des médecins prévoient « en cas de dépassement des taux par un médecin, de mettre à sa charge tout ou partie des cotisations ».

L'expression « en cas de dépassement par un médecin » conduit, c'est l'évidence même, à l'enveloppe individuelle ! La preuve en est que vous avez donné le feu vert pour amender votre texte. Finalement, la conception que vous avez défendue à cette tribune va peut-être vous obliger à reculer par rapport à ce que vous auriez souhaité. Mais, au départ, il s'agissait bien d'une conception pure et dure, celle d'une enveloppe à valeur coercitive, qui s'est révélée inadmissible.

D'ailleurs, monsieur le ministre, pourriez-vous nous donner la signification exacte du verbe « médicaliser » dans l'expression « maîtrise médicalisée des dépenses » ?

Prenons l'exemple de deux gynécologues travaillant dans la même ville. L'un fait en moyenne cinq échographies par patiente, l'autre deux. L'année suivante, le premier continue à en faire cinq : aucune augmentation de ses prescriptions. Mais le second passe de deux à deux et demi, soit une progression de 25 p. 100. Si une conférence de consensus fixe le nombre d'échographies à trois, le second médecin sera en dessous de la norme, mais on lui reprochera son taux d'augmentation et on lui demandera de « passer la monnaie ».

Et, encore, dans cet exemple, on peut détecter la nature de l'acte, puisque l'échographie, en cas de grossesse, reçoit un remboursement spécifique. Mais, dans la plupart des cas, on ignore que sont remboursés cinq actes de telle nature et deux de telle autre, car, vous le savez bien, la sécurité sociale ne sait pas ce qu'elle rembourse !

Alors quand vous parlez de « maîtrise médicalisée », monsieur le ministre, vous trompez, sciemment ou non, les Français. Et vous mettez la charrue, celle de l'optimisation, avant les bœufs, c'est-à-dire avant les outils de médicalisation de cette optimisation. Je dirai même que vous mettez la charrue sans les bœufs !

Quel est, en effet, le cœur du problème ? C'est la maîtrise du système d'information. Vous ne le maîtrisez pas. Les payeurs et les acteurs du système de santé que sont les médecins ne maîtrisent pas cette information. Je suis stupéfait de voir que, dans votre texte, n'apparaît aucun des éléments législatifs nécessaires à la connaissance de l'information, je pense notamment au codage des actes.

Comment faire mieux quand on ne sait même pas ce qu'on fait ? Il est urgent de mettre en place les outils et les méthodes d'optimisation médicalisée avant de songer à faire rendre gorge - au fond c'est ce que vous souhaitez - aux professions médicales.

Au total, vous prenez les médecins pour le fruit singulier de l'accouplement d'un bouc émissaire et d'une vache à lait ! (*Rires sur divers bancs.*)

M. Bernard Debré. Eh oui !

M. Jean-Yves Chamard. Boucs émissaires, puisque vous en faites les seuls responsables de la croissance des dépenses de santé.

Que les patients puissent parfois - vous le savez bien, et vous l'avez reconnu - pousser à la consommation de soins, ne semble pas vous préoccuper. Que les hôpitaux - cela a été maintes fois souligné - aient des lits excédentaires, cela n'a pas d'importance pour vous. Mais que certains médecins puissent parfois, à la marge, faire consommer plus que vous ne le souhaiteriez, voilà le cœur de votre préoccupation.

Les médecins, ce sont aussi des vaches à lait. Il faut, disent certains, « prendre l'argent là où elle est ». Au fond, vous n'avez jamais accepté qu'on puisse gagner sa vie en sauvant celle des autres. (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste.*) Et pourtant rien n'est possible sans la confiance des médecins.

Nous avons à relever un enjeu formidable : permettre à la profession de prendre en main sa propre évaluation ; lui donner les outils indispensables pour y parvenir ; réussir le mariage de l'éthique et de l'économie. C'est le contraire que vous nous proposez. C'est pourquoi le RPR s'oppose résolument à cette loi. (*Applaudissements sur les bancs des groupes du Rassemblement pour la République et Union pour la démocratie française.*)

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

M. Jean-Pierre Foucher. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, qu'il me soit permis, en propos liminaire, de noter qu'une fois de plus nous avons à discuter d'un texte spécifique dans un domaine qui réclame depuis longtemps un plan d'ensemble.

Il y a un an, lors du DMOS, et en décembre dernier, lors de l'examen du DDOS, j'avais déjà rappelé que la maîtrise des dépenses de santé est tout à fait nécessaire, mais qu'elle requerrait la participation de l'ensemble des partenaires concernés : les prescripteurs et les caisses d'assurance maladie certes, mais aussi les patients et les acteurs médicaux exécutant les prescriptions. L'important est d'élaborer un plan national de la santé.

Or le projet de loi que vous nous soumettez n'a pour objet que les relations médecins - assurance maladie. Cette manière de procéder ne me paraît pas adaptée car elle ne convient pas à la responsabilisation nécessaire de l'ensemble des partenaires. Elle laisse imaginer qu'un règlement séparé des questions, profession de santé par profession de santé, suffira à résoudre le problème de l'évolution des dépenses de santé. C'est faire fausse route.

Je rappellerai d'ailleurs que le Gouvernement s'était engagé à instaurer un débat sur ce sujet, mais ce débat est comme l'Arlésienne : on en parle mais il n'a jamais lieu.

Le reproche majeur que je ferai à votre projet est qu'il écarte la véritable concertation pour imposer une maîtrise froide et arithmétique des dépenses de santé. Directif, non incitatif et conventionnel, il aura pour conséquence d'être inapplicable et d'être, en outre, source de déresponsabilisation.

Quatre points principaux réclament notre attention.

Premier point, les dépenses de santé concernées par le projet, et citées dans les articles 1^{er} et 3, sont les dépenses « présentées au remboursement » des régimes d'assurance-maladie. Or, qu'il s'agisse des autres professions de santé ou du protocole d'orientation signé en octobre 1991 entre le Gouvernement et les caisses, seules sont concernées les dépenses « prises en charge » par l'assurance maladie.

Il est parfaitement anormal de chercher à limiter l'utilisation du secteur II par l'instauration d'un tel système. Le secteur II existe légalement et les dépassements qu'il autorise ne sont pas remboursés par les caisses. Rien ne justifie donc la prise en compte de ces dépassements dans le calcul des dépenses de santé remboursées par les caisses. Ce calcul serait malhonnête. Il est donc indispensable de prévoir une autre rédaction : celle de « dépenses remboursables par les caisses ».

Deuxième point, l'article 4 prévoit qu'une annexe à la convention fixera un taux national d'évolution prévisionnel annuel pour l'ensemble de la France, taux qui sera adapté par zone géographique ou par période. Mais une fois ce second taux fixé, il n'est pas prévu par le projet de loi de l'adapter à un troisième niveau, celui des prescripteurs, dont la population de patients peut être de caractère très variable.

En outre, ce qui est très grave, c'est que ce taux est directif et que le mécanisme de sanction en cas de dépassement est systématique. En effet, vous n'avez prévu, monsieur le ministre, qu'un contrôle arithmétique de l'évolution des dépenses, c'est-à-dire une solution administrative qui ne tient pas compte, d'une part, de la réalité, d'autre part, de la relation humaine malade-prescripteur.

De plus, la sanction automatique ne permet pas au médecin d'adapter son comportement. La sanction doit exister s'il y a des abus, mais elle doit rester une possibilité et non devenir une obligation.

A la maîtrise administrative, nous préférons une régulation médicalisée. Pour encourager les médecins à optimiser leur comportement professionnel, il ne faut pas leur imposer de respecter un taux d'évolution des dépenses sous peine de sanctions. Il faut leur permettre de s'adapter, compte tenu de l'examen des statistiques, ce qui signifie que l'on doit privilégier l'installation de la confiance entre les partenaires plutôt que l'installation de la suspicion. Tels étaient les objectifs de la convention ; votre projet les trahit.

En ce qui concerne les unions professionnelles, dont le principe est justifié, il me semble important de bien cerner le champ de leurs compétences par rapport à celui des conseils départementaux de l'ordre. Il est donc nécessaire de préciser

les missions de ces unions. Leur rôle était défini dans le projet de loi initial ; je regrette que ces précisions n'aient pas été reprises.

Les fonctions des unions professionnelles doivent concerner principalement l'évaluation des besoins médicaux et des comportements et pratiques professionnels ; l'organisation et l'optimisation du système de santé ; la prévention et les actions de santé publique ; l'orientation et la gestion démographique des médecins libéraux ; l'information et la formation des médecins et des usagers, ainsi que la nécessaire coordination entre professions de santé.

D'autre part, il me paraît mauvais de distinguer deux collèges séparés pour les généralistes et les spécialistes. Vous prenez le risque de faire éclater la profession médicale et, à moyen terme, d'entraîner la signature de deux conventions séparées. Rien n'est d'ailleurs prévu pour régler un conflit qui surviendrait entre unions et conseils départementaux. Tout cela me paraît aller à l'encontre d'une politique nationale de santé.

Quatrième point : particulièrement choquant est l'article 14 du projet, qui prévoit la possibilité pour la section des assurances sociales du conseil régional de l'ordre, dont certains membres ne sont pas médecins, d'appliquer des sanctions financières. Ces sanctions prendraient la forme d'un reversement aux caisses d'honoraires ou de prescriptions que vous qualifiez comme n'étant « pas médicalement nécessaires ». Cet article jette la suspicion sur les médecins et n'a plus aucun rapport avec la maîtrise médicalisée des dépenses. Ce que nous voulons, c'est une forme médicalisée de maîtrise et non une maîtrise arithmétique.

Par ailleurs, je rappelle que, dans le cadre de la convention, des plans locaux départementaux de maîtrise des dépenses de santé sont mis en place. Ils tiennent compte de la spécificité des actes et de la population médicalisée, afin de mieux cerner ce qui peut, pour chaque praticien, correspondre à une activité « normale » de sa part. L'article 14 tend vers un but contraire et doit donc être supprimé.

Enfin, j'insisterai sur la pauvreté, reconnue par chacun, des instruments d'évaluation de l'activité médicale. C'est justement à leur élaboration que s'attachent les plans locaux. Comment, dans ces conditions, vous serait-il possible de déterminer mathématiquement un taux assorti de sanctions disciplinaires ? Sur quelles bases justifierez-vous ce taux et les conséquences sur la liberté des Français de défendre leur santé ?

Dans l'état actuel du projet, nous ne pouvons vous suivre parce que, une fois encore, la maîtrise des dépenses de santé nécessite d'abord un constat clair de la situation, de reconnaître certaines spécificités et de responsabiliser un ensemble de personnes et non une seule catégorie, les prescripteurs.

Nous souhaitons amender votre texte non pas pour l'améliorer - il ne peut l'être - mais pour le transformer, afin qu'il traduise dans la loi notre préférence pour une logique de régulation médicalisée et qu'il devienne ainsi moins toxique. *(Applaudissements sur les bancs des groupes Union du centre, du Rassemblement pour la République et de l'Union pour la démocratie française.)*

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

M. Jean Vittrant. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, la santé, dit-on, n'a pas de prix. En fait, elle en a un : 573 milliards de francs qui recouvrent tout. A-t-on le droit de le dire ? Et que fait-on de ces 573 milliards ? Là est la question et l'objet de ce projet de loi est d'y répondre.

Faire tout et à n'importe quel prix n'est pas possible. Prenons un exemple extrême. Peut-on envisager aujourd'hui, par exemple, de prescrire un examen par résonance magnétique nucléaire à tous les patients dont l'état ne nécessiterait qu'une simple radiographie, alors que c'est techniquement possible et que cet examen est plus performant ? Si c'est ce que nous voulons, il faut le dire clairement.

M. Bernard Debré. Ce n'est pas ce que font les médecins !

M. Jean Vittrant. Peut-on laisser, sans aucun contrôle, perdurer un système où le client est infiniment solvable et où le décideur n'est pas le payeur ?

En fait, trois solutions s'offrent à nous si nous ne voulons pas voir exploser le système. Nous les avons déjà explorées ici.

Ou bien on augmente encore les cotisations et on provoque ainsi une levée de boucliers des patrons, des salariés et de tous les cotisants.

Ou bien on diminue les taux de remboursement et la part restante pour les ménages, qui est de 25 p. 100, s'envole, emportant avec elle les principes fondateurs de notre protection sociale.

Ou bien, enfin, tout le monde s'assoit autour d'une table pour essayer de maîtriser un peu mieux les dépenses de santé.

C'est, bien entendu, cette dernière solution qui a été sagement retenue par tous. Nous voyons aujourd'hui sa concrétisation dans le dispositif législatif qui nous est proposé pour donner une base légale à l'avenant à la convention négociée.

M. Bernard Debré. Il n'y a plus grand monde autour de la table !

M. Jean Vittrant. Il y en avait !

Tout le monde s'accorde à reconnaître que le système d'assurance maladie français est le meilleur du monde. Cette affirmation, parce qu'elle est ancrée dans l'inconscient collectif, a permis jusqu'à maintenant toutes les dérives. Il est temps de se réveiller !

Les chiffres, incontestés, sont là ; on les a rappelés à plusieurs reprises. Le montant de la dépense nationale de santé par habitant nous classe au cinquième rang parmi les vingt-quatre pays de l'OCDE et au troisième pour la part des dépenses dans le produit intérieur brut. Mais si l'on considère les indicateurs de l'état de santé de la population, on constate que la France ne se situe que vers le dixième rang de ces pays, et au quinzième rang seulement pour la part des dépenses de santé prises en charge par des organismes publics.

Il est donc clair que l'on dépense beaucoup pour un résultat qui n'est pas à la hauteur de ce que l'on pourrait attendre et, qui plus est, avec un taux de remboursement comparativement assez faible par rapport aux autres pays.

La compétence globale de la médecine française n'est pas en cause.

M. Bernard Debré. On le dirait !

M. Jean Vittrant. Non ! La France s'est honorée et s'honore encore d'avoir de grands noms dans la médecine ; elle s'honore aussi d'avoir des praticiens de valeur. Là n'est donc pas le problème.

Cependant, et je me ferai volontiers provocateur, est-il iconoclaste de demander pourquoi tel cardiologue revoit ses patients ayant fait un infarctus du myocarde tous les mois, alors que tel autre cardiologue, installé quelques kilomètres plus loin, ne les revoit que tous les six mois, voire tous les ans ?

Est-il iconoclaste de demander pourquoi, dans le Sud de la France, il y a trois fois plus d'examen cardiologiques par patient que dans le Nord ?

M. Bernard Debré. Il fait plus chaud ! (Sourires.)

M. Jean Vittrant. Est-il iconoclaste de se poser la question de la rentabilité, en termes de santé publique, d'un médecin qui voit soixante-dix patients par jour ? A-t-il vraiment le temps de faire correctement son métier ?

M. Bernard Debré. Moralité, il faut augmenter les honoraires !

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. Nous l'avons fait !

M. Jean Vittrant. Est-ce enfin un crime de dire que, dans l'acte médical, il y a aussi un rapport marchand et que ce rapport à l'argent peut être parfois prédominant, même s'il est caché sous de grands principes ?

M. Jean-Marie Daillet. Eh oui !

M. Bernard Debré. Tous fonctionnaires !

M. Jean Vittrant. Je voudrais donc surtout insister sur les termes de l'article 1^{er}, qui précise que, chaque année, le taux d'évolution globale des dépenses présentées au remboursement est fixé par accord entre les parties.

Cet article est la clé de voûte du projet de loi et je comprends bien que beaucoup, parmi les médecins, voudraient qu'il soit rédigé autrement et qu'il ne fasse référence qu'aux dépenses remboursables.

M. Bernard Debré et M. Jean-Pierre Foucher. Bien sûr !

M. Jean Vittrant. En d'autres termes, ces médecins, et ceux qui les soutiennent, voulaient bien d'un taux régulateur mais souhaitaient que celui-ci ne s'applique qu'aux dépenses effectivement remboursées.

M. Bernard Debré. Evidemment !

M. Jean Vittrant. Ce mécanisme aurait laissé libres de toute régulation les dépassements d'honoraires et toutes les autres dépenses non remboursées. Et c'est le patient qui, en définitive, aurait dû supporter ces dépassements, soit sur son propre portefeuille...

M. Bernard Debré. Vous êtes médecin et vous dites cela !

M. David Bohbot. Il est honnête, il dit la vérité !

M. Jean Vittrant. ...soit par l'intermédiaire de mutuelles, rendues ainsi de plus en plus coûteuses. La véritable médecine à deux vitesses était en germe dans cette modification de vocabulaire, à première vue anodine.

Je suis d'accord avec la formule qu'a employée M. Chamard en parlant de dépenses « médicalement utiles ». Mais peut-être ne mettons-nous pas la même chose sous les mêmes mots. Et lorsque l'on fait la différence entre ce texte et les précédents sur ce changement de vocabulaire, il ne faut pas oublier que les médecins sont les seuls prescripteurs ; les autres n'ont qu'à exécuter.

Certains crient au rationnement des soins, alors que, précisément, l'augmentation prévue, de 7,09 p. 100 pour les généralistes et de 6 p. 100 ou 5,5 p. 100 pour les autres, correspond à l'augmentation des dépenses de l'an dernier.

Certes, ce taux sera révisable chaque année et certains craignent déjà, peut-être, une diminution progressive.

M. Bernard Debré. Voire une progression négative !

M. Jean Vittrant. Mais ce taux sera révisable dans le cadre d'une annexe à la convention nationale, donc concerté par les partenaires, et il tiendra compte des « caractéristiques de la population, du progrès technique et médical, des maladies nouvelles et des conjonctures épidémiques, de la démographie médicale ».

On a aussi voulu voir dans cette loi qui, je le rappelle, ne fait que légaliser la convention signée par les partenaires, un instrument injuste et aveugle qui pénaliserait individuellement chaque médecin ayant dépassé les 7,09 p. 100.

M. Bernard Debré. Je ne vous le fais pas dire !

M. Jean Vittrant. Le médecin qui s'installe et qui, au bout de trois ans, délai retenu par la convention, n'a peut-être pas atteint son maximum d'activité, le médecin en arrêt-maladie ou la femme médecin qui veut s'occuper de son bébé pendant quelques mois, tous ceux-là s'inquiètent d'une telle interprétation et ils auraient raison, si c'était vrai. Seulement, c'est faux. Toute l'appréciation de ces cas particuliers sera laissée aux unions locales.

M. Jean-Yves Chamard. Ce n'est pas l'article 4 actuel !

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. Il faut suivre l'évolution du débat !

M. Jean Vittrant. En effet, c'est l'article 9, aussi bien dans le projet de loi que dans la convention. Il faut les relire.

M. Jean-Yves Chamard. Il y a aussi l'article 4 !

M. Jean Vittrant. Toutes ces appréciations seront laissées aux unions locales, composées exclusivement de représentants des médecins. Peut-on faire mieux ? Ou alors on pense que les médecins sont incapables de pratiquer une autodiscipline collective et on introduit effectivement une procédure technocratique...

M. Bernard Debré. Elle y est déjà !

M. Jean Vittrant. Tout le monde était conscient de la nécessité de sortir du dilemme infernal : augmentation des cotisations, déremboursement. Cette loi s'engage dans la

bonne voie d'une maîtrise concertée et raisonnable des dépenses de santé. Et, surtout, elle préserve l'égalité d'accès de tous devant les soins, ce qui est à la base de la cohésion sociale si nécessaire à notre époque. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. le président. La parole est à M. le professeur Bernard Debré. (*Sourires.*)

M. David Bohbot. A M. le député Bernard Debré !

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. On ne donne pas les titres, monsieur le président !

M. Bernard Debré. Pourquoi pas « ci-devant » ?

M. le président. Le ci-devant Bernard Debré ! (*Sourires.*)

M. Bernard Debré. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, depuis des années, on nous répète que la sécurité sociale va mal, que sa fin est proche. On nous dit que les déficits s'accumulent et qu'il faut enfin prendre des mesures draconiennes.

Parmi ces mesures figure en bonne place le rationnement des soins, car il s'agit, c'est vrai, de rationner l'offre et donc de rationner les soins en limitant les dépenses de santé de façon souvent autoritaire. Il est loin le temps où les Français pouvaient dire, à juste titre, qu'ils avaient un des meilleurs systèmes de santé du monde, associant pour le malade la liberté de choisir son médecin et, pour le médecin, la liberté de prescription. Avec le rationnement mis en place au fil de lois qui s'additionnent les unes avec les autres, à l'occasion de DMOS, de DDOS ou de textes qui, quasiment tous, sont passés en force grâce à l'article 49-3, ces deux libertés fondamentales disparaissent et volent en éclats.

On aurait pu imaginer, on pourrait même encore souhaiter que les hommes au pouvoir disent la vérité et agissent avec courage. La vérité, eh bien, en voici une partie, parce que personne ne détient la totale vérité.

D'abord, l'assurance maladie et les autres branches de la sécurité sociale reflètent la mauvaise santé de l'économie française mais aussi - pardonnez-moi de le dire - la mauvaise gestion des socialistes.

M. David Bohbot. Oh !

M. Bernard Debré. On sait qu'un million de chômeurs en moins rapporterait à la sécurité sociale 85 milliards de francs et, pour la seule branche maladie, 45 milliards. Malheureusement, le chômage continue à croître dans des proportions inacceptables et, si l'on approche les trois millions de chômeurs officiels, il faudrait, pour être plus près de la vérité, reconnaître qu'il existe plus de quatre millions de Français sans emploi ou qui ne cotisent pas. (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. Pierre Hiard. Pas de démagogie !

M. Bernard Debré. Ce n'est pas de la démagogie. C'est la simple vérité et il est bon, quelquefois, de la dire !

Mais sait-on que l'Etat doit plus de 11 milliards de francs à la sécurité sociale, car certains ministères ne payent pas les cotisations sociales de leurs fonctionnaires ? Cette dissimulation permet de ne pas augmenter le budget de l'Etat, mais c'est au détriment du budget de la sécurité sociale. Il s'agit ni plus ni moins d'un transfert illicite d'un budget à un autre.

Sait-on encore que l'assurance maladie intègre dans ses comptes des dépenses bien différentes les unes des autres, confondant des dépenses de santé et des dépenses sociales ?

Est-il normal que, dans certains hôpitaux, soient hospitalisées des personnes âgées dépendantes qui ne relèvent que du placement social ? De nombreux rapports, et en particulier celui de M. Peigné, révèlent par exemple que, dans les hôpitaux psychiatriques, 40 p. 100 des personnes hospitalisées sont en réalité des personnes âgées ne relevant pas d'un traitement psychiatrique ?

L'assurance maladie est aussi victime de la surdimension du parc hospitalier. Il y a en France - tout le monde le sait - plus de 60 000 lits d'hospitalisation en trop dans les hôpitaux publics. Est-il normal de laisser ouverts de petits hôpitaux sans malades, sans médecins ?

Sait-on - on le sait, puisque le rapport Peigné l'a rappelé - qu'il existe 3 000 postes de médecin des hôpitaux vacants faute de candidats ?

Est-il normal de laisser ouvertes des maternités publiques qui ne font qu'un accouchement par jour, et parfois moins ?

Ces établissements coûtent cher, extrêmement cher, car, même vides, ils emploient du personnel et des moyens techniques modernes.

S'il y a trop de lits d'hospitalisation aiguë, il n'y a pas assez d'établissements pour l'hébergement des personnes âgées dépendantes. Ne pourrait-on pas transformer un certain nombre d'hôpitaux ? Les économies ainsi réalisées seraient importantes.

L'assurance maladie, disais-je, intègre des dépenses indues. Monsieur le ministre, vous avez reçu, le 25 mai 1982, une lettre de M. Mallet. Cette lettre du président de la CNAM vous annonçait qu'à la suite de manipulations, la caisse d'assurance maladie réglait pour 37 milliards 950 millions de francs de charges indues. Il terminait sa lettre en écrivant : « Je souhaite vivement que les conditions soient réunies d'une accélération du rythme de mise en application des dispositions du protocole du 25 octobre 1991 relatives aux charges indues. »

Ainsi, monsieur le ministre, des mesures simples mais courageuses permettraient de réduire en volume les dépenses de santé.

Une nouvelle politique économique permettrait de faire redémarrer l'emploi, apporterait à la sécurité sociale des milliards qui lui font défaut.

Une réduction du nombre des hôpitaux publics ainsi qu'une séparation plus claire de ce qui relève de l'assurance maladie, d'une part, de ce qui relève de l'action sociale, de l'autre, permettrait de ne pas imputer à l'assurance maladie des sommes importantes qui ne la concernent pas. Je vous rappelle les 37 milliards 950 millions réclamés par M. Mallet !

Si l'on peut, avec ténacité et courage, réduire les dépenses et augmenter les recettes de la branche maladie, il n'en reste pas moins vrai que la progression des dépenses, année par année, restera importante et préoccupante.

Mais là aussi il faut dire la vérité aux Français.

La progression des dépenses de santé est inéluctable pour de multiples raisons, d'abord et avant tout du fait même de la démographie française. L'allongement heureux de la durée de vie, associé à une diminution du nombre des naissances, fait que le poids spécifique des personnes âgées, et donc parmi elles des malades, est plus important.

Est-il normal de laisser croire aux Français, comme les chiffres de la statistique le prétendent, que chaque Français dépense entre 9 000 et 10 000 francs par an pour sa santé ? Si l'on veut dire la vérité, il faut préciser que 5 p. 100 des Français dépendent plus de 40 p. 100 du montant de l'assurance maladie. Il s'agit des malades graves et des malades en fin de vie. Il est très facile d'utiliser des moyennes quand on veut masquer la vérité ou culpabiliser les Français !

En aucune façon, dans notre société solidaire et libre, ces dépenses ne pourront être supprimées. Au contraire, ces dépenses pour les personnes âgées, pour les personnes malades ou gravement malades, vont progresser encore. Il faut avoir le courage de le dire.

La progression des dépenses de santé, donc la multiplication de certains actes, est un fait de société.

Le docteur Peigné l'a fort bien dit dans son rapport commandé par M. Evin : « La population apparaît médicalement plus exigeante, plus prompte à consulter directement les spécialistes et se tient avertie des évolutions de la science médicale. »

Ce qui est vrai pour l'hôpital l'est aussi pour la médecine libérale.

Peut-on légitimement envisager de dire un jour aux Français qu'ils n'auront plus le droit à la santé, qu'ils seront contingentés, voire rationnés ? Un tel discours serait bien entendu inacceptable ; alors, vous en avez trouvé un autre, plus pernicieux, plus dangereux. Ce seraient uniquement les médecins qui pousseraient à la consommation ; en les rationnant, vous affirmez ne pas toucher à la liberté des malades. Ce raisonnement un peu court devient même dramatiquement pervers, puisque vous allez même jusqu'à contingentier les médecins au nom de la liberté des malades !

Que vont faire les médecins à l'épuisement de leur contingent lorsqu'un malade viendra le voir ? Pour soigner leurs patients, devront-ils payer ? Quel paradoxe !

Puisqu'il faut dire la vérité, toute la vérité, monsieur le ministre, disons sans détour que certains médecins multiplient les actes, c'est vrai. Mais est-il normal qu'un médecin ne reçoive que cent francs par consultation ? Ces tarifs excessivement bas sont parfois à l'origine même d'un cercle vicieux. En effet, certains médecins, peu nombreux, ont tendance à multiplier les consultations et donc les actes et les examens qui justifient les consultations, pour vivre décemment.

De telles attitudes existent, c'est incontestable, mais elles ne sont pas la principale cause de l'inflation des actes et des consultations. La réponse à cette attitude doit-elle forcément résider dans la coercition et dans le plafonnement des actes de chaque médecin ? Ne vaudrait-il pas mieux revaloriser les tarifs de consultation et passer avec les médecins des accords volontaires de modération, accords qui, contrairement à ceux que vous voulez imposer, se traduiraient par des « avoirs » fiscaux ?

Cette méthode, non coercitive, aurait l'énorme avantage de ne pas donner aux caisses de sécurité sociale le rôle d'inquisiteur et de gendarme qu'elles n'ont pas vocation à jouer.

Si certains médecins multiplient leurs actes pour gagner dignement leur vie, regardez aussi du côté du secteur à honoraires libres. Que n'a-t-on entendu à propos de ce secteur II ! Encore une fois, disons la vérité et voici quelques chiffres qu'il faut bien comprendre.

La moyenne de dépassement des honoraires des médecins qui ont choisi le secteur II est de 30 p. 100 par rapport au secteur à honoraires conventionnés I, avec, certes, des fluctuations selon les villes et les spécialités. Mais, jamais un homme ou une femme vivant sur notre sol n'a été empêché de se soigner pour des raisons financières.

Mais continuons si vous le voulez bien, avec les médecins du secteur II : ils voient moins de malades, ils prescrivent moins d'actes, les consultations durent plus longtemps.

Ces faits sont incontestables et nous devrions méditer au lieu de crier aussitôt à l'apparition d'une médecine de riches à côté d'une médecine de pauvres... Siogans obsolètes, pour ne pas dire éculés.

En revanche, ne devrait-on pas se pencher sur les remboursements du surcoût tarifaire ? Pour quelles raisons la mutualité se refuserait-elle à faire un effort ? La balle, monsieur le ministre, est dans votre camp.

Toutes ces raisons nous conduisent à refuser ce texte coercitif qui, en fin de compte, aboutira à une mauvaise médecine en France. *(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. La parole est à M. Adrien Zeller.

M. Adrien Zeller. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, le projet de loi consacré à la maîtrise des dépenses de santé dont nous sommes en train de discuter ce soir est un texte d'une importance considérable. Il concerne tous les Français sans exception, toutes les professions médicales : non seulement le fonctionnement du système de soins mais aussi la nature et la qualité de la relation entre le médecin et les malades. Il concerne les relations entre les médecins et les autres professions de santé mais aussi la nature des relations entre la sécurité sociale et les autres professions médicales, entre les pouvoirs publics et la sécurité sociale. Il concerne enfin, on l'a rappelé, une activité d'une importance considérable qui représente 570 milliards de francs.

A priori, aucun homme responsable ne peut s'opposer à une meilleure régulation des dépenses d'assurance maladie, dont la croissance, trop longtemps excessive, est devenue dangereuse pour tous. Je partage à cet égard, monsieur le ministre, certaines des analyses et des craintes que vous avez émises. Il nous faut, c'est vrai, rationaliser votre système de soins pour ne pas avoir demain à rationner.

Et pourtant, monsieur le ministre, il nous est impossible de nous associer à la démarche qui nous est proposée, à la fois, pour des raisons de forme et pour des raisons de fond.

Des raisons de forme. Alors que ce projet de loi pourrait être un texte véritablement fondateur, capable de consolider l'avenir de notre système de soins, les conditions qu'on nous impose pour l'examiner ne nous paraissent pas dignes d'un véritable travail parlementaire : deux ou trois courtes séances de commission, des amendements « lourds » déposés ce matin en dernière minute, aucune audition particulière, l'absence du ministre de la santé, pas d'audition des signataires de la convention ni de ceux qui ont estimé devoir ne pas la signer, pas plus que des gestionnaires et des responsables des caisses.

Et pourtant ! La santé et la protection sociale méritent de notre part mieux qu'un examen hâtif d'un texte au demeurant sensiblement différent de l'accord qui avait été signé. Aucun parlement d'Europe n'accepterait de travailler dans de telles conditions sur un tel sujet.

La démarche est d'autant plus contestable que bien des années ont été perdues à nier les problèmes de la sécurité sociale, à rendre responsables les gouvernements précédents et, par exemple, à ignorer en bloc le travail accompli au cours des années 1986-1988, travail imparfait, certes, mais qui n'en avait pas moins une part de mérite.

M. Alain Bonnet. On n'est jamais si bien servi que par soi-même !

M. Adrien Zeller. J'en viens aux raisons de fond. Dans un domaine aussi sensible que celui de la santé et des soins, il ne nous paraît pas imaginable d'avancer sans précaution ni précision. J'ose le dire : faite de Jean-Yves Chamard, le système prévu aux articles 8 et 9 de l'avenant paraît rudimentaire et hasardeux. A faire la distinction entre ceux qui auraient respecté le taux directeur et ceux qui l'auraient dépassé, ce système risque dans les faits de donner une prime à ceux qui auraient eu jusqu'à présent le comportement le moins rigoureux - paradoxe pour un texte qui vise la maîtrise médicalisée des dépenses ! Il risque aussi d'aggraver les inégalités de situation et de revenus entre les médecins eux-mêmes. Tout le monde connaît l'effet des taux directeurs entre hôpitaux. Nous risquons de connaître ici une situation quelque peu similaire.

Il aurait pour le moins fallu procéder à un exercice à blanc dans quelques départements, par exemple à la fin 1991 et au début 1992, pour savoir exactement comment ce texte pourrait s'appliquer en pratique. Je m'étonne que l'on ne se soit pas livré à de telles simulations pour voir ce qu'il en serait dans un département donné en appliquant des taux comparables à ceux prévus dans la convention.

Quant au sort des médecins installés depuis moins de trois ans, il nous paraît avoir été réglé d'une manière tout aussi simpliste. Pourquoi trois ans ? Pourquoi pas deux ou cinq ? Dans l'état actuel des informations dont nous disposons sur la manière dont cela se passera dans la réalité, entre de petits départements, comme celui de la Lozère, et des grands, comme le Nord ou la Seine, approuver un tel texte équivaldrait pour nous à acheter un chat noir dans un sac ou à signer un chèque en blanc au bénéfice d'une politique encore indéterminée.

En outre, monsieur le ministre, la maîtrise des dépenses de santé, telle que vous nous la proposez, passe par la surveillance des prescriptions et des pratiques médicales. Or ce dispositif paraît exclure totalement une surveillance du comportement des assurés.

Pourtant, chacun sait que des économies peuvent être réalisées de ce côté-là : certains assurés abusent des consultations médicales et des prescriptions. A nos yeux, il n'est pas contradictoire de vouloir, comme vous l'entendez, stabiliser le taux moyen du remboursement - qui, effectivement, diminue, et ce n'est pas souhaitable - et de rechercher, en même temps, un comportement plus responsable de certains assurés. Il y avait certainement quelque chose à faire sur ce point.

Oui, monsieur le ministre, nous sommes méfiants et sceptiques sur la validité de votre démarche et des choix qui l'inspirent. C'est la raison pour laquelle nous refuserons de vous suivre ce soir. *(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. David Bollot.

M. David Bohbot. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, le 25 octobre 1991, un protocole d'orientation, le premier depuis la création de la sécurité sociale en 1945, a été signé entre l'Etat et les trois caisses nationales d'assurance maladie. Ce protocole pose le principe d'une régulation d'ensemble des dépenses négociées avec les professionnels de santé.

Une première étape avait été franchie avec les premiers accords de régulation signés fin 1991 avec quatre professions de santé : les biologistes, les ambulanciers, les infirmiers libéraux et les cliniques privées.

Les négociations entre les caisses de sécurité sociale et les médecins, dans le cadre de la participation de ces derniers au dispositif de régulation prévu par le protocole d'accord d'octobre 1991, ont finalement abouti à la signature d'un accord entre les trois caisses nationales - la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, la caisse nationale d'assurance maladie et maternité puis la mutuelle agricole - et la confédération syndicale des médecins de France, une des principales organisations syndicales de médecins.

Cet accord, signé le 10 avril 1992, vise à maîtriser les dépenses médicales. Il a pris la forme d'un avenant à la convention médicale de 1990.

Approuvé par le ministre des affaires sociales le 5 mai dernier, il est en partie repris dans le projet de loi que nous examinons aujourd'hui. L'adoption de ce texte par notre assemblée est essentielle pour l'avenir de notre système de santé et de protection sociale.

En effet, depuis de très nombreuses années, notre pays connaît une croissance de ses dépenses de santé très supérieure à celle de la plupart des autres pays développés. La France se classait ainsi, en 1990, au cinquième rang des vingt-quatre pays de l'OCDE pour le montant de la dépense nationale de santé par habitant, et au troisième rang pour la part des dépenses de santé dans le produit intérieur brut - 8,9 p.100. Or, si cette proportion atteint 12,4 p.100 aux Etats-Unis, elle n'est par exemple que de 8,1 p.100 en Allemagne, 6,6 p.100 en Espagne et 6,1 p.100 en Grande-Bretagne.

Cette situation s'explique par une croissance excessive du volume des actes médicaux et des prescriptions. Pour autant, cette augmentation ne se traduit pas pour notre population par un état de santé meilleur que celui des populations des pays comparables au nôtre, qui parviennent mieux que nous à maîtriser l'évolution de leurs dépenses de santé.

Il n'est pas possible de laisser dériver plus avant notre système de soins. Il faut savoir qu'il n'existe actuellement, dans la relation médecin-patient, aucun mécanisme de nature à limiter la progression des dépenses. La totale liberté laissée aux acteurs de notre système de santé, qu'il s'agisse du prescripteur ou du patient, engendre de nombreux gaspillages. Or il est des domaines où, pour reprendre un adage célèbre, « c'est la liberté qui opprime et la loi qui libère ». Tel est le cas en l'espèce.

M. Robert Loïdi. Très bien !

M. David Bohbot. Si tous les partenaires ne s'entendent pas pour admettre un cadre juridique permettant de maîtriser les dépenses de santé, notre système est à terme menacé d'explosion. Nous aboutirions alors à une médecine à deux vitesses et à la remise en cause de notre protection sociale, l'une des meilleures du monde, je le rappelle.

Une telle situation mettrait gravement en cause cet acquis considérable qu'est la sécurité sociale dont le premier mérite est d'avoir permis l'accès de tous à des soins de qualité et le développement d'une médecine de haut niveau.

Depuis quelques jours, des voix s'élèvent pour protester contre ce projet de loi et inquiéter l'opinion publique, brandissant le texte comme s'il s'agissait d'un instrument visant à détruire notre système de santé. Or il s'agit, bien au contraire, de le préserver.

Selon ses détracteurs, les médecins ne pourront plus soigner les malades dès que les objectifs seront atteints, les malades les plus coûteux seront boycottés, des conflits d'intérêts seront créés entre les malades et les médecins, lesquels ne pourront plus prescrire sous peine d'amende... J'en passe.

On essaie ainsi, mes chers collègues, d'effrayer l'opinion publique, alors que ces dispositions n'ont pour seul objectif que de responsabiliser les professions médicales, sur la base

d'un partenariat avec les caisses d'assurance maladie et le Gouvernement, afin de les inciter à maîtriser l'inflation des dépenses de santé.

Cette maîtrise passe par la fixation, chaque année, d'un taux national prévisionnel de croissance des dépenses médicalement utiles, et la mise en place d'unions locales chargées d'assurer le respect de cet objectif.

Parce que je suis convaincu que cette loi est nécessaire, voire indispensable, je vous demande, mes chers collègues, de voter ce texte, lorsque nous l'aurons amendé.

Vous contribuerez ainsi à la sauvegarde de notre système pour le plus grand bien de la population comme des professionnels de la santé. *(Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.)*

M. le président. La parole est à M. Philippe Legras.

M. Philippe Legras. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, rompant avec les propos des précédents orateurs, pendant les quelques minutes qui me sont imparties, je voudrais vous faire entendre la voix de la base, du « vécu », vous faire comprendre, vous faire partager - pourquoi pas ? - les inquiétudes des médecins comme celles des assurés sociaux.

Sans m'en excuser, puisque mes propos ont été inspirés par une large consultation des professionnels et en vous priant d'être attentifs aux réelles préoccupations, pour aujourd'hui ou pour demain, qu'ils traduisent, je mettrai simplement, mais clairement, l'accent sur quatre points pendant qu'il est encore temps :

L'erreur d'un texte de logique économique exclusive, qui ne correspond pas à la réalité pratique des besoins sanitaires ;

Les risques qu'il comporte pour l'avenir et la qualité de soins contingents ;

Les raisons des médecins de refuser en conscience d'adhérer à un plan contraire à leur éthique ;

Enfin, les dangers réels d'une médecine administrée et rationnée pour l'intérêt de malades à qui l'on cache la vérité.

Avant de le faire - sous forme de questions qu'il aurait été sage de se poser plus tôt -, je tiens à présenter quatre remarques liminaires relatives à la genèse de ce texte, à la relation argent-médecin, au dialogue médecin-malade et au fonctionnement de la médecine.

Ce texte, monsieur le ministre, vous en héritez de M. Bianco qui lui-même le tenait de M. Evin. C'est un peu le jeu de la bête noire : le dernier qui le détient a perdu !

Ce texte est le fruit acide et troublé d'une négociation en échec. Faute d'avoir osé reprendre les discussions, vous en êtes responsable et serez, demain, coupable de ses effets néfastes sur notre système de soins.

Ce texte fait une large place à l'argent - croissance limitée, enveloppe, taux directeur, sanctions, pénalités -, comme si seul le gain motivait le médecin et comme si compétence, confiance, conscience et service n'existaient pas.

C'était une faute que de ne pas vouloir être le ministre des comptes. Ce serait aujourd'hui un grand tort de ne vouloir être que le ministre des comptes.

Ce texte nie la réalité du dialogue singulier médecin-malade : d'un côté l'offre médicale humaine, technique, sociale, à qui aucune faute n'est permise ; de l'autre, la demande d'une clientèle toujours plus informée, naturellement exigeante et impatiente à qui il est - je le rappelle - interdit de refuser ses soins. Ne pas intégrer cette relation spécifique relève de la simplification coupable -, à moins que ce ne soit volontaire.

Ce texte, enfin, accroît la bureaucratie médicale, police la profession, en complique et en hiérarchise les structures, les ronds-de-cuir remplaçant les blouses et les calculettes les stéthoscopes.

Cette évolution de la médecine ex-libérale vers une administration de santé est réelle et nous préoccupe. Mais il est vrai qu'elle s'inscrit dans une logique que, justement, nous combattons.

Concernant le réalisme de votre projet, les acteurs de terrain, ceux qui vivent, connaissent et font la médecine au quotidien, s'insurgent et s'interrogent sur l'application de l'enveloppe globale et sur son taux directeur, sur la mise en œuvre des quotas de prescription et leurs pénalités.

Les jeunes médecins à progression lente, en secteur difficile, ou à temps partiel, les femmes en particulier, devront-ils se contenter de suivre l'actualisation annuelle d'une référence arrêtée définitivement lors du début de leur activité professionnelle ?

Le médecin installé et apprécié devra-t-il fermer son cabinet trois mois par an, ou rejeter une clientèle le sollicitant ?

Le médecin isolé, ou en groupe, héritant de la clientèle d'un confrère sans successeur, devra-t-il la refuser ?

Le médecin effectuant des gardes rémunératrices de nuit ou le dimanche ne sera-t-il pas tenté de les abandonner pour préserver ses « quotas ordinaires » de prescription ?

Ne peut-on imaginer dès aujourd'hui que ces droits à prescrire puissent faire l'objet futur de transaction, de location ou de prêt ? Nous avons déjà connu cela, monsieur le ministre.

Quant à l'avenir de notre système de soins et de sa qualité, la profession et les assurés émettent de vives réserves tant sont réels les risques de dérive vers le rationnement d'un projet présenté aujourd'hui comme une régulation.

L'accès aux soins de proximité, le respect du libre choix de son médecin, pourront-ils être garantis à travers taux directeur et pénalités ?

La qualité des soins sera-t-elle préservée malgré les restrictions imposées, tant diagnostiques que thérapeutiques ?

L'hospitalisation ne sera-t-elle pas une tentation pour le médecin privé de moyens et sous haute surveillance statistique ?

La politique de maîtrise des dépenses soumise à remboursement ne risque-t-elle pas d'accroître et d'accélérer les déremboursements et les modifications de cotations ?

La pratique des sanctions individuelles ou collectives pour dépassement ne risque-t-elle pas de pervertir le système de distribution des soins et d'inciter certains médecins à des pratiques marginales ?

Monsieur le ministre, conscient qu'aucune amélioration n'est à attendre de la restriction des moyens imposés au médecin et de leur crainte de sanction pour dépassement, les praticiens et leurs clients redoutent, et nous avec eux, une inévitable dégradation de notre système de distribution des soins.

Le refus unanime des médecins d'adhérer au présent projet devrait vous inciter à la plus extrême prudence, tant cette unité professionnelle est rare, tant la participation médicale est nécessaire à tout plan de régulation.

Comment ne pas s'insurger contre la bureaucratie excessive de votre texte, contre la complexité des structures interdépendantes et hiérarchisées de régulation ? Comment les médecins ne croiraient-ils pas qu'une administration de santé est en train de se substituer à leur médecine libérale ? Comment leur faire accepter le principe de sanctions, individuelles ou collectives, pour dépassement ou « prise en compte insuffisante de la plus stricte économie » selon votre fameux article 14 ? En tout cas, sûrement pas par la force !

Comment surtout ne pas admettre le désarroi de médecins coincés entre leur serment d'Hippocrate et votre loi, monsieur le ministre, tiraillés entre leur devoir d'apporter les meilleurs soins et leur souci de respecter le taux directeur et le contrat d'objectif ?

Comment ne pas regretter enfin, monsieur le ministre, que l'unité professionnelle soit remise en cause à travers le principe de création des unions de médecins, instances disciplinaires à cotisation obligatoire, sur la base de deux collèges différents et ne s'adressant qu'au seul syndicat représentatif ?

Vraiment, monsieur le ministre, comment ne pas partager la crainte des médecins quant à l'avenir incertain d'une profession qu'ils ont choisie pour ce qu'elle représentait et qu'on démolit devant eux ?

Pour ce qui est des droits des malades, qui sont aussi des assurés sociaux cotisants, une campagne de presse d'origine méconnue tendrait à faire croire que le présent texte gouvernemental sur les dépenses de santé n'entraînerait pas de conséquences pour l'assuré social ».

Il nous faut dénoncer avec vigueur une telle affirmation qui est fautive et une stratégie perverse de dédouanement de responsabilités, le Gouvernement se défaussant dès à présent sur les médecins des conséquences inévitables de votre plan sur le service rendu à l'assuré.

Comment la qualité des soins pourrait-elle être garantie dans un contexte aussi restrictif et coercitif pour les médecins ?

Comment l'accès aux soins, la liberté de choix, la permanence des acteurs de santé pourraient-ils être préservés au-delà d'un tel texte ?

Comment la solution hospitalière, contrainte pour des médecins privés de moyens, n'inquiéterait-elle pas les usagers ?

Comment, enfin, la confiance médecin-malade pourrait-elle ne pas être ébranlée après des mises en cause répétées des praticiens et une présentation caricaturale et exclusivement vénale d'une profession où, soyez-en sûr, monsieur le ministre, il n'y a pas plus de corrompus qu'ailleurs.

Telles sont les questions que nous nous sommes posées entre nous médecins et que nous posent quotidiennement nos malades.

Le fait que nous les posions aujourd'hui à cette tribune ne fait qu'accroître notre regret que vous n'ayez pas repris le dossier dans sa totalité, que vous n'ayez pas su, pu ou voulu écouter davantage ceux qui, mieux que quiconque, savent grâce à leur pratique de la santé au quotidien.

Une chose est aujourd'hui certaine : les médecins n'acceptent pas d'être exclus de décisions importantes touchant la santé. Ils ne tolèrent pas davantage être injustement « inculpés » dans la situation de l'assurance maladie. Or aucune politique de santé ne saurait se faire sans les médecins, encore moins contre eux, d'autant qu'aujourd'hui, responsables, ils ne dissocient pas leurs préoccupations professionnelles de l'intérêt général et de celui des malades.

Ce serait une faute grave, monsieur le ministre, que de vouloir passer outre. C'est la raison pour laquelle je vous redis que la seule voie raisonnable était la renégociation et la réécriture d'un texte qui, en l'état, est inacceptable et risque de le demeurer quels que soient le nombre, la nature et le sort des amendements déposés, eu égard à la logique inappropriée qui l'anime.

Domage pour la médecine, monsieur le ministre, dommage pour la santé, mais, surtout, dommage pour les malades. (Applaudissements sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République.)

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

M. Alain Bonnet. En écoutant cet après-midi notre excellent rapporteur et vous-même, monsieur le ministre, nous avons bien conscience, avec l'examen de ce texte cette nuit, de nous trouver face à une démarche nouvelle pour tenter de maîtriser les dépenses de santé. Il faut absolument le faire car leur croissance est préoccupante. Si l'on n'y porte pas remède, si je puis dire, il y aura doublement des chiffres tous les neuf ans, comme vous nous l'avez rappelé.

L'Allemagne, de son côté, a déjà engagé un effort similaire puisque la réduction drastique a été, dans ce pays, de 11 p. 100. Nous-mêmes, Français, avons un peu ralenti ces dépenses de 4,8 p. 100 en volume pour l'année 1991, grâce à l'effort de tous, pouvoirs publics et professionnels de santé. Nous avons constaté cependant une augmentation de 11 p. 100 dans les établissements privés. Il faut continuer à lutter, comme vos prédécesseurs, et comme la plupart des acteurs de la filière santé contre l'abus des médicaments et, souvent, leur double emploi. Il y va de l'intérêt des malades, car la surconsommation est souvent dangereuse.

Vous voulez éviter le rationnement par l'argent. Nous avons vu ce qui se passe aux Etats-Unis en ce domaine, où il existe véritablement une médecine des riches et une médecine de pauvres.

Vous souhaitez, à juste titre, une maîtrise contractuelle et, contrairement à ce que disent vos détracteurs, monsieur le ministre, vous allez non rationner les soins mais assurer une meilleure affectation des dépenses de santé. Notre pays, d'ailleurs, est au deuxième rang mondial pour celles-ci.

Cela dit, pourriez-vous nous donner des précisions sur les contrats locaux d'objectifs et sur les critères de l'utilité médicale ? Quant au coût des médicaments, vous aviez raison de nous rappeler cet après-midi du simple au double et même au triple. Vous voudrez bien nous tenir au courant de la suite réservée au rapport de l'INSERM en cours d'élaboration.

Le corps médical spécialisé doit se mobiliser pour réduire le nombre des radios. Il faut louer les nombreux médecins qui résistent à la demande trop fréquente de leurs clients, dont certains pensent, souvent à tort, que plus l'ordonnance est longue plus le professionnel qui l'a prescrite est remarquable. Il faut bien déterminer le critère d'utilité médicale, comme vous nous l'annonciez cet après-midi.

Monsieur le ministre, certains médecins disent qu'avec la réforme proposée, les débutants atteindraient leur chiffre d'affaires maximum en trois ans, puisqu'ils ne pourraient plus augmenter ce dernier que de 5 p. 100 par an, l'excédent étant versé à la sécurité sociale. Cela conduirait inévitablement les jeunes médecins - qui, au début de leur carrière, assurent un mi-temps hospitalier et ont donc une activité mixte libérale et hospitalière - à délaisser le secteur hospitalier, car ils voudront augmenter immédiatement leurs quotas pour ne pas amputer leur avenir. De ce fait, le secteur hospitalier, déjà déficitaire, ne pourrait qu'être encore plus affecté par cet état de choses.

Dans le secteur II, 35 p. 100 des actes devraient être faits au tarif du secteur I, le trop-perçu étant reversé à la caisse de sécurité sociale.

Compte tenu des frais considérables auxquels sont soumis les médecins du secteur II, beaucoup se déconventionneraient, ce qui serait nuisible pour les malades. En effet, compte tenu justement des frais engagés, ces médecins ne pourraient continuer à exercer, s'ils sont conventionnés, qu'en pratiquant des honoraires supérieurs au secteur I.

En outre, il serait de plus en plus difficile d'accéder au secteur II dans les grandes villes.

Qu'en est-il enfin du secteur promotionnel qui devrait, semble-t-il, se situer comme intermédiaire entre le secteur I et le secteur II. Je vous remercie de rassurer ces médecins.

Nul doute que vous répondrez aux questions que nous vous posons et qui, toutes, essaient d'enrichir le débat très intéressant qui s'est déroulé depuis cet après-midi pour que l'on parvienne à contrôler les dépenses de santé dans l'intérêt des professions elles-mêmes et des malades de notre pays. *(Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.)*

M. le président. La parole est à M. Claude Bartolone.

M. Claude Bartolone. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, les problèmes de santé sont ressentis par la population française d'une manière très intense. Il nous faut donc appréhender ce débat en ayant à l'esprit celles et ceux que nous représentons.

Au préalable, je pense qu'il est nécessaire de tordre le cou à l'idée que la sécurité sociale serait un « trou » permanent, ce qui n'exclut pas, loin s'en faut, la nécessaire maîtrise des dépenses. Car laisser filer celles-ci serait lourd de conséquences, car cela induirait une hausse des prélèvements et donc, pour les ménages, moins de pouvoir d'achat et pour les entreprises moins de créations d'emplois.

Qui dit maîtrise des dépenses de santé ne doit pas cependant y associer, à l'exemple britannique, maîtrise des remboursements.

Il faut donc éviter en amont que la dépense ne progresse au lieu de limiter en aval le taux de remboursement, car, soyons-en persuadés, l'action sur le niveau de remboursement est génératrice d'inégalités. C'est pourquoi la maîtrise des dépenses est incontestablement le meilleur moyen d'assurer l'égalité. Mieux les dépenses seront maîtrisées, plus facilement le niveau des remboursements pourra être maintenu.

Notre système actuel, s'il procure de toute évidence des soins de qualité, est-il équitable ? Cela s'apprécie au regard du financement, d'une part, et des prestations, d'autre part. Un système équitable doit être un système dans lequel toutes les personnes reçoivent un traitement égal sans considération de critères sociaux ou économiques.

Le financement repose sur un principe de base : « A capacité égale, contribution égale ». Il faut accorder une large place à la solidarité, pour demeurer ainsi bien loin - et c'est tant mieux - de l'assurance.

En ce qui concerne les prestations, fondamentalement l'équité est assurée par le principe « A besoin égal, traitement égal ». Cependant, on relève des limites.

D'abord, l'ouverture des droits est, pour l'heure, conditionnée par l'activité professionnelle ; l'extension apportée par le RMI devrait toutefois garantir entièrement l'accès aux soins des plus démunis.

Ensuite la possibilité d'accès aux soins n'est pas identique dans toutes les régions. Elle varie selon l'implantation médicale, la densité des professionnels de santé, du nombre de lits, de spécialistes, de médecins du secteur I.

Enfin, les structures de consommation de soins sont typées selon les catégories professionnelles. Les ménages aisés recourent plus à la médecine de ville, aux spécialistes et aux soins dentaires que les ménages modestes qui, eux, se tournent plus généralement vers les généralistes et l'hôpital.

Notre système de soins est-il efficace ? Jusqu'à ces derniers mois, nous prétendions avoir l'un des meilleurs systèmes de santé du monde, ce qui est loin d'être évident si nous nous intéressons à son coût et à son rendement sanitaire. Cela est vrai si nous regardons l'espérance moyenne de vie, nettement moins si nous soulignons la mortalité infantile, et franchement faux si nous considérons la différence d'espérance de vie entre les hommes et les femmes : près de neuf ans.

Notre système a donc un rendement sanitaire qu'il nous faut encore améliorer et il est très nettement inflationniste. Plusieurs causes ont été évoquées : économiques, culturelles, conjoncturelles, technologiques, démographiques. Mais tous ces éléments se retrouvent dans les pays comparables au nôtre ; or les dépenses de santé ont atteint en France un niveau inquiétant.

Il nous faut donc agir pour maintenir un haut niveau de protection sociale fondée sur la solidarité sans craindre les difficultés politiques car, de surcroît, quoi que l'on fasse et pour toute une série de raisons - espérance de vie, démographie, augmentation du niveau des pensions liquidées - il va falloir augmenter les recettes des régimes vieillesse. Mieux nous maîtriserons les dépenses de santé, mieux nous pourrons affronter les intempéries qui s'annoncent dans le domaine de l'assurance vieillesse et celles qui sont liées à la dépendance du grand âge, qu'il nous appartient très rapidement maintenant de prendre en compte.

Ce manque d'efficacité est un des paradoxes de notre système de santé. D'autres d'ailleurs peuvent y être mis en lumière : il contient à la fois une pléthore - la démographie médicale - et des pénuries : PMI, médecine scolaire et du travail, santé publique. Coexistent en son sein un système de prescriptions libérales et des prestations socialisées.

La résolution de ces paradoxes relève d'un choix de société où il faut cesser de considérer la protection sociale comme une charge. Il s'agit d'un investissement permettant à l'homme d'être apte et ouvert aux mutations de cette fin de siècle. Chacun de nous doit cependant se responsabiliser face au problème : les professionnels de santé à trois niveaux - individuel, institutionnel et syndical - mais également les usagers. Globalement, leur prise de conscience de cette nécessité n'est pas encore certaine. Pourtant, ils sont capables de se prendre en main.

Enfin, l'esprit mutualiste - je parle à un spécialiste - même s'il a perdu sa vigueur primitive, demeure irremplaçable dans son principe et doit être encore et toujours plus développé.

Le projet de loi qui nous est soumis permet de répondre à l'ensemble de ces préoccupations.

Très sincèrement, nous devrions tous nous en féliciter.

De plus, outre la création des unions de médecins exerçant à titre libéral, celle d'un secteur promotionnel et la mise en place d'un dispositif de reconversion des médecins - toutes ces mesures d'accompagnement étant favorables à la profession -, le texte reconnaît, et cela est essentiel, le rôle pivot que doit jouer le médecin généraliste au sein du système de distribution des soins. C'est ainsi qu'un groupe de travail est chargé de définir des rémunérations spécifiques pour la tenue et le suivi du dossier médical. Ces travaux devraient déboucher sur un avenant à la convention nationale.

Avant de conclure, je tiens à parler de la prévention, même si ce sujet est un peu à côté du texte que vous nous proposez, monsieur le ministre.

La prévention vise à obtenir une amélioration individuelle de la santé, mais aussi à réaliser des économies de dépenses de santé dans le moyen et le long terme. Cet aspect est particulièrement difficile à apprécier car il n'est pas aisé d'en mesurer les « bénéfices ».

Toutefois - et nul ne saurait le nier - la prévention organisée, articulée autour de la médecine du travail, de la médecine scolaire, de la médecine territoriale, de la médecine de santé publique et de recherche, est une nécessité majeure. Or on constate, en ce domaine, un manque de postes et une pénurie de postulants. Il y aurait sans doute lieu, monsieur le ministre, d'examiner les possibilités de revalorisation de ces voies d'exercice.

Je conclurai en soulignant que notre système de santé doit permettre un libre accès de tous à des soins de qualité et qu'il doit être organisé autour d'une protection sociale de solidarité où chaque acteur a sa part de responsabilité. Le texte qui nous est présenté répond, il me semble, à ces critères.

Il sera de la responsabilité de l'ensemble de l'Assemblée de l'amender pour tenir compte des remarques qui nous ont été faites par les professionnels de la santé, par les organisations syndicales afin que ce texte, accepté par le plus grand nombre, joue véritablement tout son rôle pour atteindre l'objectif qui lui est fixé. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. le président. La discussion générale est close.

La parole est à M. le ministre.

M. René Toulado, ministre des affaires sociales et de l'intégration. Monsieur le président, mesdames, messieurs les députés, dans les nombreuses interventions de cette discussion générale, que j'ai suivies avec une grande attention, de vraies questions ont été posées, de fausses vérités ont été assénées et beaucoup de propos étaient hors du sujet. J'essaierai d'être bref, mais je m'efforcerai d'y répondre.

Ce projet de loi est-il « mauvais coup » comme Mme Hubert a cru bon de l'affirmer - contre les partenaires conventionnels ? Quel paradoxe ! Il a été, rappelons-le, demandé par les signataires de la convention médicale. Le Gouvernement, en étroite collaboration avec les partenaires sociaux et médicaux, a pris en charge cette mission. Le projet de loi a été amélioré et enrichi par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, ce dont le Gouvernement se félicite. Je crois que le « mauvais coup » serait plutôt, en refusant ce texte, de porter une grave atteinte au système conventionnel.

Des critiques ont été formulées contre l'avenant n° 3 et contre la convention médicale. Oh certes, ce texte n'est pas parfait. Mais le Gouvernement pas plus que la représentation nationale ne souhaitent s'ingérer dans un débat qui a eu lieu entre des partenaires sociaux parfaitement responsables et qui a débouché sur des accords d'ensemble.

J'avoue avoir été un peu surpris par certains propos qui laissaient entendre que les partenaires qui ont signé cet avenant à l'issue de deux ans de négociation - c'est vrai - n'avaient ni la qualité ni la maturité nécessaires et qu'ils auraient écrit un texte qui ne correspondait pas à ce qu'ils souhaitaient. C'est faire fi de leur persévérance pour arriver à une conclusion. C'est pourquoi de tels propos m'ont laissé plus que perplexe. Pour ma part, j'ai toujours considéré que non seulement tous les partenaires, qu'il s'agisse des représentants syndicaux et patronaux, ou des organisations syndicales, médicales représentatives, avaient la capacité pour négocier, mais aussi que l'avenant auquel ils étaient parvenus ouvrait une voie nouvelle.

M. Gantier a tenu à cet égard des propos sévères, injustes...

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. Excessifs !

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. ... voire peu sérieux qui me conduisent à m'interroger : a-t-il seulement lu l'avenant n° 3 ? Il a parlé de « rationnement des soins », d'« enveloppe globale », de « vision comptable de la régulation ». Ces termes ne figurent ni dans l'avenant ni dans le projet de loi.

« S'agit-il d'une maîtrise coercitive ? » a-t-on ensuite demandé. Si les mots veulent dire quelque chose, je réponds tout de suite par la négative. Les unions de médecins agiront pour garantir la qualité médicale. Je leur fais confiance, en particulier pour apporter certaines atténuations et pour adapter le texte aux réalités. Par exemple, je suis convaincu qu'ils interpréteront avec intelligence et souplesse la règle des trois ans pour les jeunes ou les dispositions pour les reprises d'activité des praticiens. Je sais bien, comme tout un chacun,

qu'il y aura des cas particuliers : je fais confiance aux partenaires, en particulier aux unions professionnelles et aux médecins, pour trouver les solutions adéquates.

Le Gouvernement s'engage ici à faire en sorte que les règles conventionnelles soient appliquées « avec tact et mesure », sans en dénaturer le principe, pour reprendre la formule qui a été employée.

Je m'étonne que les élus de l'opposition demandent à l'Etat de garantir les droits des médecins et, en même temps, lui reprochent d'insupportables ingérences dans le débat conventionnel.

M. Barrot a demandé la clarté des comptes. C'est un sujet qu'il connaît bien et je reconnais bien volontiers la sincérité de ses intentions. Mais peut-on dire, honnêtement, que les comptes de la sécurité sociale ne sont pas clairs et publics ? Je connais la difficulté. De grands progrès ont été réalisés en ce sens, personne ne le conteste.

M. Adrien Zeller. Grâce à nous, monsieur le ministre !

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Et aux nombreux acteurs qui sont intervenus !

Si les statistiques sont fiables, les derniers comptes se rapprochent de la vérité et tous les acteurs nous en donnent acte.

M. Barrot a aussi critiqué - il n'a pas été le seul - la notion de « dépenses présentées au remboursement ». Le Gouvernement y est attaché car cette notion, je le rappelle, a été adoptée par les partenaires sociaux. Désormais notre droit va concrétiser les notions de dépenses de santé, de dépenses médicales et de remboursement de l'assurance maladie. Il faut tenir compte dans ce texte de la volonté des partenaires sociaux.

On a critiqué l'« autoritarisme des négociations et de l'organisation du système ». J'ai apprécié, malgré certains excès de langage, le ton des différentes interventions prononcées à cette tribune, mais « autoritarisme des négociations et de l'organisation du système » est une formule un peu forte et qui n'est pas sérieuse. Demandez aux professions de santé ce qu'il en est. Ils savent bien que les contrats d'objectifs locaux médicalisés et les plans locaux de maîtrise des dépenses ne seront pas imposés mais négociés. Ce sont les acteurs de santé eux-mêmes qui en décideront. M. Gantier n'est pas sérieux lorsqu'il prétend le contraire.

Un autre argument a été avancé : il n'y aurait pas eu de débat sur la santé. Voyons, il est engagé depuis quinze ans ! Je n'en veux pour preuve que les nombreux colloques qu'ont tenus les partenaires ! Certes, on peut toujours regretter que le débat n'ait pas été plus large dans cette enceinte.

M. Jean-Yves Chamard. Ne confondez pas colloques et Assemblée nationale !

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Tous les orateurs qui sont intervenus sont suffisamment avertis pour savoir que le débat sur la santé est engagé depuis longtemps. On peut regretter que le Parlement n'ait pas tenu un grand débat, mais qui dans cette assemblée n'a pas eu connaissance des nombreux textes qui ont circulé sur la sécurité sociale et la santé ? Ces documents ont tout de même permis à chacun d'entre nous - les diverses interventions l'ont prouvé - d'être parfaitement bien informé pour pouvoir approfondir tous ces problèmes et en dégager les enjeux.

On a aussi posé la question de savoir si la France devant demeurer en dehors des pays qui ont engagé et réussi leur politique de maîtrise des dépenses de santé. M. Loïdi a tenu des propos justes à ce sujet.

M. Chamard a eu raison de souligner aussi que les dépenses de médecine de ville sont mal remboursées en France. Mais l'opposition doit choisir et ne pas proposer des démarches contradictoires et irrationnelles. Ubu, monsieur Chamard, refuserait de répondre à cette question fondamentale : voulons-nous, oui ou non, réguler les dépenses médicales et non les seuls remboursements ?

Comme je l'ai dit dans mon discours de présentation, les choses sont claires. Vous souhaitez ne pas augmenter le ticket modérateur, dès lors vous ne pouvez qu'accepter la rédaction du projet de loi. Monsieur Chamard, vous êtes un homme suffisamment averti sur ces problèmes. C'est pourquoi je m'interroge : l'opposition ne cherche-t-elle pas à tromper les Français et à leur faire peur ? A mon avis, si.

En effet, chacun sait bien qu'une enveloppe globale n'est pas coercitive ; elle a pour objet de maîtriser une croissance. Elle le devient si l'on diminue les dépenses. Est-ce le cas ? En s'agitant et en parlant de « médicalisation », ne veut-on pas, au fond, ne rien faire ? Moi, je veux faire les deux, c'est-à-dire maîtriser et médicaliser. Dans ces conditions, c'est vrai, il faut progresser sur le codage.

M. Chamard a utilisant une image de la nature, a parlé de l'accouplement d'un bouc émissaire et d'une vache à lait.

M. Jean-Yves Chamard. Ils ne s'accouplent que très difficilement ! *(Sourires.)*

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Moi, qui suis aussi un homme de la terre, je vais vous dire ce qu'ils vont produire ensemble, monsieur Chamard : le chat de la marquise, celui dont on parle toujours pour mieux faire oublier l'essentiel.

M. Jean-Yves Chamard. L'essentiel est la médicalisation !

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Nous aurons certainement l'occasion d'en reparler !

Ne jouons pas non plus sur les mots, monsieur Chamard. Bien sûr, le Gouvernement plaide pour la maîtrise médicalisée. Mais il agit sans plus attendre et entend donner les moyens que lui demandent les partenaires. C'est pourquoi il souhaite commencer à instaurer cette régulation le plus vite possible.

S'agissant de l'interprétation de l'avenant conventionnel, les propos alarmistes tenus ici et là ne correspondent ni aux intentions des signataires ni aux souhaits du Gouvernement ni à la réalité du terrain. Du côté tant des médecins que des bénéficiaires, laissons, je vous en prie, les partenaires agir et travailler dans la sérénité et la confiance que nous leur devons. Ils ont tous fait preuve de maturité dans ce domaine et il n'y a aucune raison de remettre en cause cette confiance.

M. Adrien Zeller. Et le Parlement ?

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Le Parlement a tout son rôle à jouer sur un texte qui est la transcription législative du texte des partenaires sociaux. Par la procédure des amendements, il a tout loisir d'améliorer ce texte, et nous serons ouverts à la discussion.

Plusieurs intervenants ont posé des questions intéressantes sur les charges indues.

Le Gouvernement, très conscient de ce problème, a mis en place, en accord avec la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, un groupe de travail composé d'experts et chargé de faire la clarification des comptes. Monsieur Debré, quand bien même serions-nous parvenus à opérer, comme nous le souhaitons, une réelle clarification des charges entre l'Etat et l'assurance-maladie, suffirait-elle à établir d'une façon définitive la régulation de la croissance des dépenses médicales ? Autant il est nécessaire d'établir les charges respectives des uns et des autres, autant il est nécessaire de se pencher sur la régulation. Ce sont deux problèmes différents.

M. Debré a dénoncé le rationnement des soins. Protéger les Français et la sécurité sociale ? Je trouve que M. Debré fait une dérive dangereuse vers les valeurs de gauche. On peut aussi s'en réjouir ! *(Sourires sur les bancs du groupe socialiste.)*

M. Jean-Yves Chamard. C'est vous qui avez dit « dangereuse », monsieur le ministre ! *(Sourires.)*

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Je tiens à rappeler quelques chiffres afin que les choses soient claires. Un million d'emplois représente non pas 80 ou 85 milliards de francs de cotisations sociales, mais 40 milliards, dont 20 pour la maladie. Vous n'êtes peut-être pas à un milliard près ! Mais un milliard c'est tout de même un milliard !

Au demeurant, M. Debré est très au courant des lettres que je reçois, je le remercie de sa collaboration.

J'ai trouvé les constats de M. Vittrant excellents. Pour l'essentiel, les questions qu'il a posées - dois-je le rappeler ? - l'avaient été aussi dans les Etats généraux de la sécurité sociale qui se sont tenus sous le gouvernement de M. Chirac. J'y vois une différence : alors que la baleine avait alors accouché d'une souris, le gouvernement auquel j'ai l'honneur de participer ne se contente pas de constater, il agit.

M. Adrien Zeller. Notamment sur le problème de la vieillissement !

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Nous verrons bien les conclusions qui pourront en être tirées.

M. Bernard Pons. Vous ne tarderez pas à le savoir !

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. J'aime assez les interruptions : même caricaturales, elles sont significatives et elles dissimulent parfois une pensée solide.

Monsieur Zeller, quand on achète un chat noir dans un sac, on prend, c'est vrai, un petit risque, mais si on ne s'y résout pas, on n'a aucune chance d'avoir un chat !

Je fais le pari, et j'y crois beaucoup, du sens des responsabilités des partenaires sociaux. Je ne crois pas impossible la maîtrise des dépenses de santé, et pour tout dire, je préfère, avec audace, leur faire confiance.

Monsieur Bartolone et monsieur Bohbot, vous avez rappelé l'importance de l'accord conclu en octobre 1991 d'une façon quasi unanime entre les syndicats, le patronat et les syndicats de médecins. Le même résultat a été obtenu pour notre projet de loi : les mêmes signataires ont donné leur accord. Seule la Confédération générale du travail ne l'a pas avalisé. Sauf à considérer que les partenaires sociaux ne représentent rien, pas plus d'ailleurs que la CSMF, on ne peut tout de même nier l'intérêt et la portée d'une telle démarche. Il était bon - et je vous en remercie tous les deux - de rappeler cette vérité qui a parfois été un peu oubliée ce soir : nous sommes là, et la représentation nationale en a le devoir, pour opérer la transcription législative de cet accord.

Mesdames, messieurs les députés, je tiens d'abord à vous remercier de la bonne tenue de cette discussion. Même si elle a parfois été un peu vive, elle a été, pour moi, enrichissante.

Permettez-moi ensuite de vous rappeler où nous en sommes. Après avoir modernisé la gestion de l'hôpital, nous avons, par la loi ou l'accord, consacré la maîtrise négociée des dépenses dans toutes les professions ou presque : accord avec les cliniques privées, avec les biologistes, les ambulanciers et les infirmières et, aujourd'hui, avec les médecins. Le Parlement a pris une part active à cette construction sans précédent. J'espère qu'il continuera à le faire.

Il est clair que la mise en place du volet relatif aux médecins est une question des plus sensibles. Nous n'y renoncerons pas pour autant. Il revient maintenant à chacun de se déterminer et de répondre clairement à ces questions dont le pays sera informé : oui ou non au principe de la maîtrise négociée et médicalisée ? Oui ou non à l'accord conclu entre les partenaires ? Oui ou non au lancement rapide de cette dynamique ? Oui ou non à une nouvelle période d'incertitude ?

Certains ne comprendront peut-être pas la confiance que je vais vous faire. A l'issue de ce débat, et en dépit du rite qui a cours dans cette maison et des circonstances dans lesquelles se déroule la discussion, je crois percevoir, derrière les paroles prononcées, de réelles convergences.

M. Gilbert Millet. Eh oui !

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Je vois aussi, au-delà des abus de langage, la bonne volonté et le désir de conserver un système de protection sociale qui a fait ses preuves.

J'espère que ces impressions se confirmeront dans la suite de nos débats. *(Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.)*

M. Gilbert Millet. Je suis ravi, monsieur le ministre, de vous voir très clair et très perspicace.

2

MODIFICATION DE L'ORDRE DU JOUR PRIORITAIRE

M. le président. Il résulte d'une lettre de M. le secrétaire d'Etat aux relations avec le Parlement que l'ordre du jour prioritaire de demain, vendredi 5 juin, est ainsi modifié :

A neuf heures trente, après les questions orales sans débat et la proposition de résolution tendant à la création d'une commission d'enquête sur le paysage audiovisuel français :

Deuxième lecture :

Du projet sur la modernisation des entreprises coopératives ;

Du projet sur le code de la propriété intellectuelle.

A quinze heures et éventuellement vingt et une heures trente :

Suite du projet sur les relations entre les médecins et l'assurance maladie.

Suite de l'ordre du jour du matin.

3

MÉDECINS ET ASSURANCE MALADIE

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

M. le président. Nous reprenons la suite de la discussion, après déclaration d'urgence, du projet de loi relatif aux relations entre les médecins et l'assurance maladie.

Motion de renvoi en commission

M. le président. J'ai reçu de M. Bernard Pons et des membres du groupe du Rassemblement pour la République une motion de renvoi en commission, déposée en vertu de l'article 91, alinéa 6, du règlement.

La parole est à M. Jean-Yves Chamard.

M. Jean-Yves Chamard. Monsieur le ministre, en urgence, le Gouvernement nous demande d'examiner un texte qui modifie profondément l'organisation du système de santé. Vous avez vous-même parlé, à propos de ce projet de loi, de révolution. Il y a urgence, dites-vous. Pourquoi ? Sur ce texte très important, comment la commission a-t-elle pu travailler ?

Il s'agit, en fait, d'urgence financière car, je l'ai déjà fait remarquer, vous ne parlez pas de la santé des Français mais exclusivement des dépenses de santé et de l'assurance maladie.

Alors, parlons argent, et plus particulièrement, de la situation financière de la sécurité sociale.

Au fait, monsieur le ministre, n'est-ce pas au mois de juin que se réunit la commission des comptes de la sécurité sociale ? J'ai cru lire dans la presse que vous n'aviez pas encore fourni à M. Marmot, son rapporteur, les éléments qui lui sont nécessaires pour établir le document qui sera présenté à la commission. Comment se fait-il, alors, que vous nous demandiez de débattre en urgence sans que nous disposions de ces éléments et sans même que la date de la réunion de la commission ait été fixée ? (*Applaudissements sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, Union pour la démocratie française et de l'Union du centre.*)

Serait-ce qu'après avoir chanté tout l'été le refrain selon lequel, en 1992, les comptes de la sécurité sociale seraient équilibrés, il y aurait quelque mauvaise nouvelle que vous préféreriez ne rendre publique qu'aux alentours du 15 août ? J'aimerais que, dans la suite du débat, vous nous annonciez la date à laquelle vous comptez réunir cette très importante commission qui peut éclairer l'ensemble des Français, et notamment la représentation nationale, sur la situation réelle de la sécurité sociale.

Quel est le déficit prévisionnel de la sécurité sociale pour 1992 ? Votre prédécesseur nous avait dit : entre zéro et 3 milliards de francs. On parle de 10 milliards aujourd'hui ! Mais avant même de prendre en compte cette somme, il faut compter avec les déficits cumulés de 1991 et des années précédentes. Jamais vous n'en parlez et pourtant vous le savez - mais les Français, eux, le savent-ils ? - ils s'élèvent à 25 milliards de francs auxquels vont s'ajouter ces dix milliards. Comment allez-vous financer cette somme ? Car vous ne la laisserez pas, je pense, en héritage au futur gouvernement, quel qu'il soit, qui viendra après les élections législatives. Ce serait tellement scandaleux que je n'ose même pas penser que cette idée ait pu vous effleurer !

Et surtout, monsieur le ministre, le mélange des trésoreries, ça suffit !

Examinons chacun des régimes. La branche famille est très excédentaire puisqu'elle présentera une dizaine de milliards d'excédents l'année prochaine. Y a-t-il une politique fami-

liale ? On le saurait ! Fait-on quelque chose pour la naissance du troisième enfant ? (*Exclamations sur les bancs du groupe communiste.*)

Mme Muguette Jacquaint. Avant d'en avoir trois, il faut en avoir un !

M. Jean-Yves Chamard. Vos prédécesseurs ont supprimé les mesures qu'à juste titre, les gouvernements libéraux avaient prises à cet égard.

Parlons de l'assurance maladie. Les derniers comptes connus, présentés par la commission il y a six mois, annonçaient qu'en 1992, les comptes seraient excédentaires et qu'ils seraient équilibrés en 1993. La raison en est connue, c'est l'augmentation de 0,9 p. 100 au 1^{er} janvier 1991 des cotisations.

Alors, d'où vient le déficit ? Vous le savez d'autant mieux, monsieur le ministre, que vous avez rédigé un excellent rapport à ce sujet pour le X^e Plan : il provient de la branche vieillesse. Le déficit cumulé au cours des quinze dernières années, depuis la séparation théorique des branches, se monte à près de 100 milliards de francs. Personne n'imagine d'ailleurs qu'il sera jamais possible de restituer ces 100 milliards, d'abord à la branche famille mais aussi aux autres dont celle des accidents du travail - un récent arrêt du Conseil d'Etat a mis les choses au point sur cette affaire. Mais qu'en sera-t-il pour les trois ans qui viennent ? En 1992, le déficit de l'assurance vieillesse devrait atteindre 20 milliards, en 1993, 26 milliards. En trois ans, c'est donc environ 75 milliards de francs de déficit que va accumuler la branche vieillesse.

Y a-t-il pour autant urgence à traiter de la vieillesse ?

M. Bernard Pons. Mais non !

M. Jean-Yves Chamard. Mais non, en effet, monsieur le ministre. Ce n'est pas moi qui le dis, c'est vous, au « Grand jury RTL-Le Monde ». Mais vous écriviez déjà, lorsque vous étiez rapporteur de la commission du Plan sur les problèmes de protection sociale, qu'il y avait urgence à traiter le problème de l'assurance vieillesse sinon le régime imploserait. Vous aviez même fait des propositions, d'ailleurs reprises pour partie dans le Livre blanc.

Et aujourd'hui il n'y aurait plus de problème ? Alors que le déficit se creuse de façon exceptionnellement lourde, 75 milliards en trois ans, rien ne presse, dites-vous. Il est vrai qu'un mercredi après-midi, alors que vous veniez d'être nommé, vous répondiez à un de nos collègues qui vous interroge sur les retraites : je ferai des propositions au mois de mai. C'est au *Journal officiel*. Nous sommes en juin. Nous n'aurons rien entendu sinon que vous souhaitiez distinguer le contributif du non contributif.

Alors, soyons clairs. Depuis longtemps, chacun a fait ses calculs. Le rapport Brunhes, l'un des nombreux rapports sur le sujet, avait parlé de 15 milliards de francs ; la commission des sages de 60 milliards. Tout dépend de ce que l'on met dedans. Quel financement proposerez-vous pour ce que vous entendez prendre en charge au titre de la solidarité et non plus au titre de l'assurance vieillesse ? Autrement dit, ces 15 milliards - puisque c'est le chiffre qui circule sous le manteau - qui les paiera et comment ? Personne ne le sait. Il faut laisser du temps au temps avez-vous dit. Non, ce n'est pas vous mais vous l'avez pensé bien fort, vous qui êtes si proche de celui qui l'a dit !

Alors, s'il est possible de laisser du temps au temps pour l'assurance vieillesse, expliquez-nous pourquoi c'est impossible pour l'assurance maladie ! Non pas que je considère que l'assurance maladie ne connaisse pas de problèmes mais je tiens à dénoncer le fait qu'aujourd'hui, vous tourniez le dos à tout ce que vous avez déclaré avant d'être ministre à propos de l'assurance vieillesse.

Nous ne vous laisserons pas, monsieur le ministre, endormir les Français. D'ailleurs, ils ne se laisseraient pas faire : quand on leur demande quels sont les trois plus grands problèmes à l'horizon 2000, ils répondent premièrement, l'environnement, deuxièmement, l'éducation, troisièmement, la protection sociale. Ils sont bien conscients que quand vous leur dites qu'en matière de retraites, rien ne presse, vous leur mentez, et vous n'avez pas le droit de le faire !

Venons-en au système de santé. Qu'auraient dû faire la commission et le Parlement avant de tenir le débat qui nous occupe ce soir.

Tout d'abord, se livrer à un examen critique des systèmes étrangers. Un intéressant document préparatoire a été réalisé et nous a été remis mais n'a donné lieu à aucune discussion ni en commission ni dans l'hémicycle, alors que M. Bianco s'y était engagé. Une discussion nous aurait pourtant permis de découvrir nos différences avec les pays étrangers ainsi que les causes de ces différences.

La première de ces causes réside dans les dépenses hospitalières qui représentent, en France, 48 p. 100 environ des dépenses de santé et, en Allemagne, beaucoup moins. Les raisons en sont multiples et méritent un vrai débat.

C'est tout d'abord l'inadaptation de notre système d'enveloppe globale : insuffisant pour les établissements les plus dynamiques, il maintient artificiellement sous perfusion des établissements qui depuis longtemps auraient dû se reconverter, notamment dans l'accueil des personnes âgées dépendantes.

Le président du conseil d'administration de l'hôpital de Nevers est-il un si mauvais président ? Cet hôpital, vous le savez, est en grande difficulté et en dépit d'une enveloppe supplémentaire, se trouve à nouveau en rupture de paiement. Peut-être M. Bérégovoy ne sait-il pas gérer son hôpital ? Après tout, il a aussi accumulé les déficits dans le budget du pays ! (*Protestations sur les bancs du groupe socialiste.*) Peut-être est-ce à cause de l'enveloppe globale ? C'est sans doute un peu les deux. En tout cas, le système de financement de l'hôpital public par enveloppe globale n'est pas la bonne méthode.

Pourquoi, monsieur le ministre, le PMSI, introduit il y a bientôt dix ans par M. de Kervadougé lorsqu'il était directeur des hôpitaux, en est-il encore au stade des balbutiements ? Il a fallu attendre 1990 pour que M. Durieux nous annonce pour la première fois qu'un crédit allait venir favoriser l'implantation du PMSI. Savez-vous combien de personnes travaillent dans votre ministère sur ce dossier ? Je pourrais vous le dire car je les ai rencontrées. Ce sont des hommes de qualité, mais en quantité dramatiquement insuffisante.

Quel retour d'informations reçoivent les médecins et le personnel d'encadrement des hôpitaux lorsqu'ils alimentent le PMSI ?

Comment sont choisis les directeurs de l'informatique et de la médicalisation - les DIM - dans les hôpitaux ? Grâce à mon expérience personnelle de président d'un conseil d'administration, je pourrais vous expliquer - mais je ne le ferai pas de cette tribune...

M. Bernard Pons. Il faut le faire ! Il faut informer le ministre !

M. Jean-Yves Chamard. ... car je ne veux pas mettre en cause directement celui auquel je pense - selon quels critères a été choisie, et finalement remerciée grâce à mon intervention, cette personne. Elle fut nommée non pas pour sa compétence au regard du poste proposé, mais à cause de son incompétence dans un autre poste où on ne voulait plus la garder ! (*Protestations sur les bancs du groupe socialiste. - Applaudissements sur les bancs des groupes du Rassemblement pour la République, Union pour la démocratie française et de l'Union du centre.*)

Pour ce qui est de la tarification par pathologies dans les cliniques privées, c'est après plusieurs mois de conflits entre la direction des hôpitaux et la direction de la CNAM, que, il y a quelques jours enfin, vous signiez les documents permettant de rémunérer les cliniques qui décident de se lancer dans l'expérience. C'est donc avec plusieurs mois de retard que commence l'expérience que votre prédécesseur avait promise du haut de cette tribune au plus tôt pour l'été 1991 et au plus tard pour janvier 1992.

Voilà des sujets majeurs dont la commission des affaires sociales aurait dû débattre, ce qu'elle n'a pu faire, pressée par l'urgence que vous lui imposez.

Mais il en est un autre, c'est la démographie des professions de santé.

M. Bernard Pons. Bien sûr !

M. Jean-Yves Chamard. Pourquoi le Gouvernement, pourquoi les gouvernements socialistes ont-ils attendu l'an dernier pour réduire de 4 000 à 3 750 le nombre des étudiants admis en deuxième année de médecine ? J'espère que vous le réduirez à 3 500, comme convenu, à la rentrée prochaine. Nous savons que les doyens des facultés de médecine sont hostiles à cette mesure.

Mais, ainsi que je l'avais indiqué à votre prédécesseur, nous l'approuvons. Et même, nous la demandons. Aussi, nous vous engageons à réduire ce nombre à 3 500, et nous dénoncerions votre coupable refus de franchir l'obstacle si vous ne teniez pas l'engagement pris par M. Bianco.

Par ailleurs, de quels documents prévisionnels disposons-nous sur les besoins en formation ? L'ordre des médecins et la CNAM publient des études. Pour le reste, rien ! Du moins à ma connaissance !

M. Bernard Pons. Eh non !

M. Jean-Yves Chamard. Je prendrai l'exemple de la biologie. Compte tenu de l'importance croissante des équipements, une concentration interviendra progressivement. Evitons qu'elle ne se fasse dans le désordre et qu'elle n'entraîne une disparition de la biologie de proximité !

M. Gilbert Millet. C'est pourtant ce qui se passe !

M. Jean-Yves Chamard. Il faut, disais-je, contrôler le flux des entrées dans la profession. Quels éléments de réflexion le Gouvernement peut-il mettre à notre disposition ? On risque, un beau matin, de se dire : « Eh oui, on aurait dû le faire il y a trois, cinq ou dix ans ! »

Ce sont là, monsieur le ministre, des questions fondamentales. Vous avez déclaré tout à l'heure que des colloques avaient traité de ceci ou de cela. Je trouve assez singulier que vous confondiez - mais il est vrai que vous n'êtes pas ministre depuis très longtemps - un débat devant la représentation nationale avec un colloque. Une telle confusion est inadmissible.

Le second exemple que je citerai à propos de la « démographie » des professions de santé concerne les transports sanitaires. Nous en avons débattu l'an dernier, mais aucune mesure n'a été prise, et l'on a constaté une inflation d'offres - ce qui se traduit généralement par une augmentation de la dépense.

Soyons clairs : si l'on ne parvient pas à maîtriser la démographie des professions de santé, toute optimisation médicalisée des dépenses se traduira inéluctablement par une baisse de pouvoir d'achat.

Ces exemples prouvent qu'il est indispensable de connaître ces éléments pour avoir un débat de fond.

Or nous n'avons pas discuté de tout cela.

M. Bernard Pons. Eh non !

M. Jean-Yves Chamard. La commission n'a auditionné personne : ni les représentants des syndicats médicaux, qui auraient pourtant eu des choses à nous dire,...

M. Bernard Pons. Certes !

M. Jean-Yves Chamard. ...ni les représentants des caisses d'assurance maladie, ni les experts, qui s'expriment parfois dans des « colloques ».

Si l'on souhaite s'informer de ces questions, on est contraint d'assister à ces colloques, tel celui - auquel je participais hier - organisé par le syndicat de l'industrie pharmaceutique, de haut niveau d'ailleurs, sur les problèmes d'optimisation en France et à l'étranger. Dans quinze jours, les radiologues organiseront également un large débat sur ce sujet. C'est quand même fou que les députés soient obligés de se rendre à l'invitation des professionnels pour entendre évoquer ces problèmes, alors que nous n'en débattons jamais dans l'hémicycle ou en commission !

Ainsi que l'a fort bien observé Adrien Zeller, aucun Parlement n'accepterait de discuter de questions aussi fondamentales dans la précipitation que vous nous imposez - car c'est, en fait, le Gouvernement qui fixe l'ordre du jour de nos séances. Nous vous avons auditionné en commission sans même disposer du projet de loi. Il n'était pas encore imprimé par l'Assemblée ! Nous avons dû regarder à la hâte les amendements, mais nous n'avons pas eu le temps de faire quoi que ce soit d'autre.

M. Bernard Pons. C'est comme pour Maastricht ! Exactement pareil !

M. Jean-Yves Chamard. Il faut renvoyer le texte en commission, pour lui permettre de débattre de ces importantes questions dans le calme et dans la sérénité. Mieux informés, nous pourrions alors adopter, en séance publique, une position claire et l'exposer à l'ensemble des professions et au Gouvernement, en indiquant quelles sont selon nous les

bonnes solutions et comment il nous semble possible d'assurer la prédominance de l'optimisation médicalisée que j'ai évoquée. (*Applaudissements sur les bancs des groupes du Rassemblement pour la République, Union pour la démocratie française et de l'Union du centre.*)

(*M. Claude Bartolone remplace M. Pascal Clément au fauteuil de la présidence.*)

PRÉSIDENCE DE M. CLAUDE BARTOLONE,

vice-président

M. le président. Nous en venons aux explications de vote sur la motion de renvoi en commission.

La parole est à M. David Bohbot.

M. David Bohbot. Je n'ai pas perçu, dans les propos de M. Chamard, de raisons qui justifient le renvoi de ce texte en commission. (*Exclamations sur les bancs des groupes du Rassemblement pour la République, Union pour la démocratie française et de l'Union du centre.*)

M. Bernard Pons. Pourtant !

M. David Bohbot. Celle-ci a siégé à plusieurs reprises, nous nous sommes réunis,...

M. Adrien Zeller. Vous ne savez pas ce qu'est un travail parlementaire !

M. David Bohbot. ... nous avons, pour ce qui nous concerne en tout cas, eu l'occasion d'auditionner un certain nombre de partenaires.

M. Jean-Pierre Foucher et M. Jean-Yves Chamard. Pas en commission !

M. David Bohbot. Pas forcément en commission ! (*Vives exclamations sur les bancs des groupes du Rassemblement pour la République, Union pour la démocratie française et de l'Union du centre.*)

M. Philippe Legras. Rue de Solferino, sans doute !

M. Jean-Yves Chamard. Il ne faut pas confondre « travail de commission » avec « travail politique » !

M. le président. Mes chers collègues, laissez M. Bohbot poursuivre son intervention !

M. Bernard Pons. Nous sommes là pour parler, monsieur le président ! C'est le « Parlement » !

M. le président. Vous n'êtes pas là pour interrompre l'orateur !

M. David Bohbot. Quoi qu'il en soit, chacun a pu organiser les auditions et discuter avec les partenaires.

M. Philippe Legras. Tous les « courants » ont été consultés ?

M. David Bohbot. Honnêtement - à moins qu'il ne s'agisse d'une petite manœuvre politicienne - je ne vois pas l'intérêt d'un renvoi en commission. En tout cas, nous ne le souhaitons pas et nous ne voterons pas la motion.

M. le président. La parole est à M. Christian Cabal.

M. Christian Cabal. Je formulerai trois observations.

Première observation : voilà trop d'années qu'on essaie d'imposer à notre système de santé une logique uniquement comptable. Certes, l'aspect financier a son importance, mais il ne doit pas être contraignant pour les médecins. Ceux-ci n'ont plus l'oreille sur le stéthoscope ; ils ont à l'oreille des récriminations permanentes sur les dépenses engagées, alors même que c'est une nécessité impérative de soigner les hommes et les femmes de ce pays.

Cette logique comptable a d'abord été mise en place dans les hôpitaux avec le budget global, puis, comme l'a noté M. Chamard, progressivement étendue ces derniers mois à d'autres professions de santé : infirmières, laboratoires, ambulanciers, cliniques privées. Mais, si l'on peut concevoir une certaine logique comptable dans ces secteurs, où l'évolution des dépenses est grevée par des coûts globaux - tenant, par exemple, au nombre de lits et aux caractéristiques de ceux-ci, que ce soit dans les hôpitaux publics ou dans les cliniques privées - et n'est pas forcément en rapport avec

celle des pathologies, il n'en va pas de même pour la médecine ambulatoire, où les variations sont considérables d'un individu à l'autre et d'une année sur l'autre.

Alors que l'évolution des dépenses d'hospitalisation est assez régulière, donc prévisible et facile à encadrer, tel n'est pas le cas des dépenses de médecine ambulatoire. Vouloir fixer un taux - quelles que soient les modalités de sa définition ou de son aménagement - dans une perspective strictement comptable me paraît, ainsi qu'à la plupart de mes confrères, tout à fait irréaliste.

M. Bernard Pons. De plus, c'est une comptabilité qui ne prend en considération que les dépenses et pas les recettes !

M. Christian Cabal. Bien entendu, monsieur Pons !

Deuxième observation : pourquoi, monsieur le ministre, n'envisager régulièrement qu'une partie du problème ? Nous sommes conscients qu'une maîtrise des dépenses de santé doit être étudiée et mise en œuvre, dans le cadre d'une concertation, mais il faut considérer l'ensemble des dépenses de santé. Ainsi que l'a noté Bernard Debré, c'est certainement dans la masse des dépenses du secteur hospitalier que les aménagements nécessaires pourraient être effectués avec le moins de douleur. On a parlé du nombre de lits « actifs » comme source d'économies potentielles, mais on a aussi souligné la nécessité de renforcer certains secteurs hospitaliers de moyen et de long séjour. Il me semble que l'effort devrait essentiellement porter sur les structures hospitalières, l'aspect ambulatoire permettant de retarder quelque peu les échéances.

Ma troisième observation a trait au travail parlementaire. D'une part, nous n'avons pas pu jouer pleinement notre rôle, en raison notamment de la précipitation dans laquelle nous avons travaillé. D'autre part, alors que nous devons traduire dans la loi les dispositions du fameux avenant, les travaux en commission ont fait apparaître des divergences sur la lecture de ce texte et nous n'avons pas pu être éclairés, même au prix des « discussions individuelles » que nous avons eues, les uns et les autres. Car, c'est vrai, monsieur Bohbot, il y a eu des discussions individuelles, mais pas de véritable débat en commission qui permette aux commissaires de tous les partis d'auditionner en même temps les différents partenaires, lesquels, du reste, ne portent pas la même appréciation sur le texte qu'ils ont rédigé. C'est dire que le travail parlementaire a été insuffisant et n'a pas correspondu à ce que veut la tradition. Et je ne reviendrai pas sur les divergences d'appréciation, voire les oppositions totales qui sont apparues.

Dans ces conditions, une conclusion s'impose : la commission doit recueillir l'avis des partenaires, ce qui n'a pas été le cas.

Le projet doit donc être renvoyé en commission, ne serait-ce, monsieur le ministre, que pour répondre à vos trois questions. Faut-il, oui ou non, une maîtrise des dépenses de santé ? Certes, à condition qu'elle soit négociée, et non pas imposée - ce qui semble malheureusement le cas. Faut-il approuver l'accord voulu par les partenaires ? Oui s'il est effectivement voulu par les partenaires ! Non si tel n'est pas le cas ! Faut-il prendre des mesures ou entrer dans une nouvelle période d'incertitude ? Pour entrer dans une période de certitude, encore faut-il prendre des mesures justes. (*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 mets aux voix la motion de renvoi en commission présentée par M. Bernard Pons et les membres du groupe du Rassemblement pour la République.

Je suis saisi par le groupe du Rassemblement pour la République et par le groupe socialiste 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	545
Majorité absolue	273
Pour l'adoption	267
Contre	278

L'Assemblée nationale n'a pas adopté.

Discussion des articles

M. le président. La motion de renvoi en commission étant rejetée, le passage à la discussion des articles du projet de loi dans le texte du Gouvernement est de droit.

Je rappelle qu'à partir de maintenant peuvent seuls être déposés les amendements répondant aux conditions prévues aux alinéas 4 et suivants de l'article 99 du règlement.

La parole est à M. Jean-Yves Chamard.

M. Jean-Yves Chamard. Au nom du groupe du Rassemblement pour la République, je demande une suspension de séance de dix minutes.

Suspension et reprise de la séance

M. le président. La séance est suspendue.

(La séance, suspendue le vendredi 5 juin à zéro heure trente, est reprise à zéro heure quarante.)

M. le président. La séance est reprise.

Article 1^{er}

M. le président. « Art. 1^{er}. - Il est inséré dans le code de la sécurité sociale, après l'article L. 162-1, un article L. 162-1-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-1-1. - Chaque année, le taux d'évolution global des dépenses visées aux articles L. 321-1, L. 331-2 et L. 431-1 et présentées au remboursement des régimes d'assurance maladie est fixé par un accord conclu entre les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé et la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie visée à l'article L. 162-7. »

Je suis saisi de trois amendements identiques, nos 19, 49 et 113.

L'amendement n° 19 est présenté par M. Jacquat et M. Gantier ; l'amendement n° 49 est présenté par M. Millet et les membres du groupe communiste et apparenté ; l'amendement n° 113 est présenté par M. Chamard et les membres du groupe du Rassemblement pour la République.

Ces amendements sont ainsi rédigés :

« Supprimer l'article 1^{er}. »

La parole est à M. Gilbert Gantier, pour soutenir l'amendement n° 19.

M. Gilbert Gantier. J'ai déjà exposé dans la discussion générale les raisons fondamentales pour lesquelles cet article 1^{er} ne nous paraît pas acceptable.

En effet, cet article précise que, chaque année, le taux d'évolution globale des dépenses dont il s'agit et « présentées au remboursement » est fixé par un accord conclu entre les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé et, notamment, la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Le taux d'évolution sera donc fixé d'une manière tout à fait autoritaire. Cela traduit un dirigisme inacceptable, qui va à l'encontre de notre conception de la protection sociale.

En conséquence, nous proposons de supprimer l'article 1^{er}. Au nom du groupe Union pour la démocratie française, je demande que l'Assemblée se prononce par scrutin public.

M. le président. La parole est à M. Gilbert Millet, pour soutenir l'amendement n° 49.

M. Gilbert Millet. Monsieur le président, je voudrais au préalable dire mon étonnement, et mon désaccord, devant certains propos que j'ai entendus. Leurs auteurs ont fait un amalgame en divisant les dépenses globales à la charge de la sécurité sociale par le nombre de Français concernés. Ainsi calculée, la dépense par Français serait, nous dit-on, de 19 000 francs. Je considère que ce raccourci est très abusif.

En effet, de nombreuses dépenses sont fixes et elles sont effectuées pour l'ensemble de la collectivité, ce qui est une bonne chose car cela assure la vitalité de notre système de santé. Et chacun sait bien ici que les dépenses maximales de santé sont celles du quatrième âge, c'est-à-dire des dix dernières années de la vie. On ne peut que s'en féliciter, dans la mesure où ce sont les progrès de la connaissance et de la technique ainsi que la prise en charge des dépenses qui ont permis à la population de vivre de plus en plus longtemps. Il est vrai que cela coûte cher, mais il faut savoir ce que l'on veut ! En ce qui nous concerne, nous pensons que cela va dans le sens du progrès.

Par ailleurs, on le sait bien, il existe des inégalités dans les dépenses, qui frappent ceux qui sont atteints de maladies graves ou incurables.

Le raccourci que j'ai entendu tout à l'heure est une falsification. Il est de plus culpabilisant, et l'on ne peut pas, au nom d'un tel raisonnement, mettre en place un système qui va concrètement limiter l'accès aux soins par le biais d'un quadrillage des médecins prescripteurs.

Quant à l'article 1^{er}, il prévoit que les taux d'évolution globale des dépenses de santé seront fixés par un accord entre le Gouvernement et la CNAM : c'est la clé de voûte du système. C'est à partir de là que seront définis par la suite, certes dans la concertation, les contrats d'objectif d'évolution vers le bas concernant les pratiques de proximité. Cela signifie que la liberté de ceux qui, au bas de l'échelle, pourront établir leurs contrats d'objectif ne sera pas véritable car elle dépendra d'impératifs qui auront été décidés en haut et sans qu'ait été engagée une concertation avec les professionnels de la santé, c'est-à-dire par le Gouvernement et la Caisse nationale d'assurance maladie.

C'est en fonction des taux d'évolution que seront plafonnées les dépenses remboursables, qui seront donc rationnées.

Je parle bien de dépenses « remboursables » car - et je suis d'accord avec ce que certains ont pu dire ici, mais peut-être pas assez vivement, - personne ne songe à rationner ou à diminuer les dépenses de santé. L'objectif de la politique européenne décidée pour la santé est la compression des dépenses sociales, c'est-à-dire des dépenses remboursables, pour ouvrir le champ à la financiarisation.

Le présent projet s'inscrit tout à fait dans cette logique, qui est celle de Maastricht. Nous pensons que c'est grave car le système de santé de notre pays présentait un caractère original en Europe, dans la mesure où le recours à la convention conciliait une pratique historiquement libérale, fondée sur un certain nombre de grandes valeurs de liberté, qui appartiennent autant au malade qu'au médecin, et des démarches de progrès de la sécurité sociale, même si celles-ci ont été quelque peu détournées de leur objet au fil du temps.

L'application de l'article 1^{er} débouchera sur une perversion, sur un renversement total de l'esprit conventionnel. C'en sera donc fini de l'élément de progrès que contenait la convention à son avènement. Celle-ci deviendra un outil d'encadrement de l'accès aux soins. C'est très regrettable.

Nous demandons, nous aussi, un scrutin public.

M. le président. La parole est à M. Jean-Yves Chamard, pour défendre l'amendement n° 113.

M. Jean-Yves Chamard. L'article 1^{er} prévoit la fixation d'une enveloppe globale et à ce sujet, monsieur le ministre, je voudrais que les choses soient claires entre nous.

Vous avez déclaré, du haut de la tribune de l'Assemblée nationale, que, pour vous, il ne s'agissait pas d'une enveloppe globale et que vous preniez l'engagement de faire ceci ou cela. Mais vous n'êtes pas au-dessus de la loi !

Si un jour un conflit survient et qu'un juge doit trancher, il regardera ce qui est écrit dans la loi. Et, si le texte de la loi est clair - c'est le cas de votre projet - il appliquera cette loi, quelles qu'aient été par ailleurs vos propres déclarations ou les intentions des partenaires conventionnels.

Les dispositions de l'article 1^{er} signifient bien que l'on multipliera les dépenses de l'année $n-1$ par un taux d'augmentation. Nous sommes donc bien dans le cadre d'une enveloppe globale !

Pour moi, pour le groupe du RPR comme, je crois pouvoir le dire, pour toute l'opposition, il existe une différence fondamentale entre enveloppe globale et optimisation médicalisée, et je vais vous dire en quoi.

Lorsqu'une conférence de consensus s'est réunie et a reconnu qu'il fallait, par exemple, trois échographies par grossesse - pour reprendre un exemple que j'ai déjà cité - qu'a-t-elle cherché ? A dégager le meilleur rapport entre l'efficacité thérapeutique et le coût, c'est-à-dire à marier l'éthique et le médical.

Si, pour des raisons d'enveloppe globale, on en venait à considérer un jour qu'il n'est plus possible de rembourser trois échographies par grossesse, faudrait-il tomber à 2,5 ou 2,7 ? Autrement dit, les décisions, par le biais des conférences de consensus, devraient-elles être prises uniquement à travers une vision économique ou grâce à un mariage entre l'efficacité thérapeutique et le prix ? Evidemment, ce qui importe c'est la bonne adéquation entre l'efficacité thérapeutique et le coût, et là, on ne peut pas se fonder sur une masse financière prédéterminée.

D'ailleurs, monsieur le ministre, vous pouvez vous reporter à ce qu'ont déclaré tant le président Beaupère que le président Mallet en présentant les résultats de leurs longs travaux : « Pas d'enveloppe globale ! » ont-ils dit. Et vous aussi, vous l'avez dit ! Il faut accorder vos déclarations et le texte de la loi.

Voilà pourquoi il faut supprimer, tel qu'il est rédigé actuellement, l'article 1^{er}, sur lequel j'ai demandé un scrutin public.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces trois amendements identiques ?

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. La commission les a rejetés. Donner une traduction législative d'un tel exercice ne saurait se faire dans l'abstraction, sans le moindre calage sur une quelconque orientation impliquant l'Etat. Les négociations contractuelles ne peuvent partir dans n'importe quelle direction.

L'accord entre l'Etat et les caisses de 1991 a explicitement prévu le dispositif : il s'agit simplement de donner un fondement législatif à ce dernier. Se priver de ce fondement, cela signifierait que l'on ne veut pas voir mettre en application le reste de l'exercice.

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

APPLICATION DE L'ARTICLE 44, ALINÉA 3,
DE LA CONSTITUTION

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Monsieur le président, mesdames, messieurs les députés, en application de l'article 44, alinéa 3, de la Constitution, le Gouvernement demande la réserve des votes sur l'ensemble des sous-amendements, des amendements et des articles de ce projet de loi. (*Exclamations sur les bancs des groupes du Rassemblement pour la République, Union pour la démocratie française et de l'Union du centre.*)

M. Gilbert Gantier. Voilà ! C'est plus démocratique comme ça ?

M. Philippe Legras. Est-ce cela le dialogue, la concertation ?

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Le Gouvernement est défavorable aux amendements nos 19, 49 et 113 car ils sont de nature à ne pas permettre aux partenaires sociaux et à l'ensemble des régimes d'assurance maladie de voir concrétisé dans la loi leur accord historique du 25 octobre 1991, signé avec l'Etat. Cet accord consacre à la fois le choix de la maîtrise et celui de l'évolution des dépenses de santé ainsi que l'autonomie de responsabilité des régimes d'assurance maladie.

M. le président. La réserve est de droit.

Le vote sur les amendements identiques nos 19, 49 et 113 est réservé.

Je suis saisi de quatre amendements, nos 83, 20 corrigé, 1 et 99, pouvant être soumis à une discussion commune.

L'amendement n° 83, présenté par M. Royer, est ainsi rédigé :

« Dans le texte proposé pour l'article L. 162-1-1 du code de la sécurité sociale, supprimer les mots : "visées aux articles L. 321-1, L. 331-2 et L. 431-1 et présentées au remboursement des régimes". »

L'amendement n° 20 corrigé, présenté par M. Jacquat et M. Gilbert Gantier, est ainsi rédigé :

« Dans le texte proposé pour l'article L. 162-1-1 du code de la sécurité sociale, substituer aux mots : "visées aux articles L. 321-1, L. 331-2 et L. 431-1 et présentées au remboursement des", les mots : "prises en charge par les". »

L'amendement n° 1, présenté par M. Sanmarco, rapporteur, M. Loïdi et les commissaires membres du groupe socialiste, est ainsi rédigé :

« Dans le texte proposé pour l'article L. 162-1-1 du code de la sécurité sociale, substituer aux mots : "visées aux articles L. 321-1, L. 331-2 et L. 431-1 et présentée au remboursement des régimes d'assurance maladie", les mots : "présentées au remboursement et entrant dans le champ des régimes d'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et accidents du travail". »

L'amendement n° 99, présenté par MM. Foucher, Jacques Barrot et les membres du groupe de l'Union du centre, est ainsi rédigé :

« Dans le texte proposé pour l'article L. 162-1-1 du code de la sécurité sociale, substituer aux mots : "présentées au remboursement", les mots : "prises en charge par". »

La parole est à M. Jean-Yves Chamard, pour soutenir l'amendement n° 83.

M. Jean-Yves Chamard. Monsieur le président, présent jusqu'à tout à l'heure dans l'hémicycle, notre collègue M. Royer, auteur de cet amendement, a dû regagner Tours et il vous prie de bien vouloir l'excuser.

Comme son amendement est presque identique à celui que va défendre mon collègue Gantier, je laisse à celui-ci, bien entendu, le soin d'explicitier également l'amendement n° 83.

M. le président. La parole est donc à M. Gilbert Gantier, pour soutenir l'amendement n° 20 corrigé.

M. Gilbert Gantier. En fait, cet amendement, que j'ai rédigé avec mon collègue Jacquat, est un peu plus complet que celui de M. Royer qui se borne à supprimer certains mots dans l'article 1^{er} sans les remplacer.

Pratiquement, c'est le problème de l'assiette qui est posé, je l'ai expliqué dans la discussion générale. L'avenant n° 3, signé par un syndicat, a été détourné de son objet parce que les termes en ont été changés. Dans la convention, il était question, en effet, des « les sommes prises en charge par les caisses de sécurité sociale », mais le Gouvernement, dans son projet, a changé ces termes pour les remplacer par « présentées au remboursement ».

Or il est bien évident que l'assiette n'est pas du tout la même dans l'un et l'autre cas. On « présente au remboursement » des sommes totales qui représentent l'ensemble de la dépense. Le ticket modérateur n'est pas soustrait de ces sommes. L'expression « prises en charge » excluait le ticket modérateur.

C'est la raison pour laquelle il nous paraît absolument indispensable - c'est le minimum que je puisse exprimer, et je ne dirai pas honnête - d'en revenir aux termes figurant dans la convention passée par les syndicats médicaux avec le Gouvernement.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 1.

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. Cet amendement est de précision.

Nous avons voulu bien mettre en évidence que le taux global de l'article 1^{er} s'appliquait également aux dépenses des régimes des non-salariés. La référence figurant dans le texte du projet ne vise que le régime des salariés.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Foucher, pour soutenir l'amendement n° 99.

M. Jean-Pierre Foucher. L'article 1^{er} a pour objet de donner en fait une base légale au protocole d'accord entre les caisses et le Gouvernement. Ce protocole s'intitule d'ailleurs « protocole d'orientation pour la maîtrise négociée de l'évolution des dépenses d'assurance maladie. »

N'est-il pas curieux, s'agissant de dépenses, que l'on en vienne à employer l'expression « présentées au remboursement » ? Ce n'est pas du tout la même chose ! Comme vient

de le montrer mon collègue Gantier, l'assiette n'est pas la même selon les cas puisque tout n'est pas systématiquement remboursé. Ou l'on parle de dépenses d'assurance maladie ou de pseudo-dépenses qui pourraient avoir lieu.

Tel qu'il est rédigé, l'article 1^{er} ne concerne pas la mise en œuvre de l'avenant n° 3 de la convention des médecins avec les caisses.

De plus, la formulation fait référence au problème du dépassement des honoraires médicaux, qui ne doivent pas être évoqués dans cet article, mais à l'article 4.

Voilà pourquoi nous demandons de substituer, aux mots « présentées au remboursement », les mots « prises en charge par ».

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur les amendements n°s 83, 20 corrigé et 99 ?

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. L'amendement n° 83 n'a pas été examiné par la commission.

Contrairement à ce que laisse entendre son exposé sommaire, il ne s'agit pas, dans le protocole du 25 octobre 1991, de limiter le champ d'application du taux global aux seules dépenses remboursées par l'assurance maladie. Je m'inscris en faux contre cette assertion et je souhaite donc, à titre personnel, que l'amendement ne soit pas adopté.

Quant à l'amendement n° 20 corrigé, il a pour objet, selon son exposé sommaire, de revenir au contenu de l'avenant n° 3. A l'évidence, il y a quelque confusion. Nous sommes à l'article 1^{er}, pas à l'article 4. Il ne s'agit pas d'appliquer l'avenant, c'est l'inverse. L'articulation n'étant pas juste, la commission a rejeté l'amendement n° 20 corrigé.

L'amendement n° 99 n'a pas été non plus examiné par la commission, mais, là encore, les dispositions combinées des premier et deuxième alinéas du protocole de 1991 conduisent à conclure que le taux global prévu n'est pas limité aux dépenses remboursées. Je ne souhaite pas, à titre personnel, l'adoption de cet amendement.

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

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Le Gouvernement est défavorable aux amendements n°s 83, 20 corrigé et 99, mais il accepte l'amendement n° 1.

M. le président. La parole est à M. Gilbert Gantier.

M. Gilbert Gantier. L'argumentation du rapporteur me paraît étonnante. Je comprends que le Gouvernement accepte l'amendement de la commission qui va dans le sens d'une extension de l'assiette.

En revanche, je ne comprends plus quand la commission et le Gouvernement récusent les amendements qui reviennent à l'avenant n° 3 d'une convention conclue avec les syndicats médicaux.

L'explication de la commission est bien singulière, qui consiste à dire qu'il conviendrait de préciser cela non à l'article 1^{er} mais à l'article 4 ! Tout à l'heure, je croyais avoir suffisamment expliqué qu'il convenait en ces matières de penser à un contrôle juridictionnel sérieux. Or, en cas de contrôle juridictionnel, si quelqu'un allait devant un tribunal pour demander un jugement sur l'application de la convention et de ce texte de loi, le tribunal lirait l'article 1^{er} et examinerait si l'assiette correspond bien exactement aux dépenses « présentées au remboursement ».

C'est écrit en toutes lettres dans la loi dès l'article 1^{er} ! Comment faire autrement, rétorquerait le tribunal ! « J'applique la loi ! » L'argumentation de la commission ne vaut strictement rien. Dès l'article 1^{er}, il faut supprimer cette mention, sinon je serais presque incité à parler de fraude ! Il est très malhonnête de signer une convention avec un syndicat médical pour l'interpréter ensuite à sa manière propre et d'une façon qui en altère totalement l'esprit.

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. Cela n'a rien à voir !

M. le président. Le vote sur les amendements n°s 83, 20 corrigé, 1 et 99 est réservé.

M. Sanmarco, rapporteur, M. Loïdi et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 2, ainsi rédigé :

« Compléter le texte proposé pour l'article L. 162-1-1 du code de la sécurité sociale par la phrase suivante :

« Ce taux tient compte des caractéristiques de la population, du progrès technique et médical, des maladies nouvelles et des conjonctures épidémiques, de la démo-

graphie des professions de santé ainsi que des modes de coordination des différentes interventions dans le système de soins ».

La parole est à M. le rapporteur.

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. Par cet amendement, la commission, a souhaité préciser les paramètres qui vont être pris en compte pour fixer le taux d'évolution global des dépenses d'assurance maladie, conformément, je le répète encore une fois, au protocole d'accord du 25 octobre 1991 - c'est de celui-là que nous parlons, la convention, c'est pour après : il faut bien que la construction se cale sur quelque chose, sinon nous en reviendrions au débat de tout à l'heure.

Bref, il est souhaitable d'inscrire dans la loi les éléments qui doivent conditionner la détermination du taux global.

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

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Cet amendement vise, comme l'a dit le rapporteur, à préciser les paramètres pris en compte pour fixer le taux d'évolution global des dépenses d'assurance maladie, conformément au protocole d'accord entre l'Etat et les caisses nationales.

Le Gouvernement émet un avis favorable car le complément proposé précise bien les modalités d'élaboration du taux global.

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 2 est réservé.

M. Jacquat et M. Gilbert Gantier ont présenté un amendement, n° 21, ainsi rédigé :

« Compléter le texte proposé pour l'article L. 162-1-1 du code de la sécurité sociale par la phrase suivante :

« Ce taux est fixé en prenant en compte les accords de régulation négociés avec l'ensemble des acteurs du système de santé ».

La parole est à M. Gilbert Gantier.

M. Gilbert Gantier. Il s'agit, une nouvelle fois, de revenir au contenu de l'avenant n° 3. Oui, je sais, je me répète, et j'en suis désolé : mais j'y suis obligé !

Le Gouvernement a signé avec un syndicat médical un avenant dont, il a dit qu'il serait appliqué par un texte de loi. Or le projet qui nous est soumis dit exactement le contraire de ce qui avait été convenu !

A mon avis, il convient de préciser que le taux est fixé « en prenant en compte les accords de régulation négociés avec l'ensemble des acteurs du système de santé ». C'est ce que les syndicats médicaux avaient demandé et ce que le Gouvernement, dans une première étape, avait accepté. Maintenant, il revient dessus. Cela n'est pas acceptable.

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

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. La commission a rejeté cet amendement.

On continue, de bonne foi ou pour faire semblant, je ne sais, à confondre deux choses qui n'ont rien à voir.

L'amendement procède d'une mauvaise compréhension de l'articulation entre le taux global de l'article 1^{er} - ce taux ne concerne que les caisses et l'Etat - et les taux spécifiques à chaque profession ou secteur. Naturellement, ce sont les seconds qui s'inscrivent dans le cadre fixé par le premier et non l'inverse. Sinon, plus rien n'a de sens.

A cet égard, je rappelle que le taux global qui ne concerne que l'Etat et les caisses n'a pas de valeur contraignante : mais c'est bien en fonction de ce taux que les autres feront des efforts et se fixeront des taux prévisionnels.

Je viens d'entendre que l'on commencerait à mettre en cause la bonne foi, voire à parler de malhonnêteté. Mais ce que je dis est prouvé par le préambule de l'avenant n° 3 où il est indiqué explicitement que la maîtrise médicalisée conventionnelle tient compte du taux global fixé entre les caisses et l'Etat.

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

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Monsieur Gantier, d'abord, ce n'est pas le Gouvernement qui a signé l'accord, mais les partenaires sociaux. Donc pas de confusion là non plus, je vous en prie, entre ce qui relève de la responsabilité du Gouvernement et ce qui relève des partenaires sociaux.

Pour les raisons déjà exprimées, le Gouvernement est défavorable à l'amendement proposé.

M. le président. La parole est à M. Jean-Yves Chamard.

M. Jean-Yves Chamard. Monsieur le rapporteur, vous venez de prononcer une phrase fort intéressante ! Ce taux « n'a pas de valeur contraignante », avez-vous dit. Cette affirmation est intéressante parce qu'elle nous fait sortir du mécanisme que précisément je dénonce de l'enveloppe globale.

Monsieur le rapporteur, ce que vous avez dit, êtes-vous prêt à l'écrire dans un amendement ?

Et cet amendement, monsieur le ministre, êtes-vous prêt à l'accepter ? C'est une vraie question ! Voilà qui changerait singulièrement, en effet, la nature du débat sur l'article 1^{er} !

Monsieur le rapporteur, je réitère ma question : acceptez-vous de déposer un tel amendement ? Car, bien entendu, vos paroles n'ont pas de valeur en regard du texte de la loi. Seul vaut ce qui est écrit dans la loi.

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. Mais non !

M. Jean-Yves Chamard. Le reste ne compte pas. Allez-vous accepter d'écrire, par voie d'amendement : « Le taux n'a pas de valeur contraignante ? »

M. Philippe Legras. Très bien !

M. Jean-Yves Chamard. Une non-réponse de votre part serait, hélas ! pour moi, source d'inquiétude. Se contenter de dire, c'est se faire plaisir gratuitement...

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

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. Se faire plaisir gratuitement ? A se demander, monsieur Chamard, qui manie l'humour !

Il n'y a pas que ce qui est inscrit dans la loi qui s'applique. Certaines critiques s'appuient sur le fait que la démarche législative violerait la démarche contractuelle. Non, il y a d'un côté la démarche législative, de l'autre la démarche contractuelle. En l'occurrence, la démarche législative va permettre de donner force réelle - je veux dire applicable à tous - à la démarche contractuelle. Evidemment, on peut toujours « faire semblant », parce que nous sommes entre nous, et se poser la question de savoir qui commence...

Dans l'avenant n° 3, moi je lis que la politique de régulation des dépenses fondée sur la maîtrise médicalisée tiendra compte du protocole d'orientation pour la maîtrise de l'évolution des dépenses signé entre l'Etat et les caisses nationales d'assurance maladie.

En votre qualité de parlementaire, monsieur Chamard, vous adressiez tout à l'heure des remontrances à notre ministre à propos d'une confusion qu'il aurait commise entre un colloque et un débat parlementaire. Pour ma part, je n'aime pas beaucoup avoir à me justifier dans un débat parlementaire à propos d'un texte conventionnel ! Mais, après tout, puisqu'il s'agit de cela, je vous dis que le texte de loi est clair. Il s'appuie sur la démarche contractuelle, une démarche à laquelle nous voulons donner corps.

De ce point de vue, l'amendement que vous me demandez de déposer n'aurait pas de justification.

M. le président. La parole est à M. Gilbert Millet.

M. Gilbert Millet. Cessons de tourner autour du pot !

M. Gilbert Gantier. Oui !

M. Gilbert Millet. A l'évidence, il y a une articulation entre les deux : la fixation d'un taux à l'article 1^{er} va être le cadre au sein duquel s'effectuera la démarche contractuelle. Qu'ai-je dit d'autre dans mon intervention ? La prétendue démarche contractuelle n'a de contractuelle que le mot, car elle s'inscrit dans des règles du jeu fixées d'avance. C'est l'esprit même de ce projet !

Appelons donc un chat un chat. Il s'agit bien d'un encadrement de la démarche contractuelle et l'avenant n° 3 ne témoigne d'aucune opposition, il s'articule parfaitement bien. L'article 1^{er} est la clé de voûte du dispositif. Je maintiens cette appréciation que j'ai déjà exprimée.

M. le président. La parole est à M. Jean-Yves Chamard.

M. Jean-Yves Chamard. Monsieur le président, vous avez compris que nous étions sur un point important. Je vous remercie de me redonner la parole.

Oui, il faut bien appeler un chat un chat, monsieur le ministre, que ce soit ou non celui de la marquise ! (Sourires.) En tout cas, il est important !

Monsieur le rapporteur, vous êtes assez fin juriste pour savoir que la loi prime sur un avenant conventionnel. Ce qui est écrit dans l'avenant ne peut pas s'imposer à la loi, c'est le contraire. Autrement nous ne serions plus dans un Etat de droit. Si vous n'écrivez pas dans la loi que le taux n'a pas de valeur contraignante, si vous ne parlez pas - comme je l'avais suggéré en commission - de taux « évaluatif » ou « indicatif », ce qui revient au même, le taux sera nécessairement imposé. Il sera coercitif ! On ne pourra pas en sortir. Bref, c'est tout le système d'une enveloppe globale.

Monsieur le ministre, je n'arrive pas à comprendre comment, ces jours-ci, et encore ce soir, vous avez pu affirmer qu'il n'y avait pas d'enveloppe globale et maintenant ne pas répondre à la question que j'ai posée. Il est en votre pouvoir, à l'instant où je parle, de déposer un amendement. Pour nous, il est trop tard. Je m'adresse à vous, puisque, cet amendement, M. le rapporteur n'a pas l'air de vouloir le déposer.

Monsieur le ministre, si réellement vous avez l'intention de vous inscrire dans une démarche qui ne serait pas coercitive mais évaluative, êtes-vous prêt, non pas seulement à dire mais à écrire que ce taux n'a pas de valeur contraignante ? Votre réponse est importante, je pense que vous l'aurez compris.

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 21 est réservé, de même que le vote sur l'article 1^{er}.

M. Jean-Yves Chamard. La non-réponse du ministre est significative !

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

Article 2

M. le président. Je donne lecture de l'article 2 :

« TITRE 1^{er} »

« DISPOSITIONS RELATIVES AUX RELATIONS DES MÉDECINS AVEC L'ASSURANCE MALADIE »

« Art. 2. - A l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, il est ajouté un troisième alinéa ainsi rédigé :

« La ou les conventions déterminent notamment :

« 1^o Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des médecins ;

« 2^o Le cas échéant, les modalités de financement des actions de formation continue des médecins et l'indemnisation ou la rémunération des médecins qui y participent ainsi que les modalités du financement des programmes d'évaluation de la pratique médicale, des expérimentations et des actions innovantes ;

« 3^o Les mécanismes de régulation des dépenses et, notamment, les dispositions permettant le respect des taux prévus au 1^o de l'article L. 162-6-1 ;

« 4^o Le cas échéant, les modalités de financement et d'organisation de la reconversion professionnelle des médecins exerçant à titre libéral et les conditions d'attribution d'une aide à la reconversion. Elles peuvent prévoir de subordonner le versement de cette aide à l'engagement du médecin à renoncer à tout exercice libéral de la médecine, ainsi que les modalités de son remboursement en cas de reprise d'une activité telle que définie ci-dessus, « qu'elles définissent » ;

« 5^o Les conditions dans lesquelles les tarifs visés à l'article L. 162-6-1 peuvent être majorés pour certains médecins conventionnés, valorisant une pratique médicale répondant à des critères de qualité qu'elles déterminent. »

La parole est à M. Gilbert Millet, inscrit sur l'article.

M. Gilbert Millet. L'article 2 esquisse le nouveau visage de la convention. Il envisage l'éclatement éventuel en plusieurs conventions. Il aborde naturellement la question des responsabilités des caisses primaires vis-à-vis des médecins, mais aussi celle des devoirs des médecins, notamment la

régulation des dépenses à laquelle ils sont tenus : c'est toute la philosophie du projet. Il traite enfin de leur reconversion professionnelle.

Je reviendrai sur chacun de ces thèmes, mais je voudrais insister en tout premier lieu, chacun le comprendra, sur les problèmes concernant le devenir de la convention, parce que c'est le point essentiel et que c'est elle qui est mise à mal.

La convention médicale est une structure originale du système de santé français, et elle revêt une importance primordiale, car elle a permis de marier la pratique libérale aux missions de la sécurité sociale, assurant ainsi à toutes les familles un accès égal aux soins les meilleurs.

Il faut bien dire que, dès sa mise en œuvre, la convention a rencontré des adversaires - en particulier le CNPF - qui ont tenté d'en pervertir le contenu. C'est ainsi qu'a été introduite la notion de secteur II, dit conventionnel, notion inacceptable à nos yeux et contraire à l'esprit de la convention dans la mesure où, à l'intérieur même de la convention, elle établissait une double vitesse pour les médecins. Et qui dit double vitesse pour les médecins dit aussi double vitesse pour les assurés sociaux. La convention portait donc déjà en elle la programmation de l'inégalité devant l'accès aux soins.

Aujourd'hui, sur environ 165 000 médecins actifs, plus de 100 000 sont recensés par les caisses d'assurance maladie, dont 55 000 généralistes. Il y avait en 1989 plus de médecins en secteur I qu'en 1985, et il semble bien qu'aujourd'hui les médecins - et je pense d'abord aux généralistes - aspirent à une rénovation et à une modernisation de ce secteur afin de revaloriser une pratique médicale que notre groupe considère comme le pivot du système de santé. Naturellement, cela tarde à venir.

Les nouvelles responsabilités que les généralistes souhaitent et peuvent assumer, c'est-à-dire ce qu'on appelle le nouveau champ d'intervention du généraliste dans le domaine de la santé - prévention, épidémiologie, éducation sanitaire, temps médico-social, sans oublier la formation continue de chacun des médecins - doivent être valorisées financièrement, reconnues et intégrées dans la convention.

Autrement dit, la convention, au lieu d'être mise à mal, doit faire l'objet d'une profonde modernisation tout en restant une. Seule son unité préservera l'égalité d'accès aux soins. Il faut donc préserver la convention du démantèlement.

Les tentatives d'éclatement en plusieurs conventions distinctes ne sont pas d'aujourd'hui. Ces dernières années, en effet, des assauts répétés ont été lancés contre le principe de l'unité conventionnelle. Ils se sont heurtés à l'hostilité des professionnels de santé. Tant mieux pour les médecins, tant mieux aussi pour les assurés sociaux puisque c'est d'eux qu'il s'agit au bout du compte.

La convention devrait garantir le pluralisme des formes d'exercice, le libre choix du médecin par le malade, la pratique libérale dans son ensemble, ainsi que le libre choix par le médecin des formes d'exercice : je pense aux centres de santé. Nous ne préconisons donc pas une convention immuable mais une convention constamment remise à jour avec la participation de tous les acteurs. Elle doit présenter un seul niveau, le plus élevé pour tous.

Nous avons présenté, monsieur le président, un amendement qui reprenait ces principes pour les inscrire dans la loi. Pour quelles raisons a-t-il été déclaré irrecevable ? Nous n'en savons rien. C'est d'autant plus regrettable que ce projet de loi a tourné le dos à l'esprit conventionnel et aux orientations nouvelles que je viens d'évoquer, même si l'on trouve sans doute, dans l'avenant n° 3...

M. le président. Il faudrait conclure, mon cher collègue.

M. Gilbert Millet. J'en termine, monsieur le président, mais mes explications vaudront défense de notre amendement de suppression de l'article et, de la sorte, nous ne perdrons pas de temps.

Dans l'avenant n° 3 figure précisément une déclaration de principe sur la médecine générale, sa revalorisation, la prise en compte des champs nouveaux. Bravo ! Comme je viens de le dire, c'est l'aspiration profonde des professionnels de santé et, d'abord, des généralistes. Mais que vaut une revalorisation théorique sans moyens pour la mettre en œuvre ? Que vaut une "revalorisation" théorique quand, dans le même temps, la convention assigne aux médecins la tâche de gérer l'austérité dans le cadre d'une politique de santé qui aboutira fatalement à une dévalorisation de ces médecins de première ligne que sont les généralistes ?

Voilà en tout cas un texte qui pose le principe d'un éclatement potentiel de la convention et qui annonce aussi la mise à mort de son esprit, sinon de la convention elle-même. Il est vrai qu'elle « marque mal », comme on dirait dans mon pays, aux horizons européens.

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, nos 22 et 79.

L'amendement n° 22 est présenté par M. Denis Jacquat et M. Gilbert Gantier ; l'amendement n° 79 est présenté par M. Millet et les membres du groupe communiste et apparenté.

Ces amendements sont ainsi rédigés :

« Supprimer l'article 2. »

La parole est à M. Gilbert Gantier pour soutenir l'amendement n° 22.

M. Gilbert Gantier. L'article 2 est complexe et le rapport écrit ne le dissimule pas. Si nous en demandons la suppression, c'est surtout à cause de deux de ses dispositions que nous jugeons totalement inadmissibles.

Le 3^e, d'abord, qui vise « les mécanismes de régulation des dépenses, et notamment les dispositions permettant le respect des taux ». Nous avons expliqué à plusieurs reprises tout le mal qu'il fallait penser de ce « respect des taux ».

Le 5^e, ensuite, qui prévoit la constitution de ce fameux secteur promotionnel dont le rapporteur lui-même écrit qu'il est vague et imprécis. Cet alinéa vise « les conditions dans lesquelles les tarifs visés à l'article L. 162-6-1 peuvent être majorés pour certains médecins conventionnés, valorisant une pratique médicale répondant à des critères de qualité qu'elles déterminent ». Peut-on imaginer plus flou ? Qu'en est-il, par exemple, des « critères de qualité » ? En outre, cette majoration des tarifs aboutira inévitablement à une division du corps médical, ce qui est, je le répète, totalement inadmissible.

Voilà pourquoi il nous paraît nécessaire de supprimer cet article - notamment pour éliminer ces deux paragraphes - avant d'en proposer une autre rédaction.

M. le président. M. Millet a déjà soutenu l'amendement n° 79.

M. Gilbert Millet. En effet, monsieur le président.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces deux amendements de suppression ?

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. La commission les a rejetés.

En ce qui concerne le secteur promotionnel, monsieur Gantier, il faut comprendre - et nous ne nous laisserons pas de le dire - que nous voulons donner force législative à une démarche contractuelle. Or les partenaires ont fait, là encore, preuve d'imagination. Nous connaissons les difficultés : secteur I, secteur II, zones claires, zones sombres. Mais rien de cela dans la loi.

Les partenaires nous demandent de les autoriser par la loi à réfléchir plus avant. C'est pourquoi - et je vous remercie d'avoir relevé que je l'indiquais dans mon rapport - ce texte se veut suffisamment vague pour pouvoir être rempli par une démarche contractuelle. Mais si ce cadre n'existait pas, les partenaires n'auraient pas le droit de poursuivre leur réflexion, et nous resterions dans le tête-à-tête secteur I-secteur II.

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

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Le Gouvernement n'est pas favorable à ces amendements qui suppriment la base légale des conventions médicales en matière de maîtrise médicalisée et concertée de l'évolution des dépenses.

Je précise que les modalités de la majoration des actes dépendront, bien entendu, des négociations à venir.

M. le président. La parole est à M. Jean-Yves Chamard.

M. Jean-Yves Chamard. Sur l'amendement tendant à la suppression de l'article, en particulier du 3^e, vous ne m'avez pas répondu, monsieur le ministre. Je le regrette vivement, parce qu'il ne faut pas tenir un double langage.

Je veux bien vous faire le crédit que, dans votre esprit, nous ne sommes pas dans une enveloppe globale : vous l'avez dit souvent. Je veux bien croire le rapporteur lorsqu'il affirme que le taux n'a pas de valeur contraignante : il le pense. Mais il ne suffit pas de le penser et de le dire : il faut l'écrire dans la loi !

On voit bien ici, du reste, que je n'ai fait qu'énoncer la stricte vérité. Que dit le 3^e ? Qu'il faut assurer le « respect des taux », ceux-là mêmes qu'on a vus à l'article 1^{er}. Expliquez-moi comment des taux peuvent ne pas avoir de valeur contraignante s'il faut prendre ensuite des dispositions pour les faire respecter ?

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. Ce n'est pas cela !

M. Jean-Yves Chamard. A l'article 1^{er} et à l'article 2, il s'agit bien de la même chose. Oui ou non, sommes-nous dans une enveloppe globale ? Si ce n'est pas le cas, écrivez-le ! A défaut, vous ne serez pas cru.

M. le président. Le vote sur les amendements identiques nos 22 et 79 est réservé.

M. Millet et les membres du groupe communiste et apparenté ont présenté un amendement, n° 80, ainsi rédigé :

« Dans le deuxième alinéa de l'article 2, supprimer les mots : "ou les". »

La parole est à M. Gilbert Millet.

M. Gilbert Millet. Le deuxième alinéa vise « la » ou « les » conventions. Comme nous sommes pour une convention unique, nous voulons supprimer ce « les ». Et d'ailleurs, monsieur le ministre, qu'entendez-vous par ce pluriel ?

Je l'ai dit, des attaques répétées ont déjà eu lieu contre le principe de l'unité de la convention. Or, vu l'imprécision de ce texte, on peut concevoir qu'il débouche sur la mise en place de plusieurs types de conventions.

Suivant les spécialités d'exercice, par exemple, ce qui entraînerait une division verticale entre les professionnels de santé, compromettant l'unité de la profession et donc contraire à l'intérêt des patients.

Mais peut-être aussi en modulant les conventions à l'échelon local, selon une idée lancée dans un passé récent. En fonction des rapports de forces entre les médecins et telle ou telle caisse, on pourrait alors envisager des traitements différents de la pratique conventionnelle, des orientations et des contrats. Il en résulterait une forte inégalité géographique des patients devant la maladie. Car c'est l'unité nationale de la convention qui garantit l'égalité d'accès aux soins.

Cette rédaction est ambiguë. Si l'on n'en revient pas au singulier, comme le propose cet amendement, c'est une atteinte grave qui sera portée à la déontologie médicale ou, du moins, à l'esprit de la convention.

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

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. La commission n'a pas examiné l'amendement. A titre personnel, je regretterais que l'on supprime la possibilité de conclure deux conventions séparées pour les généralistes et pour les spécialistes. Je sais que cette possibilité n'a jamais été utilisée, mais je n'en considère pas moins que l'amendement n'est pas cohérent avec le droit positif.

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

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Le Gouvernement demande le rejet de cet amendement.

Monsieur Millet, les partenaires négocient ce qu'ils veulent, y compris éventuellement plusieurs conventions. S'il le souhaitent, je ne vois pourquoi on s'y opposerait. Il faut préserver leur liberté de contracter.

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 80 est réservé.

M. Millet et les membres du groupe communiste et apparenté ont présenté un amendement, n° 81, ainsi rédigé :

« Supprimer le cinquième alinéa (3^e) de l'article 2. »

La parole est à M. Gilbert Millet.

M. Gilbert Millet. Je veux, à ce point du débat, faire une remarque sur la procédure. Alors que nous traitons de problèmes aussi importants que ceux de la santé, il est vraiment dommage que nous ne puissions voter à aucun moment !

M. Jean-Pierre Foucher et M. Jean-Yves Chamard. Très bien !

M. Gilbert Millet. Déjà pour la réforme hospitalière, nous avons été placés dans la même situation...

M. Jean-Yves Chamard. Tout à fait !

M. Gilbert Millet. ... si bien que tous les grands projets concernant la santé sont passés au forceps !

M. Christian Cabal. Tous !

M. Gilbert Millet. Tant il est vrai que l'Assemblée, suivant en cela l'opinion générale, n'était pas prête à les accepter.

Mon amendement n° 81 tend à supprimer l'alinéa relatif aux mécanismes de régulation des dépenses. Il s'agit des contrats d'objectif et de tout le système de quadrillage des médecins, dispositions que l'on retrouvera plus en détail à l'article 4.

Je m'en expliquerai plus longtemps le moment venu et je dispense l'Assemblée d'une explication de vote anticipée sur cet article.

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

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. La commission n'a pas été saisie de cet amendement. Si M. Millet veut s'en expliquer ultérieurement, j'attendrai qu'il expose ses arguments.

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

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

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 81 est réservé.

M. Sanmarco, rapporteur, M. Loidi et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 3, ainsi libellé :

« Rédiger ainsi le cinquième alinéa (3^e) de l'article 2 :
« 3^e Les modalités de mise en œuvre de l'article L. 162-6-3. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. Cet amendement de précision vise à mieux articuler les compétences respectives de la loi et de la convention, en tenant compte du fait que le principe des sanctions susceptibles d'être appliquées en cas de dépassement des taux relève du domaine législatif.

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

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Accord du Gouvernement.

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 3 est réservé.

M. Millet et les membres du groupe communiste et apparenté ont présenté un amendement, n° 51, ainsi rédigé :

« Supprimer l'avant-dernier alinéa (4^e) de l'article 2. »

La parole est à M. Gilbert Millet.

M. Gilbert Millet. L'alinéa que nous proposons de supprimer a trait à la « reconversion » des médecins, terme qui sonne désagréablement à mes oreilles, car il est couramment utilisé dans les secteurs en crise et concerne tout autant l'agriculteur que le sidérurgiste. Parler de « reconversion » des médecins est bien l'indice que la crise est en train de gagner les professions libérales.

Selon M. le ministre, il s'agirait de répondre en partie aux orientations préconisées par le rapport Lazar, à savoir une reconversion dans les secteurs de prévention. Deux remarques à ce sujet.

D'abord, l'orientation vers ces secteurs ne concernerait pas l'ensemble des médecins qu'il est prévu de reconverter : 21 500 dans les dix ans qui viennent. Une frange seulement d'entre eux se consacrerait à la prévention et il existerait d'autres voies de reconversion.

Ensuite, tracer une croix sur les filières de prévention de santé publique, malades de la politique d'austérité qui leur est appliquée - je pense notamment à la médecine scolaire qui est exsangue - et sur la formation spécifique pour ces filières, même si elles sont aujourd'hui mises en cause, ne me semble pas une bonne solution. C'est, au contraire, le développement de cette médecine préventive qui lui donnera toute sa cohérence et son efficacité, en liaison notamment

avec la médecine libérale qui doit, elle aussi, accomplir des tâches de prévention en coordination avec les spécialistes de la prévention collective.

Ce serait là un mariage heureux dans les nouveaux champs de la médecine générale ; mais le mariage n'aura pas lieu. La reconversion des médecins telle que vous nous la proposez aujourd'hui ne procurera pas un "plus" dans ces secteurs en difficulté : quelque part, elle déqualifiera même ces professions de santé publique. Nous nous opposons donc à cette orientation.

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

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. La commission n'a pas examiné cet amendement.

Dans quel esprit général essayons-nous tous ensemble de travailler depuis plus de dix ans ? Nous nous efforçons de cesser de "taper" sans arrêt sur la demande pour nous intéresser un peu plus à la logique de l'offre. Dès lors, évidemment tous les problèmes de démographie médicale surgissent au premier plan.

A mon sens, il serait dommage de commencer en se privant *a priori* d'une des opportunités que les partenaires ont envisagées et que, faute de prévision législative, ils ne pourraient pas mettre en application.

Quand on lit les textes de leurs travaux, on s'aperçoit que cela n'a rien à voir avec la « reconversion », au sens que vous craignez, monsieur Millet. Il s'agit d'ouvrir une possibilité dans la direction d'une politique de l'offre. C'est indispensable, sauf à continuer de réduire les prestations ou d'augmenter les cotisations...

Enfin, cela n'a rien d'antagoniste - les deux n'ont en fait rien à voir - avec une politique de multiplication des postes de médecine scolaire. Tout cela est parallèle.

La politique qui donnera un cadre légal à une possibilité d'aide à la reconversion me paraît aller dans le sens général de tous les efforts accomplis depuis dix ans.

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

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Ce texte crée un droit, non une obligation ! C'est la raison pour laquelle le Gouvernement est défavorable à cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Jean-Yves Chamard.

M. Jean-Yves Chamard. Monsieur le ministre, nous sommes au cœur du débat sur la démographie médicale. Pourriez-vous, à propos de cet alinéa, préciser votre position sur la réduction à 3 500 du nombre de places offertes en deuxième année de médecine à la rentrée prochaine ? C'était un engagement de votre prédécesseur. Alors, 3 500, oui ou non ?

D'autre part, pourriez-vous nous indiquer quelles mesures vous comptez prendre pour les autres professions ? Car il n'y a pas que les professions médicales, il y a tout le secteur de la santé - j'ai déjà parlé des biologistes et des transports sanitaires.

Comprenez bien que je ne vous demande pas à ce sujet une réponse. Je vous invite simplement à préciser la philosophie dans laquelle vous vous engagez et à nous annoncer quelles dispositions vous nous proposerez, dans un DMOS ou ailleurs, pour résoudre ces problèmes. Il s'agit d'éviter encore une fois un réveil trop tardif !

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

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Monsieur Chamard, votre question est tout à fait hors du sujet. Et vous en êtes très conscient !

M. Jean-Yves Chamard. Comment, hors du sujet ?

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. En ce qui concerne les 3 500 places, nous tiendrons les engagements pris par mon prédécesseur.

M. Jean-Yves Chamard. Mais ce n'est pas hors sujet !

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Bien sûr que si !

En ce qui concerne les autres professions de santé, des discussions sont en cours avec les organisations représentatives. Aucune norme n'a été fixée, mais nous nous efforcerons d'aller dans le sens des souhaits formulés par les partenaires avec lesquels nous discutons.

M. le président. La parole est à M. Gilbert Millet.

M. Gilbert Millet. J'ai bien écouté le rapporteur, mais je ne suis nullement rassuré par ses propos. Le texte n'aurait rien à voir avec les « reconversions » observées ailleurs ? Mais n'y a-t-il pas en plus, derrière tout cela, des idées de rentabilisation et de productivité du champ de la santé ?

Une reconversion des médecins, conduite selon une telle logique, ne pourrait permettre de faire face aux besoins d'une autre pratique de la médecine. J'ai parlé des généralistes, mais je pense aussi aux autres médecins. Les progrès des pratiques et le développement des connaissances suscitent d'autres champs d'intervention du corps médical. Eu égard aux besoins des gens, je ne suis pas du tout sûr que nous soyons dans une situation pléthorique. Il serait faux de l'affirmer : des gens, des journaux assument le contraire.

Dans ces conditions, une pratique malthusienne de reconversion me paraît répondre tout à fait à des critères de rentabilité et de productivité.

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 51 est réservé.

M. Sanmarco, rapporteur, M. Loïdi et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 4, ainsi rédigé :

« A la fin de la deuxième phrase de l'avant-dernier alinéa (4^e) de l'article 2, supprimer les mots : "qu'elles définissent". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. Cet amendement tend à corriger une simple erreur matérielle.

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

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Le Gouvernement est favorable à cet amendement de rédaction.

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 4 est réservé.

Rappel au règlement

M. Gilbert Gantier. Je demande la parole pour un rappel au règlement.

M. le président. La parole est à M. Gilbert Gantier, pour un rappel au règlement.

M. Gilbert Gantier. Mon rappel au règlement se fonde sur l'article 44, alinéa 3, de notre Constitution, que le Gouvernement a invoqué pour demander que tous les votes soient suspendus - jusqu'à la fin du texte, j'imagine !

A cette heure, deux heures moins vingt, il faut souligner les conditions presque surréalistes dans lesquelles nous débattons ! Tous les votes sont réservés. L'Assemblée nationale ne peut donc pas s'exprimer, dire ce qu'elle pense des articles et des amendements.

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. Voyons, l'Assemblée peut le faire !

M. Gilbert Gantier. Nous savons, en outre, que le conseil des ministres a autorisé le Premier ministre à faire usage, le cas échéant, de l'article 49-3 de la Constitution sur ce texte. Nous pourrions ainsi aller au terme de la discussion sans qu'aucun vote ait lieu. Puis M. Bérégovoy viendrait dans cet hémicycle, nous sortirait un joli 49-3, et l'Assemblée nationale aurait adopté un texte sans avoir jamais émis le moindre vote.

Beaucoup de médecins sont ici, mais aussi quelques juristes. Or les juristes savent ce qu'est le droit, mais aussi l'abus de droit. Nous avons déjà discuté de cette façon la loi hospitalière ; nous recommencerions maintenant avec la convention médicale ? Cela me paraît tout à fait extravagant.

Convient-il vraiment de travailler à des heures pareilles dans des conditions pareilles ? Je me le demande ! *(Applaudissements sur les bancs des groupes de l'Union pour la démo-*

cratie française, du Rassemblement pour la République et l'Union du centre. - Protestations sur les bancs du groupe socialiste.)

M. le président. Monsieur Gantier, votre demande va être prise en considération, puisque j'ai l'intention d'interrompre nos travaux à la fin de l'article 2. Il ne nous reste à examiner que deux amendements, dont un ne semble pas poser problème. Ensuite, je leverai la séance.

Reprise de la discussion

M. le président. M. Millet et les membres du groupe communiste et apparenté ont présenté un amendement, n° 52, ainsi rédigé :

« Supprimer le dernier alinéa (5°) de l'article 2. »

La parole est à M. Gilbert Millet.

M. Gilbert Millet. Le dernier alinéa de l'article 2 a trait au secteur promotionnel dont le remboursement sera assuré par la sécurité sociale. Disons les choses comme elles sont : il s'agit d'une mauvaise action.

Selon nous, le problème de la promotion, comme celui de la formation continue ou permanente, se pose à tous les médecins. Il y va de l'éthique et de l'efficacité professionnelle. Isoler un certain nombre de médecins au détriment des autres, c'est, en définitive, instituer deux vitesses pour la médecine : avec, d'un côté, les médecins qui bénéficieraient du critère de promotion, de l'autre « l'infanterie médicale », en quelque sorte, les médecins qui feraient face aux besoins de santé du plus grand nombre.

Tout cela est profondément injuste. Il s'agit d'une promotion très élitiste. Du point de vue des assurés, on n'assurerait pas non plus l'égalité devant la médecine de qualité à laquelle tous doivent aspirer. Les patients n'accéderont droit à l'égalité devant la médecine que dans le cadre d'une promotion globale de l'ensemble du corps médical.

Voilà pourquoi nous sommes tout à fait hostiles à la création d'un secteur promotionnel.

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

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. La commission n'a pas examiné cet amendement.

En entendant de tels propos sur l'aide à la reconversion tout à l'heure, sur le secteur promotionnel maintenant, j'espère que ceux qui ont négocié un texte et qui ont besoin de sa traduction législative mesurent à quel point, heureusement, le groupe socialiste a tenu bon pour lui donner force de loi.

M. David Bohbot. Exactement !

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. Sinon, tous les efforts dont l'aboutissement a exigé tant de temps seraient ruinés !

A titre personnel, je souhaite que cet amendement ne soit pas approuvé.

M. David Bohbot. Très bien !

M. Gilbert Millet. Curieux argument, monsieur le rapporteur !

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

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Cette disposition a été très vivement souhaitée par les signataires de l'avenant.

M. Gilbert Millet. C'est leur responsabilité !

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Notre rôle consiste à essayer de traduire leur volonté dans un texte législatif. Nous n'avons pas, me semble-t-il, à intervenir dans leurs vœux. Au dire même des signataires de l'avenant, le secteur dont il est question fera l'objet d'une prochaine négociation.

Je profite de l'occasion pour indiquer que, quelle que soit l'opinion que l'on professe à l'égard de la procédure retenue par le Gouvernement - tout à fait normale et régulière - et de son déroulement, il faut constater, et je m'en réjouis pour ma part, que la discussion peut très normalement se poursuivre.

M. Gilbert Millet. Heureusement, quand même !

M. Jean-Yves Chamard. Il ne manquerait plus que cela !

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Je souhaite qu'il puisse en être ainsi jusqu'au bout.

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 52 est réservé.

M. Sanmarco, rapporteur. M. Loïd et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 5, ainsi rédigé :

« Dans le dernier alinéa (5°) de l'article 2, substituer au mot : "valorisant", les mots : "en vue de valoriser". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Philippe Sanmarco, rapporteur. Amendement rédactionnel.

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

M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration. Avis favorable.

M. le président. Le vote sur l'amendement n° 5 est réservé, de même que le vote sur l'article 2.

La suite de la discussion est renvoyée à une prochaine séance.

4

DÉPÔT DE RAPPORTS

M. le président. J'ai reçu, le 4 juin 1992, de Mme Marie-Joséphine Sublet, un rapport n° 2759 fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, sur le projet de loi (n° 2733) et la lettre rectificative au projet de loi (n° 2747), portant adaptation de la loi n° 88-1088 du 1^{er} décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion et relatif à la lutte contre le chômage d'exclusion.

J'ai reçu, le 4 juin 1992, de M. Pierre Brana, un rapport n° 2760 fait au nom de la commission des affaires étrangères, sur le projet de loi, adopté par le Sénat, autorisant l'approbation de l'accord entre le Gouvernement de la République française et l'Organisation de coopération et de développement économiques relatif à la protection sociale des membres du personnel employés par ladite organisation sur le territoire français, signé à Paris le 24 septembre 1991 (n° 2671).

J'ai reçu, le 4 juin 1992, de M. Paul Dhaille, un rapport n° 2761 fait au nom de la commission des affaires étrangères, sur les projets de loi, adoptés par le Sénat :

- autorisant l'approbation des statuts du groupe d'étude international du cuivre (n° 2667) ;
- autorisant l'approbation des statuts du groupe d'étude international de l'étain (n° 2668) ;
- autorisant l'approbation des statuts du groupe d'étude international du nickel (n° 2669).

J'ai reçu, le 4 juin 1992, de M. Guy Lordinot, un rapport n° 2762 fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République, sur :

- le projet de loi relatif à l'octroi de mer (n° 2663) ;
- la proposition de loi de M. Guy Lordinot et plusieurs de ses collègues tendant à modifier la loi n° 84-747 du 2 août 1984 relative aux compétences des régions de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et de la Réunion (n° 1871).

4

ORDRE DU JOUR

M. le président. Aujourd'hui, à neuf heures trente, première séance publique (1) :

Questions orales sans débat

Question n° 584. - A l'approche des élections législatives en Israël, la violence dans les territoires occupés redouble d'intensité. Depuis le début de l'année, vingt-huit Palestiniens

(1) Lettre de M. le secrétaire d'Etat aux relations avec le Parlement communiquée à l'Assemblée au cours de la deuxième séance du jeudi 4 juin 1992.

ont été tués par les unités spéciales de l'armée israélienne et les résolutions de l'ONU invitant Israël à cesser l'occupation des territoires qui ne lui appartiennent pas restent lettre morte. La France peut et doit s'impliquer davantage dans le processus de paix, qui connaît actuellement des difficultés, afin de faire avancer une juste solution du problème palestinien. M. Georges Hage demande à M. le ministre d'Etat, ministre des affaires étrangères, quelles mesures compte prendre la France en ce sens.

Question n° 582. - Le dossier des emprunts russes est-il sur la voie d'un règlement définitif, répondant ainsi à l'espoir très ancien de centaines de milliers de petits porteurs qui avaient souscrit des titres russes avant la révolution soviétique ? M. Eric Raoult attire l'attention de M. le ministre d'Etat, ministre des affaires étrangères, sur les inquiétudes des Français porteurs de titres russes relatives à l'avancement des négociations franco-russes pour le remboursement des dettes contractées par l'ancien régime des tsars. Un pas décisif avait, semble-t-il, été franchi lors de la signature du traité du 29 octobre 1990, où le gouvernement soviétique reconnaissait le principe du remboursement des dettes impériales. Les termes de l'article 25 de ce traité ont, semble-t-il, été repris à son compte par le président russe dans le traité signé à Paris le 7 février 1992. Cette déclaration a suscité beaucoup d'espoirs chez les intéressés, mais elle soulève encore de nombreuses interrogations quant au montant et aux modalités de remboursement. Aussi lui demande-t-il de bien vouloir lui indiquer ce qu'il entend faire pour que la dernière phase des négociations aboutisse dans des délais raisonnables, tout en protégeant et en respectant les intérêts des emprunteurs. Ces négociations bilatérales ne devraient-elles pas s'élargir dans l'information et la concertation avec les représentants des porteurs de titres russes, notamment le Groupement national de défense des porteurs de titres russes (GNDPTR), qui doivent tenir leur congrès ce prochain week-end ? Il lui demande donc, en conclusion, si la France va mener à bien, comme d'autres pays européens l'ont déjà obtenu, le règlement définitif du dossier de la dette russe.

Question n° 581. - Le fonds de la formation professionnelle et de l'apprentissage comprend des crédits qui sont normalement affectés sur le plan régional aux programmes de formation des ministères directement impliqués. Dans ce cadre, ces ministères conventionnent directement les stages qu'ils retiennent. En outre, l'Etat assure la rémunération des stagiaires correspondant à ces stages sur ses propres fonds. Ces fonds, qui représentent des crédits considérables et portent sur un nombre important de contrats de formation, pourraient être supprimés, purement et simplement, sans aucune concertation avec la région. M. Daniel Goulet demande à Mme le ministre du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle s'il est exact qu'un tel projet de suppression pourrait intervenir. Si tel devait être le cas, il tient à la mettre en garde sur les conséquences qu'une telle décision pourrait entraîner puisque les régions auraient à assumer seules le financement des programmes de formation continue.

Question n° 590. - M. Philippe Bassinet attire l'attention de M. le ministre de l'équipement, du logement et des transports sur les conséquences, pour certaines communes, du revirement récent de jurisprudence du Conseil d'Etat. Dans un arrêt « Association des Amis de Saint-Palais-sur-Mer » rendu le 25 novembre 1991, cette juridiction établit le principe selon lequel, lorsqu'un plan d'occupation des sols révisé est annulé, le plan d'occupation des sols antérieur ne se trouve plus remis en vigueur pour autant. La commune concernée est désormais régie par le règlement national d'urbanisme. Sans remettre en cause les décisions du Conseil d'Etat, il convient de réfléchir sur la situation dans laquelle se trouvent les communes dont le POS a été ainsi annulé. Ces dernières doivent se doter de nouvelles règles d'urbanisme. Pour cela, elles sont tenues de suivre la procédure d'élaboration du plan d'occupation des sols. Celle-ci dure six mois de plus que la procédure de révision utilisée jusqu'à maintenant dans des cas semblables. Le règlement national d'urbanisme alors applicable dispose que de nombreux actes d'urbanisme nécessitent l'agrément du préfet ou du directeur départemental de l'équipement. Les actions en sont alourdies. N'ayant plus de POS, les communes ne peuvent plus exercer leur droit de préemption, ce qui nourrit la spéculation. Enfin, certaines villes, lorsqu'elles ont été informées avec retard du changement de jurisprudence, voient certaines ZAC qu'elles avaient instituées perdre toute valeur juridique. La procédure

est à reprendre, ce qui renouvelle les possibilités de contentieux et est facteur d'une certaine insécurité pour les bénéficiaires de la politique d'urbanisme. La construction de logements sociaux s'en trouve également ralentie d'autant. En conséquence, il lui demande quelles mesures législatives il entend proposer pour aménager ce nouvel état de la jurisprudence et venir en aide aux communes qui se trouvent dans une situation beaucoup plus délicate que si le plan d'occupation des sols antérieur à celui qui a été annulé était devenu applicable.

Question n° 583. - M. Paul-Louis Tenaillon indique à M. le ministre de l'intérieur et de la sécurité publique qu'il a été constaté lors des dernières élections cantonales et régionales que la majorité des autorités chargées d'autoriser les votes par procuration ont refusé ce droit aux électeurs remplissant cependant les conditions prévues aux paragraphes I et II de l'article L. 71 du code électoral, si ceux-ci ne justifiaient pas d'une résidence et d'une activité professionnelle dans le département où se trouve leur commune d'inscription. Ce non-sens a été favorisé par le seul document fourni aux autorités chargées d'autoriser les votes par procuration et émanant du ministère de l'intérieur. Il est tout de même inquiétant de constater que certaines demandes de vote par procuration, remplissant des conditions identiques, ont pu être acceptées à Versailles et refusées à Asnières et que la loi n'est pas la même aux quatre coins de l'Hexagone. En l'état du texte, considérant que la majorité des citoyens votant par procuration entrent dans cette catégorie, le refus qui leur a été opposé a été un véritable déni de justice.

Question n° 586. - M. Bernard Schreiner (*Yvelines*) interroge M. le ministre de l'industrie et du commerce extérieur sur les conséquences en France du rachat par Italcementi de 54,7 p. 100 du capital des Ciments français. Cette nouvelle est surprenante, même si elle s'explique par les difficultés financières du groupe et par celles rencontrées par l'ensemble de l'industrie cimentière. Il lui demande les raisons qui ont poussé Paribas à céder les Ciments français à Italcementi au lieu de privilégier des accords avec le groupe suisse Holderbank ou le groupe britannique Hanson Trust, ce qui aurait préservé l'indépendance des Ciments français. Il lui demande si cette décision a été prise en accord avec le Gouvernement français et quelle est la politique de son ministère dans ce secteur qui voit l'un des plus beaux fleurons de l'industrie française passer sous contrôle étranger. Il lui demande les conséquences de cette opération pour les usines des Ciments français installées en France, en particulier dans la vallée de la Seine (Gargenville et Guerville), et les mesures qu'il compte prendre pour sauvegarder l'existence et le développement de ces unités.

Question n° 580. - M. Jean-Claude Mignon appelle l'attention de Mme le ministre de la jeunesse et des sports sur les conséquences de la décision prise par le comité interministériel d'aménagement du territoire du 29 janvier 1992 de transférer en Corse le centre d'éducation populaire et de sport installé à Montry dans le département de Seine-et-Marne. Il souhaite également l'interroger sur le projet du grand stade de Melun-Sénart.

Question n° 587. - M. Guy Lordinot attire l'attention de M. le ministre d'Etat, ministre de l'éducation nationale et de la culture, sur les difficultés de fonctionnement des écoles élémentaires et maternelles. Ces dernières se situent dans le domaine de compétence des communes mais ne bénéficient pas, contrairement aux lycées et collèges, de la personnalité juridique. Cette situation entraîne d'énormes disparités entre les écoles d'une commune à l'autre et une dépendance inacceptable des directeurs d'école à l'égard des municipalités. De plus, l'Etat impose des charges nouvelles aux communes (informatique, Minitel...). Sans aller jusqu'à doter les conseils d'écoles d'un statut juridique leur conférant une personnalité propre, des solutions peuvent être trouvées afin que l'école puisse jouir d'une relative autonomie financière. Quelle solution peut-il offrir aux très nombreux directeurs qui se sentent mal à l'aise dans ce système archaïque ?

Question n° 585. - M. Michel Jacquemin attire l'attention de M. le ministre de l'agriculture et de la forêt sur les graves conséquences pour les éleveurs francs-comtois de la décision de suppression de la prime compensatoire pour les vaches laitières, adoptée dans le cadre du compromis de Bruxelles le

21 mai dernier. En effet, cette décision prise au dernier moment est particulièrement injuste et pénalisante pour les régions d'agriculture extensive essentiellement herbagères et laitières, comme la Franche-Comté, alors que, dans le même temps, les élevages alimentés à partir d'ensilage, en système de production intensif, pourront bénéficier d'aides du fait du classement du maïs ensilage dans les céréales. Il lui demande donc de tout mettre en œuvre pour obtenir le rétablissement de cette prime compensatoire pour les vaches laitières, dont la suppression constitue un non-sens en matière d'aménagement du territoire.

Question n° 589. - Mme Denise Cacheux interroge M. le ministre du budget sur le projet de réduction de 5 p. 100 des crédits 1992 pour la prévention de l'alcoolisme. Toute politique de prévention exige la continuité et la durée, faute de quoi l'on paie socialement et humainement très cher les conséquences de l'alcoolisation au niveau de la santé ou de la sécurité. Aux termes des lois sur la décentralisation, le financement de la prévention de l'alcoolisme est une responsabilité de l'Etat. Les campagnes médiatiques ont un effet d'alerte et provoquent une interrogation qui appelle des réponses. Il n'y a pas de réponse efficace si la campagne n'est pas relayée sur le terrain par des équipes de prévention menant des actions au plus proche des préoccupations des populations. Or il semble qu'une réduction de 5 p. 100 des crédits ouverts au budget de 1992 pour la prévention de l'alcoolisme (chapitre 47-14 du budget du ministère de la santé) soit en cours. Les conséquences en seraient lourdes : fermeture de centres et de consultations d'alcoologie ; licenciement de salariés dont la compétence est reconnue. Toutes les activités spécifiques des comités départementaux de prévention de l'alcoolisme et de nos centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie seraient gravement déstabilisées. Elle lui demande donc si ces craintes sont justifiées et, dans cette hypothèse, elle souhaite qu'il ne mette pas à exécution cette réduction de 5 p. 100 dont les conséquences seraient sans commune mesure avec une économie budgétaire à court terme.

Question n° 588. - Mme Denise Cacheux rappelle à M. le ministre des affaires sociales et de l'intégration que le ministère des affaires sociales, à la fin de l'année 1991, a donné son accord pour l'agrément d'un ensemble d'avenants à la convention collective de l'enfance inadaptée de 1966, convention à laquelle se réfèrent une très large majorité de centres de formation de travailleurs sociaux. Ces mesures provoquent, pour 1992, une augmentation de 10 à 15 p. 100 des charges des centres, alors que les subventions 1992 sont en augmentation de 1 p. 100 par rapport à celles de 1991 et ne couvrent donc plus les charges salariales. Par ailleurs, les associations gestionnaires, déjà exsangues, ne pourront pas combler les déficits 1992. En effet, les crédits pour la formation permanente ont été réduits d'un tiers en 1992. La promesse de son prédécesseur d'augmenter les effectifs d'étudiants de 10 p. 100 à la rentrée de 1992 ne pourra pas être tenue. Celle d'abonder la subvention de fonctionnement 1992, prévue au chapitre 43-33 de la loi de finances, d'un montant de 20 millions de francs, n'est pas encore concrétisée. Alors que l'augmentation du nombre des chômeurs, les problèmes des banlieues, la mise en œuvre du revenu minimum d'insertion nécessitent des équipes de travailleurs sociaux dynamiques, motivées et en nombre suffisant, alors que les employeurs de travailleurs sociaux - collectivités locales, organismes de protection sociale, associations sanitaires et sociales... - cherchent à recruter davantage de travailleurs sociaux qualifiés et diplômés, alors que le nombre de jeunes qui souhaitent entrer dans les formations de travailleurs sociaux est de plus en plus élevé, les moyens financiers pour la formation des travailleurs sociaux ne cessent de diminuer ; en dix ans, les effectifs d'étudiants assistants sociaux ont baissé de 24 p. 100 et ceux des éducateurs spécialisés de 10 p. 100. Elle lui demande donc de bien vouloir attribuer d'urgence aux centres de formation de travailleurs sociaux, qui ont quinze mille étudiants qui tous trouveront un emploi et qui sont eux-mêmes employeurs d'un millier de salariés, des moyens décents leur permettant de remplir leur mission de formation.

Discussion de la proposition de résolution n° 2539 de MM. Bernard Pons, Charles Millon, Jacques Barrot et plusieurs de leurs collègues, tendant à la création d'une commission d'enquête sur la situation du paysage audiovisuel

français (rapport n° 2629 de M. Bernard Schreiner [Yvelines], au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales) ;

Discussion, en deuxième lecture, du projet de loi n° 2683 relatif à la modernisation des entreprises coopératives (rapport n° 2731 de M. Jean-Pierre Worms, au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République) ;

Discussion, en deuxième lecture, du projet de loi n° 2708 relatif au code de la propriété intellectuelle (partie législative) (rapport n° 2730 de M. Gérard Gouzes, au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République).

A quinze heures, 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).

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

Eventuellement, à vingt et une heures trente, troisième séance publique :

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

La séance est levée.

(La séance est levée le vendredi 5 juin 1992 à une heure quarante.)

Le Directeur du service du compte rendu sténographique de l'Assemblée nationale,

JEAN PINCHOT

CONVOCAZIONE DE LA CONFÉRENCE DES PRÉSIDENTS

La conférence, constituée conformément à l'article 48 du règlement, est convoquée pour le mardi 9 juin 1992, à dix-neuf heures trente dans les salons de la présidence.

COMMISSION MIXTE PARITAIRE

COMMISSION MIXTE PARITAIRE CHARGÉE DE PROPOSER UN TEXTE SUR LES DISPOSITIONS RESTANT EN DISCUSSION DU PROJET DE LOI PORTANT RÉFORME DES DISPOSITIONS DU LIVRE III DU CODE PÉNAL RELATIVES À LA RÉPRESSION DES CRIMES ET DÉLITS CONTRE LES BIENS

Composition de la commission

A la suite des nominations effectuées par l'Assemblée nationale le jeudi 4 juin 1992, et par le Sénat dans sa séance du mercredi 3 juin 1992, cette commission est ainsi composée :

Députés

Titulaires : MM. Gérard Gouzes ; Jean-Jacques Hyst ; Michel Pezet ; François Colcombet ; Jean-Pierre Michel ; Jacques Toubon ; Pascal Clément.

Suppléants : MM. Alain Vidalies ; Jacques Floch ; Jean-Paul Calloud ; Mme Denise Cacheux ; MM. Pierre Mazcaud ; Francis Delattre ; Gilbert Millet.

Sénateurs

Titulaires : MM. Jacques Larché ; Jacques Thyraud ; Etienne Dailly ; Paul Masson ; Bernard Laurent ; Michel Dreyfus-Schmidt ; Charles Lederman.

Suppléants : MM. Guy Allouche ; Daniel Hœffel ; Charles Jolibois ; Robert Pagès ; Michel Rufin ; Jacques Sourdille ; Louis Virapoullé.

ORGANISMES EXTRAPARLEMENTAIRES**CONSEIL NATIONAL DES FONDATIONS**

(1 poste à pourvoir)

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a désigné M. Jean-Michel Testu comme candidat.

La candidature est affichée et la nomination prend effet dès la publication au *Journal officiel* du 5 juin 1992.

**CONSEIL D'ORIENTATION DU CENTRE NATIONAL
D'ART ET DE CULTURE GEORGES POMPIDOU**

(2 postes à pourvoir)

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a désigné M. Charles Metzinger comme candidat.

La commission des finances, de l'économie générale et du Plan a désigné M. Dominique Gambier comme candidat.

Les candidatures sont affichées et les nominations prennent effet dès la publication au *Journal officiel* du 5 juin 1992.



LuraTech

www.luratech.com

ANNEXE AU PROCÈS-VERBAL

de la 2^e séance

du jeudi 4 juin 1992

SCRUTIN (N° 662)

sur la motion de renvoi en commission présentée par M. Bernard Pons du projet de loi relatif aux relations entre les médecins et l'assurance maladie.

Nombre de votants	545
Nombre de suffrages exprimés	545
Majorité absolue	273

Pour l'adoption	267
Contre	278

L'Assemblée nationale n'a pas adopté.

ANALYSE DU SCRUTIN

Groupe socialiste (271) :

Pour : 1. - M. André Delehedde.

Contre : 269.

Non-votant : 1. - M. François Loncle (Membre du Gouvernement).

Groupe R.P.R. (126) :

Pour : 126.

Groupe U.D.F. (89) :

Pour : 89.

Groupe U.D.C. (40) :

Pour : 39.

Non-votant : 1. - M. Raymond Barre.

Groupe communiste (26) :

Non-votants : 26.

Non-inscrits (24) :

Pour : 12. - MM. 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 André Thien Ah Koon.

Contre : 9. - MM. Jean-Michel Boucheron (Charente), Jean Charbonnel, Jean-Claude Chermann, Alexandre Léontieff, Alexis Pota, Emile Vernauden, Yves Vidal, Marcel Wacheux et Aloyse Warhouver.

Non-votants : 3. - MM. Jean-Marie Cambacères, Jean-Marie Daillet et Elic Hoarau.

Ont voté pour

Mme Michèle Alliot-Marie

MM.

Edmond Alphandéry
Mme Nicole Ameline
René André
Philippe Aubergier
Emmanuel Aubert
François d'Aubert
Gautier Audinot
Pierre Bachelet
Mme Roselyne Bachelot

Patrick Balkouy
Edouard Ballardur
Claude Barate
Michel Barnier
Jacques Barrot
Dominique Baudis
Jacques Baumel
Henri Bayard
François Bayrou
René Beaumont
Jean Bégault
Pierre de Beauville
Christian Bergelin
André Berthoin

Léon Bertrand
Jean Besson
Claude Birraux
Jacques Blanc
Roland Blum
Frank Borotra
Bernard Bosson
Bruno Bourg-Broc
Jean Bousquet
Mme Christine Boutin
Loïc Bouvard
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 Cazalet
Richard Cazeauve
Jacques

Chaban-Delmas
Jean-Yves Chamard
Hervé de Charette
Jean-Paul Charlé
Serge Charles
Jean Charroppin
Gérard Chasseguet
Georges Chayanes
Jacques Chirac
Paul Chollet
Pascal Clément
Michel Colinet
Daniel Colin
Louis Colombani
Georges Colombier
René Couanau
Alain Cousin
Yves Coussain
Jean-Michel Couve
René Couveignes
Jean-Yves Cozias
Henri Cuq
Olivier Dassault
Marc-Philippe

Daubresse
Mme Martine Daugreilh
Bernard Debré
Jean-Louis Debré
Arthur Dehaine
Jean-Pierre Delalande
Francis Delattre
André Delehedde
Jean-Marie Demange
Jean-François Deniau
Xavier Deniau
Léonce Deprez
Jean Desaulis
Alain Devaquet
Patrick Devedjian
Claude Dhinala
Willy Diméglio
Eric Dolige
Jacques Domlaati
Maurice Doussel
Guy Drut
Jean-Michel Dubernard
Xavier Dugols
Adrien Durand
Georges Durand
André Durr
Charles Ehrmann
Christian Estrosi
Jean Falala
Hubert Falco
Jacques Farra
Jean-Michel Ferraud
Charles Fèvre
François Fillon
Jean-Pierre Foucher
Serge Franchis

Edouard Frédéric-Dupont
Yves Fréville
Jean-Paul Fuchs
Claude Gaillard
Robert Galley
René Gay-Dejean
Gilbert Gantier
René Garrec
Henri de Gastines
Claude Gatignol
Jean de Gaulle
Francis Geog
Germain Gengenwin
Edmond Gerrer
Michel Giraud
Jean-Louis Gosdoff
Jacques Godfrais
François-Michel Gonnot
Georges Gorse
Daniel Gonlet
Gérard Grignon
Hubert Grimault
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 Hyst
Michel Inchauspé
Mme Bernadette Isaac-Sibille
Denis Jacquet
Michel Jacquemin
Henry Jean-Baptiste
Jean-Jacques Jégou
Alain Jonemann
Didier Julia
Alain Juppé
Gabriel Kaspereit
Aimé Kergueris
Christian Kert
Jean Kiffer
Emile Koehl
Claude Labbé
Marc Laffineur
Jacques Lafleur
Alain Lamassoure
Edouard Landrain
Philippe Legras
Auguste Legros
Gérard Léonard
François Léotard
Arnaud Lepereq
Pierre Lequiller
Roger Lestas
Maurice Ligot
Jacques Limouzy
Jean de Lipkowsk
Gérard Longuet
Alain Madelin
Jean-François Maucel
Raymond Marcellin
Claude-Gérard Marcus
Jacques Masdeu-Arus

Jean-Louis Masson
Gilbert Mathieu
Jean-François Mattei
Pierre Manger
Joseph-Henri Maujolan du Gasset
Alain Mayoud
Pierre Mazeaud
Pierre Méhaignerie
Pierre Merli
Georges Mesmin
Philippe Mestre
Michel Meylan
Pierre Micaux
Mme Lucette Michaux-Chevry
Jean-Claude Mignon
Charles Millou
Charles Miossec
Mme Louise Moreau
Alain Moyné-Bressand
Maurice

Nénou-Pwatabo
Jean-Marc Nesme
Michel Noir
Roland Nungesser
Patrick Ollier
Charles Paccou
Arthur Paecht
Mme Françoise de Panafieu
Robert Pandraud
Mme Christiane Papon
Mme Monique Papon
Pierre Pasquini
Michel Pelchat
Dominique Perbeu
Régis Perbet
Jean-Pierre de Peretti della Rocca
Michel Péricard
Francisque Perrut
Alain Peyrefitte
Jean-Pierre Philibert
Mme Yann Piat
Etienne Pinte
Ladislas Poniatowski
Bernard Pons
Robert Poujade
Jean-Luc Prael
Jean Proriot
Eric Raoult
Pierre Raynal
Jean-Luc Reitzer
Marc Reymann
Lucien Richard
Jean Rigaud
Gilles de Robien
Jean-Paul de Rocca Serra
François Rochebloine
André Rossi
José Rossi
André Rossinor
Jean Royer
Antoine Rufenacht
Francis Saint-Ellier
Rudy Salles
André Santini
Nicolas Sarkozy
Mme Suzanne Sauvalgo

Bernard Schreiner
(Bas-Rhin)
Philippe Séguin
Jean Seitzlinger
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 Toubon
Georges Tranchant
Jean Uehersschlag
Léon Vacher
Jean Valleix
Philippe Vasseur

Gérard Vignoble
Philippe de Villiers
Jean-Paul Virapoullé
Robert-André Vivien
Michel Voisin
Roland Guillaume
Jean-Jacques Weber
Pierre-André Wiltzer
Claude Wolff
Adrien Zeller.

Alain Journet
Jean-Pierre Kucheida
André Labarrère
Jean Laborde
Jean Lacombe
Pierre Lagorce
Jean-François
Lamarque
Jérôme Lambert
Michel Lambert
Jean-Pierre Lapaire
Claude Laréal
Dominique Larifla
Jean Laurain
Jacques Lavédrise
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 Guec
André Lejeune
Georges Lemoine
Guy Lengagne
Alexandre Léontieff
Ruger Léron
Alain Le Vern
Claude Lise
Robert Loïd
Guy Lordinat
Jeanny Lorgeoux
Maurice
Louis-Joseph-Dogué
Jean-Pierre Luppi
Bernard Madrelle
Jacques Mahéas
Guy Malandain
Mme Marie-Claude
Malaval

Thierry Maodon
Jean-Pierre Marche
Roger Mas
René Massat
Marius Masse
François Massot
Didier Mathus
Pierre Mauroy
Pierre Métails
Charles Metzinger
Henri Michel
Jean-Pierre Michel
Didier Migaud
Mme Hélène Mignon
Claude Miquet
Gilbert Mitterrand
Marcel Moczar
Guy Monjalon
Gabriel Montcharmont
Mme Christiane Mora
Bernard Nayral
Alain Néri
Jean-Paul Nuazi
Jean Oehler
Pierre Ortet
François Patriat
Jean-Pierre Pélicaut
Jean-Claude Peyronnet
Michel Pezet
Christian Pierret
Yves Pillet
Charles Pistre
Jean-Paul Planchou
Bernard Poinant
Alexis Pota
Maurice Pouchon
Jean Proveux
Jean-Jack Queyranne
Jean-Claude Ramos
Guy Ravier
Alfred Recours
Daniel Reiner

Alain Richard
Jean Rigal
Gaston Rimarix
Roger Riochet
Mme Dominique
Robert
Alain Rodet
Jacques
Roger-Machart
Mme Yvette Roudy
René Rouquet
Michel Sainte-Marie
Philippe Saumaro
Jean-Pierre Santa Cruz
Jacques Santrot
Gérard Saumade
Robert Savy
Bernard Schreiner
(Yvelines)
Roger-Gérard
Schwartzberg
Robert Schwiot
Patrick Seve
Henri Sire
Mme Marie-Joséphine
Sublet
Michel Suchod
Yves Tavernier
Jean-Michel Testu
Michel Thuvin
Pierre-Yvon Trémel
Edmond Vacant
Daniel Vaillant
Emile Vernaudo
Pierre Victoria
Joseph Vidal
Yves Vidal
Alain Vialles
Jean Vittraut
Marcel Wacheux
Aloÿse Warhouver
Jean-Pierre Worms.

Ont voté contre

MM.
Maurice
Adevah-Peuf
Jean-Marie Alaize
Jean Albouy
Mme Jacqueline
Alquier
Jean Anciant
Bernard Angels
Robert Anselin
Henri d'Antilio
Jean Auroux
Jean-Yves Autexier
Jean-Marc Ayrault
Jean-Paul Bachy
Jean-Pierre Baeumler
Jean-Pierre Balduyck
Jean-Pierre Balligand
Gérard Bapt
Régis Barailla
Claude Barande
Bernard Bardin
Alain Barrau
Claude Bartolone
Philippe Bassinet
Christian Bataille
Jean-Claude Bateaux
Umberto Battist
Jean Beaufrils
Guy Béche
Jacques Becq
Roland Beiz
André Bellon
Jean-Michel Belorgey
Serge Beltrame
Georges Benedetti
Jean-Pierre Bequet
Michel Bérégovoy
Pierre Bernard
François Bernardini
Michel Berson
André Billardon
Bernard Bioulac
Jean-Claude Bliu
Jean-Marie Bockel
David Bohbot
Jean-Claude Bois
Gilbert Bonnemaïson
Alain Bonnet
Augustin Bonrepaux
André Borel
Mme Huguette
Bouchard-Jean
Jean-Michel
Boucheron
(Charente)
Jean-Michel
Boucheron
(Ille-et-Vilaine)

Jean-Claude Bouquard
Jean-Pierre Bouquet
Claude Bourdina
René Bourget
Pierre Bourguignon
Jean-Pierre Braïe
Pierre Brana
Jean-Paul Bret
Maurice Briand
Alain Bruze
Mme Denise Cacheux
Jean-Paul Calloud
Alain Calmat
Jean-Christophe
Cambadelis
Jacques Cambolive
André Capet
Roland Carraz
Michel Cartelet
Bernard Carton
Elie Castor
Bernard Cauvin
René Cazenave
Aimé Césaire
Guy Chanfrault
Jean-Paul Chaneguet
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 Colpo
Michel Crépeau
Pierre-Jean Daviaud
Mme Martine David
Jean-Pierre
Defontaine
Marcel Dehonx
Jean-François
Delahais
André Delattre
Jacques Delhy
Albert Devers
Bernard Derosier
Freddy
Deschaux-Beaume
Jean-Claude Dessenin
Michel Destot
Paul Dhaille
Michel Diest

Marc Dolez
Yves Dollo
René Dosières
Raymond Douyère
Julien Dray
René Drouic
Claude Ducert
Pierre Ducout
Jean-Louis Dumont
Dominique Dupillet
Yves Durend
Jean-Paul Durieux
Paul Duvalaix
Mme Janine Ecchard
Henri Emmanuelli
Pierre Esteve
Claude Evia
Laurent Fabius
Albert Feron
Jacques Fleury
Jacques Floch
Pierre Forges
Raymond Forni
Alain Fort
Jean-Pierre Fourré
Michel François
Roger Frattoni
Georges Frêche
Michéi Fromet
Claude Gaits
Claude Galametz
Bertrand Gallet
Dominique Gambler
Pierre Garmendia
Marcel Garrouste
Kamilo Gata
Jean-Yves Gateaud
Jean Gatel
Jean Gaubert
Claude Germon
Jean Giovannelli
Joseph Gourmelou
Hubert Gouze
Gérard Guzes
Léo Gréard
Jean Guigné
Edmond Hervé
Jacques Heuclin
Pierre Hlard
François Hollande
Roland Huguet
Jacques Huyghues
des Etages
Gérard Istace
Mme Marie Jacq
Frédéric Jalton
Jean-Pierre Joseph
Noël Joseph

N'ont pas pris part au vote

MM.
François Asensi
Raymond Barre
Marcelin Berthelot
Alain Bocquet
Jean-Pierre Brard
Jacques Brunhes
Jean-Marie Cambacérés
René Carpentier
Jean-Marie Daillet
André Duroméa

Jean-Claude Gayssot
Pierre Goldberg
Roger Goublier
Georges Hage
Guy Hermier
Elie Hoarau
Mme Muguette
Jacquiat
André Lajoinie
Jean-Claude Lefort
Daniel Le Meur

Paul Lombard
Georges Marchais
Gilbert Millet
Robert Montdargent
Ernest Moutoussamy
Louis Pieran
Jacques Rimhault
Jean Tardito
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.

Mise au point au sujet du présent scrutin
(Sous réserve des dispositions de l'article 68, alinéa 4,
du règlement de l'Assemblée nationale)

M. André Delehedde a fait savoir qu'il avait voulu voter
« contre ».



LuraTech

www.luratech.com

ABONNEMENTS

ÉDITIONS		FRANCE et outre-mer	ETRANGER	
Codes	Titres	Francs	Francs	
DEBATS DE L'ASSEMBLEE NATIONALE :				Les DEBATS de L'ASSEMBLEE NATIONALE font l'objet de deux éditions distinctes : - 03 : compte rendu intégral des séances ; - 33 : questions écrites et réponses des ministres. Les DEBATS du SENAT font l'objet de deux éditions distinctes : - 05 : compte rendu intégral des séances ; - 35 : questions écrites et réponses des ministres. Les DOCUMENTS de L'ASSEMBLEE NATIONALE font l'objet de deux éditions distinctes : - 07 : projets et propositions de lois, rapports et avis des commissions. - 27 : projets de lois de finances Les DOCUMENTS DU SENAT comprenant les projets et propositions de lois, rapports et avis des commissions.
03	Compte rendu..... 1 an	108	882	
33	Questions..... 1 an	108	654	
83	Table compte rendu.....	52	88	
93	Table questions.....	52	96	
DEBATS DU SENAT :				
05	Compte rendu..... 1 an	99	535	
35	Questions..... 1 an	99	348	
85	Table compte rendu.....	52	81	
95	Table questions.....	32	52	
DOCUMENTS DE L'ASSEMBLEE NATIONALE :				
07	Série ordinaire..... 1 an	670	1 572	
27	Série budgétaire..... 1 an	203	304	
DOCUMENTS DU SENAT :				
09	Un an.....	670	1 536	
En cas de changement d'adresse, joindre une bande d'envoi à votre demande.				
Tout paiement à la commande facilitera son exécution Pour expédition par voie aérienne, outre-mer et à l'étranger, paiement d'un supplément modulé selon la zone de destination.				

DIRECTION, REDACTION ET ADMINISTRATION

26, rue Desaix, 75727 PARIS CEDEX 15

Téléphone STANDARD : (1) 40-58-75-00

ABONNEMENTS : (1) 40-58-77-77

TELEX : 201176 F DIRJO-PARIS

www.luratech.com

Prix du numéro : 3 F

(Fascicule de un ou plusieurs cahiers pour chaque journée de débats; celle-ci pouvant comporter une ou plusieurs séances.)



LuraTech

www.luratech.com