

COMPTÉ RENDU ANALYTIQUE OFFICIEL

Mercredi 19 novembre 2008

FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2009 (Suite)

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| MISE AU POINT AU SUJET D'UN VOTE | 1 |
| ORGANISMES EXTRAPARLEMENTAIRES | 1 |
| DÉCÈS D'ANCIENS SÉNATEURS | 3 |
| FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2009 (Suite)..... | 3 |
| <i>Discussion des articles (Suite)</i> | 3 |
| Articles additionnels après l'article 31 | 3 |
| Article 31 bis | 4 |
| Article additionnel | 6 |
| Article 32 | 7 |
| Article additionnel | 8 |
| Article 33 | 8 |
| Articles additionnels | 10 |
| Article 34 | 18 |
| Article 34 bis | 21 |
| Articles additionnels | 21 |
| Article 35 | 22 |
| Articles additionnels | 23 |
| Article 35 bis | 23 |
| Article additionnel | 24 |
| Article 36 | 25 |
| Article 37 bis | 26 |
| Articles additionnels | 27 |
| Article 37 ter | 27 |
| Article 37 quater | 28 |
| Articles additionnels | 28 |
| Article 38 bis | 28 |
| MODIFICATION À L'ORDRE DU JOUR | 29 |
| FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2009 (Suite)..... | 29 |
| <i>Discussion des articles (Suite)</i> | 29 |
| Article 39 | 29 |
| Articles additionnels | 35 |
| Article 39 bis | 36 |
| Article 40 | 37 |
| Article additionnel | 43 |
| Article 40 bis | 43 |
| Article 40 ter | 44 |
| Article 41 | 44 |
| Article additionnel | 47 |
| Article 42 | 47 |
| Article additionnel | 48 |
| Article 42 bis | 49 |
| Article additionnel | 49 |
| Article 43 | 49 |
| Article 44 | 51 |

SÉANCE du mercredi 19 novembre 2008

24^e séance de la session ordinaire 2008-2009

PRÉSIDENTE DE M. BERNARD FRIMAT,
VICE-PRÉSIDENT

La séance est ouverte à 15 heures.

Le procès-verbal de la précédente séance, constitué par le compte rendu analytique, est adopté sous les réserves d'usage.

Mise au point au sujet d'un vote

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – Avec Mme Jacqueline Gourault, nous avons voté hier pour les amendements n^{os} 186 et 301, contrairement à ce qui a été enregistré.

M. le président. – Je vous en donne acte.

Organismes extraparlementaires

M. le président. – J'informe le Sénat que M. le Premier ministre a demandé au Sénat de bien vouloir procéder à la désignation de sénateurs appelés à siéger au sein de plusieurs organismes extraparlementaires.

Conformément à l'article 9 du Règlement, j'invite la commission des affaires culturelles à présenter :

- deux candidats (un titulaire et un suppléant) pour siéger au sein du Comité de suivi de la loi relative aux libertés et responsabilités des universités ;

- un candidat pour siéger au sein du Comité national de l'initiative française pour les récifs coralliens ;

- un candidat pour siéger au sein de la Commission nationale de l'informatique et des libertés ;

- un candidat pour siéger au sein de la Commission supérieure du service public des postes et des communications électroniques ;

- un candidat pour siéger au sein du conseil d'administration de la société France Télévisions ;

- un candidat pour siéger au sein du conseil d'administration de la société France 2 ;

- un candidat pour siéger au sein du conseil d'administration de la société France 5 ;

- un candidat pour siéger au sein du conseil d'administration de la société Radio-France ;

- un candidat pour siéger au sein du conseil d'administration de l'Établissement public du quai Branly ;

- un candidat pour siéger au sein du conseil d'administration du Centre national d'art et de culture Georges Pompidou ;

- un candidat pour siéger au sein du conseil d'administration du Centre national des œuvres universitaires et scolaires ;

- deux candidats (un titulaire et un suppléant) pour siéger au sein du conseil d'administration du Conservatoire de l'espace littoral et des rivages lacustres ;

- un candidat pour siéger au sein du Conseil d'orientation pour la prévention des risques naturels majeurs ;

- deux candidats (un titulaire et un suppléant) pour siéger au sein de l'Observatoire national de la sécurité des établissements scolaires et d'enseignement supérieur.

Conformément à l'article 9 du Règlement, j'invite la commission des affaires économiques à présenter :

- trois candidats (un titulaire et deux suppléants) pour siéger au sein du Conseil national des transports ;

- un candidat pour siéger au sein du Comité consultatif des liaisons aériennes d'aménagement du territoire ;

- un candidat pour siéger au sein du Comité consultatif des subventions aux exploitants d'aérodromes ;

- un candidat pour siéger au sein du Comité de contrôle du fonds de soutien aux hydrocarbures ou assimilés d'origine nationale ;

- un candidat pour siéger au sein du Comité de liaison pour l'accessibilité des transports et du cadre bâti ;

- un candidat pour siéger au sein du Comité national de l'initiative française pour les récifs coralliens ;

- un candidat pour siéger au sein de la Commission supérieure des sites, perspectives et paysages ;

- un candidat pour siéger au sein de la Commission supérieure du crédit maritime mutuel ;

- quatre candidats pour siéger au sein de la Commission supérieure du service public des postes et des communications électroniques ;

- un candidat pour siéger au sein du conseil d'administration de l'Agence des aires marines protégées ;

- un candidat pour siéger au sein du conseil d'administration de l'Établissement public national

d'aménagement et de restructuration des espaces commerciaux et artisanaux ;

- un candidat pour siéger au sein du conseil d'administration du Fonds pour le développement de l'intermodalité dans les transports ;

- un candidat pour siéger au sein du conseil d'administration d'Ubifrance, agence française pour le développement international des entreprises ;

- deux candidats (un titulaire et un suppléant) pour siéger au sein du conseil d'orientation de l'Observatoire national sur les effets du réchauffement climatique en France métropolitaine et dans les départements et territoires d'outre-mer ;

- trois candidats pour siéger au sein du Conseil national de l'aménagement et du développement du territoire ;

- un candidat pour siéger au sein du Conseil national de l'habitat ;

- un candidat pour siéger au sein du Conseil national de l'information statistique ;

- un candidat pour siéger au sein du Conseil supérieur de la coopération ;

- un candidat pour siéger au sein du Conseil supérieur de la sûreté et de l'information nucléaire ;

- un candidat pour siéger au sein du Conseil supérieur de l'aviation marchande ;

- quatre candidats (deux titulaires et deux suppléants) pour siéger au sein du Conseil supérieur de l'énergie ;

- un candidat pour siéger au sein du Haut comité pour la transparence et l'information sur la sécurité en matière nucléaire ;

- un candidat pour siéger au sein de l'Observatoire des territoires ;

- un candidat pour siéger au sein de l'Observatoire national des zones urbaines sensibles ;

- deux candidats (un titulaire et un suppléant) pour siéger au sein de l'Observatoire national du service public de l'électricité et du gaz.

Conformément à l'article 9 du Règlement, j'invite la commission des affaires étrangères à présenter un candidat pour siéger au sein du Conseil d'orientation stratégique du fonds de solidarité prioritaire.

Conformément à l'article 9 du Règlement, j'invite la commission des affaires sociales à présenter :

- un candidat pour siéger au sein de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;

- deux candidats (un titulaire et un suppléant) pour siéger au sein du conseil d'administration de l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances ;

- un candidat pour siéger comme membre suppléant au sein du conseil de surveillance du Fonds de réserve pour les retraites ;

- trois candidats pour siéger au sein du Conseil d'orientation des retraites ;

- un candidat pour siéger au sein du Conseil national du bruit ;

- deux candidats (un titulaire et un suppléant) pour siéger au sein du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

Conformément à l'article 9 du Règlement, j'invite la commission des finances à présenter :

- deux candidats (un titulaire et un suppléant) pour siéger au sein du Comité central d'enquête sur le coût et le rendement des services publics ;

- deux candidats (un titulaire et un suppléant) pour siéger au sein du Comité des finances locales ;

- un candidat pour siéger au sein du Comité des prix de revient des fabrications d'armement ;

- deux candidats pour siéger au sein de la Commission supérieure du service public des postes et des communications électroniques ;

- un candidat pour siéger au sein du conseil d'administration de l'Établissement public de réalisation de défaisance ;

- un candidat pour siéger au sein du conseil d'administration du Centre national d'art et de culture Georges Pompidou ;

- un candidat pour siéger au sein du Conseil immobilier de l'État ;

- un candidat pour siéger au sein du conseil de surveillance du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture maladie universelle ;

- un candidat pour siéger comme membre suppléant au sein du conseil de surveillance du Fonds de réserve pour les retraites ;

- un candidat pour siéger au sein du Conseil d'orientation des retraites ;

- un candidat pour siéger au sein du Conseil national de l'aménagement et du développement durable du territoire ;

- un candidat pour siéger au sein du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie ;

Conformément à l'article 9 du Règlement, j'invite la commission des lois à présenter :

- deux candidats (un titulaire et un suppléant) pour siéger au sein du Comité des finances locales ;

- un candidat pour siéger comme membre suppléant au sein de la Commission supérieure de codification ;

- un candidat pour siéger au sein du conseil d'administration du Conservatoire de l'espace littoral et des rivages lacustres ;

- un candidat pour siéger au sein du Conseil national de l'aménagement et du développement du territoire ;

- deux candidats pour siéger au sein du Conseil supérieur de l'administration pénitentiaire ;

- un candidat pour siéger comme membre suppléant au sein de la Commission nationale de l'admission exceptionnelle au séjour.

Les nominations des sénateurs appelés à siéger au sein de ces organismes extraparlimentaires auront lieu ultérieurement dans les conditions prévues par l'article 9 du Règlement.

Décès d'anciens sénateurs

M. le président. – J'ai le regret de vous faire part du décès de notre ancien collègue Gérard Coppenrath, qui fut sénateur de Polynésie française de 1958 à 1962, et de notre ancien collègue Paul Guillard, qui fut sénateur de Loire-Atlantique de 1965 à 1983 et questeur de notre assemblée.

Financement de la sécurité sociale pour 2009 (Suite)

M. le président. – L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2009.

Discussion des articles (Suite)

Articles additionnels après l'article 31

M. le président. – Amendement n°272, présenté par Mme Le Texier et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après l'article 31, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Un rapport sur l'évaluation de l'application de l'article 52 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 sera présenté au Parlement avant le 30 septembre 2009.

Mme Raymonde Le Texier. – Nous souhaitons que le Gouvernement présente un rapport d'évaluation des franchises médicales, il vient tout juste de nous parvenir : je retire l'amendement.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. – Le Gouvernement est rapide !

L'amendement n°272 est retiré.

M. le président. – Amendement n°353, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC.

Après l'article 31, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le ministre chargé de la sécurité sociale transmet au Parlement, avant le 30 juin 2009, un rapport sur les conséquences pour les assurés sociaux, notamment en termes d'accès aux soins, de l'instauration des franchises médicales prévues à l'article 52 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.

M. Guy Fischer. – Ce rapport vient d'arriver, nous avons à peine eu le temps de le lire. Nous savons combien le Sénat, et en particulier le président de la commission des affaires sociales, ne voient pas d'un bon œil l'engagement du Gouvernement à produire des rapports.

Nous nous serions volontiers passés de cet amendement si tous ceux que nous avons déposés sur les franchises médicales n'avaient pas été déclarés irrecevables. Nous voulions supprimer les franchises médicales, ce véritable impôt sur la maladie payé par les seuls malades et très inégalitaire. Elles étaient censées, au départ, financer le plan Alzheimer, on nous parle aujourd'hui de « responsabiliser » les malades. Mais les franchises touchent surtout les plus pauvres et les plus malades de nos concitoyens ! Nous proposons d'en exonérer les bénéficiaires de la CMU-c, les malades en affection de longue durée, ainsi que les victimes d'accidents ou de maladies professionnelles, à qui l'on demande, avec les franchises, de participer à la réparation de fautes ou de négligences commises par leurs employeurs ; nous proposons également d'exclure de l'assiette des franchises médicales les vaccins, qui relèvent de la politique sanitaire et de la prévention. Mais il a suffi de l'article 40 pour écarter tout débat sur nos propositions : c'est à croire que cet article sert à empêcher de débattre !

M. Nicolas About, président de la commission. – Nous débattons tout de même un peu de vos propositions ! (*Exclamations sur les bancs CRC*)

M. Guy Fischer. – Nous vous présentons donc cet amendement de repli, pour, au moins, évaluer l'effet des franchises médicales.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – L'argumentation de M. Fischer suffit à motiver l'avis défavorable de la commission puisqu'il nous parle d'autre chose que du rapport d'évaluation, lequel a été déposé par le Gouvernement. Mme Le Texier, elle, a retiré son amendement !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. – Effectivement, Mme Le Texier a reconnu que son amendement était satisfait, mais M. Fischer

veut nous parler de tout autre chose : avis défavorable.

M. Jean-Pierre Godefroy. – Les franchises médicales sont particulièrement injustes pour les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles, il faudra bien le reconnaître un jour ! En effet, pour ces risques, la réparation n'est pas totale : les victimes doivent contribuer à réparer, c'est particulièrement injuste !

Mme Annie David. – Le rapport que nous demandons n'est pas exactement le même que celui de nos collègues socialistes : nous incluons l'évaluation de l'impact des franchises médicales sur le pouvoir d'achat et sur le report de soins. Le Gouvernement nous a communiqué un rapport jeudi dernier, c'est un peu court pour l'analyser vu notre emploi du temps ! Madame la ministre, si nos deux demandes spécifiques d'évaluation figurent dans ce rapport, nous retirerons l'amendement !

L'amendement n°353 n'est pas adopté.

Article 31 bis

Par dérogation aux articles L. 162-9 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, la part prise en charge par l'assurance maladie des cotisations exigibles en 2009 en application de l'article L. 722-4 du même code par les chirurgiens-dentistes exerçant dans le cadre de la convention prévue à l'article L. 162-9 du même code, est déterminée par une décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, prise après avis des organisations syndicales nationales représentatives de la profession.

M. le président. – Amendement n°234 rectifié bis, présenté par MM. Lardeux, Gilles, Portelli et Leclerc.

Supprimer cet article.

M. André Lardeux. – Cet article confère au directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) le pouvoir de décider unilatéralement du taux de participation des caisses aux cotisations d'assurance maladie des chirurgiens-dentistes pour l'an prochain. Cette mesure d'exception survient à la suite de la décision du Conseil d'État annulant les modulations de la participation des caisses aux cotisations d'assurance maladie pour l'année 2006 et après le refus par la Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD) de la proposition d'avenant par l'Uncam.

Cet article va à l'encontre de l'esprit de la convention de 2006 : la méthode employée ne sera pas neutre pour un grand nombre de chirurgiens-dentistes et conduira à une importante majoration des cotisations tout particulièrement pour les praticiens exerçant dans les zones défavorisées à fort taux de patients bénéficiant de la CMU-c.

Cet article méconnaît les dispositions de l'article 34 de la Constitution, en modifiant, pour l'année 2009,

l'assiette et le taux de cotisation des chirurgiens-dentistes. Il déroge également à la réglementation relative aux pouvoirs de l'Uncam : le directeur de l'Uncam est investi d'une compétence réglementaire, mais, en fixant l'assiette de la quote-part de participation des caisses aux cotisations sociales professionnelles, il toucherait indirectement à l'assiette de cotisation du praticien, laquelle relève de la loi.

M. le président. – Amendement identique n°273 rectifié, présenté par Mme Le Texier et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Mme Raymonde Le Texier. – Le Conseil d'État ayant cassé la convention de 2006, l'article 31 bis donne au directeur de l'Uncam la possibilité de fixer les modalités de prise en charge des cotisations sociales. La mesure est brusque ! Pour 2009, tant l'assiette que le taux des cotisations seront modifiés unilatéralement. Cela fait-il vraiment partie des prérogatives de l'Uncam ? L'effet de la mesure ne sera pas neutre, les praticiens en zone défavorisée subiront une importante majoration de leur contribution. L'échec de la voie contractuelle justifie-t-il ce passage en force par la voie législative ? Nous ne le croyons pas.

M. le président. – Amendement identique n°341, présenté par Mme Dini et les membres du groupe UC.

Mme Muguette Dini. – En mai 2006, l'Uncam a signé avec la Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD) et l'Union des jeunes chirurgiens dentaires (UJCD) une convention nationale revalorisant les soins conservateurs et chirurgicaux, qui représentent les deux tiers du temps de travail de cette profession. Les tarifs des soins conservateurs, très inférieurs à ce qu'ils sont ailleurs en Europe, n'avaient pas été revalorisés depuis 1997.

En contrepartie, les professionnels se sont engagés à ne pas augmenter les tarifs des prothèses ; et la participation des caisses d'assurance maladie aux cotisations sur les dépassements d'honoraires des soins prothétiques a été supprimée. Les nouvelles dispositions ont été publiées dans un arrêté du 14 juin 2006. Les appels de cotisations majorés se sont appliqués de fait à la période du 1^{er} mai 2006 au 30 avril 2007.

Le Conseil d'État, dans un arrêt du 16 juin 2008, a annulé partiellement l'arrêté d'approbation pour non-respect du principe de non-rétroactivité des actes réglementaires. L'article 31 bis a été introduit en réaction à cette situation. Nous sommes opposés à une telle démarche.

M. le président. – Amendement identique n°371 rectifié, présenté par Mme Desmarescaux, M. Darniche, Mme Procaccia, M. Jacques Blanc, Mme Goy-Chavent et M. Türk.

Mme Sylvie Desmarescaux. – Mêmes explications ! Chacun a maintenant compris ce dont il s'agit.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Face à ce tir groupé, un peu de pédagogie s'impose, tant à l'adresse des chirurgiens-dentistes qu'aux sénateurs porteurs des amendements de suppression.

Les professionnels concernés ont le sentiment d'être spoliés : la mesure introduirait un déséquilibre par rapport aux accords conventionnels de 2006. Ils ajoutent à cela un argument de droit : une dérogation à des dispositions figurant dans une loi organique ne pourrait intervenir dans une loi simple. Mme la ministre nous dira sans doute ce qu'elle en pense.

Pour moi, je ne crois pas que le problème de droit se pose. Dès lors que la mesure a un impact sur les équilibres financiers et sur le respect de l'Ondam, elle a sa place dans ce projet de loi de financement. Si elle n'avait pas d'impact financier, elle pourrait être considérée comme un cavalier. J'attire du reste l'attention de nos collègues sur l'évolution prochaine de notre Règlement : des amendements cette année discutés pourraient à l'avenir être frappés d'irrecevabilité...

Quoi qu'il en soit, la commission est défavorable à ces amendements de suppression car l'article 31 *bis* rétablit la situation qui aurait dû résulter des accords de 2006. En compensation de la revalorisation de leurs honoraires, les chirurgiens-dentistes ont accepté une augmentation de leurs cotisations sociales. Le Conseil d'État a annulé la disposition touchant les cotisations mais la revalorisation s'est appliquée. La neutralité du dispositif a donc été rompue.

J'ajoute que l'article 31 *bis* ne vaut que pour 2009, la mesure n'ayant pas à être reconduite au-delà. Il se borne à restaurer la neutralité initiale. Je demande donc le retrait des amendements. Pour achever de vous convaincre, j'ai là un tableau (*l'orateur brandit une feuille de papier*) qui montre l'évolution comparée des revalorisations et des cotisations...

M. Guy Fischer. – Je voudrais bien le voir !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – La convention de mai 2006 comporte une revalorisation très importante -et justifiée- des soins conservateurs : 280 millions d'euros en année pleine. Il s'agissait aussi d'améliorer la prévention et la santé bucco-dentaire, avec la mise en place du programme « M'T dents ». Les forfaits CMU-c ont été également revalorisés de 30 %.

En contrepartie, les syndicats dentaires ont accepté que la prise en charge des cotisations sociales ne s'applique plus sur les dépassements d'honoraires en matière de prothèses. Je m'étonne que ceux qui dénonçaient les dépassements d'honoraires appellent à une exonération des cotisations sur les dépassements !

M. François Autain. – Pas tous !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – La CNSD et l'UJCD ont accepté ces dispositions en 2006. Et patatras ! Le Conseil d'État a annulé une partie du dispositif, celle touchant les cotisations. Il ne jugeait pas sur le fond, Mme Dini l'a très bien dit, mais sur le caractère légèrement rétroactif de son application. Les revalorisations, elles, n'ont pas été annulées...

Par la suite, certaines organisations n'ont pas accepté de signer un nouvel accord sur les cotisations : l'équilibre de la convention était donc faussé. Les amendements de suppression créent une charge de 135 millions d'euros pour l'assurance maladie, ils n'ont pourtant pas été « retoqués » par la commission des finances -le rapporteur pour avis nous expliquera peut-être pourquoi. Reste qu'ils ne sont pas gagés et tombent sous le coup de l'article 40. Quoi qu'il en soit, il y avait blocage. Un amendement adopté à l'Assemblée nationale a rétabli la situation acceptée par toutes les parties à l'accord de 2006.

Quant aux compétences du directeur de l'Uncam, il n'y a aucune innovation ! Il en exerce de comparables, fixant par exemple le ticket modérateur pour les médicaments, comme les tarifs de tous les actes figurant dans les nomenclatures ; il est en outre délégataire de pouvoirs réglementaires importants, signature des conventions avec les professionnels de santé, signature des conventions d'objectifs et de moyens avec l'État.

L'article 31 *bis* tire les conséquences de l'échec des négociations pour rétablir l'équilibre.

Cette compétence n'est déléguée au directeur général de l'Uncam que pour les cotisations de 2009 et elle n'est pas reconductible. L'amendement peut donc être retiré.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis de la commission des finances. – Nos collègues sont toujours très déçus lorsque nous dégainons l'article 40 mais ce n'est pas la raison pour laquelle nous ne l'avons pas fait cette fois-ci : il s'agit ici d'un droit existant.

M. Nicolas About, président de la commission. – C'est le Conseil d'État qui a commis la faute.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – Il n'en reste pas moins que l'intérêt de nos finances publiques appelle le retrait de cet amendement.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Nous avons le même souci.

M. André Lardeux. – A situation particulière, traitement particulier... Dans la mesure où c'est ponctuel, j'accepte de retirer mon amendement.

L'amendement n°234 rectifié bis est retiré.

Mme Raymonde Le Texier. – Ne faites pas comme si notre dénonciation des dépassements

d'honoraires n'était qu'à éclipses ! Je vois, dans l'est du Val-d'Oise dont je suis l'élue, la difficulté que nous avons à conserver nos dentistes sans dépassement d'honoraires. Quand je suis sur le fauteuil, j'entends la manière dont le praticien accepte de recevoir des patients sans argent.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Il n'est pas concerné par cet article.

Mme Raymonde Le Texier. – Je continue néanmoins à dénoncer les dépassements d'honoraires injustifiés.

L'amendement n°341 est retiré.

Mme Sylvie Desmarescaux. – Cette discussion a eu le mérite d'exister, à la différence de ce qui s'est passé à l'Assemblée nationale. Je note que 2009 sera exceptionnelle et je prends acte des conséquences de cette disposition sur l'Ondam.

L'amendement n°371 rectifié est retiré.

M. Bernard Cazeau. – Il semble qu'en vertu de la décision du Conseil d'État l'Acoss ait commencé à rembourser depuis plusieurs mois. Je ne vois pas comment vous allez vous en sortir.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers et l'assurance maladie. – Le propos de Mme Le Texier pourrait laisser à penser que cette disposition pourrait nuire à nos concitoyens qui ne bénéficient pas d'un bon maillage de professionnels de santé. Cela n'a aucun rapport ! (*Mme Raymonde Le Texier le reconnaît*)

A la suite de ce qu'a dit Mme Desmarescaux, j'invite instamment les professionnels de santé à lire le compte rendu de nos débats pour bien comprendre notre décision : il s'agit du respect littéral d'un engagement pris par les professionnels de santé avec l'Uncam.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Les caisses ont versé en 2008 le trop perçu de 2006 et ces mesures-ci prendront effet en 2009 pour compenser cela.

L'amendement n°273 rectifié n'est pas adopté.

L'article 31 bis est adopté.

Article additionnel

M. le président. – Amendement n°362, présenté par M. Leclerc.

Après l'article 31 bis, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La première phrase du quatrième alinéa de l'article L. 1142-15 du code de la santé publique est ainsi rédigée :

« Sauf dans les cas où, d'une part, le délai de validité de la couverture d'assurance garantie par les dispositions

du cinquième alinéa de l'article L. 251-2 du code des assurances est expiré, et d'autre part, sont dépassés les plafonds de garantie prévus dans les contrats d'assurance en application des dispositions du troisième alinéa de l'article L. 1142-2 du présent code, l'office est subrogé. »

M. Dominique Leclerc. – Malgré les réformes louables, les médecins libéraux qui exercent des spécialités à risques importants restent toujours confrontés à des difficultés d'assurance de leur responsabilité civile professionnelle. La loi de décembre 2002 a autorisé un plafond minimum de garantie à 3 millions ; la plupart des contrats d'assurances actuels sont alignés sur ce minimum. Au-delà de ce montant, l'Oniam intervient et peut ensuite se retourner contre le médecin, qui est donc insuffisamment couvert en cas de sanctions financières supérieures à 3 millions d'euros.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers et l'assurance maladie. – Au-delà de ces 3 millions, la question se pose de savoir si l'Oniam intervient. Il semble que le cas de figure ne se soit jamais présenté. Si le Gouvernement le confirme, j'invite au retrait.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Le problème est très réel mais les pouvoirs publics ne sont pas restés inactifs. Une proposition de loi du président About a été adoptée fin 2002 afin d'améliorer la solvabilité des risques médicaux. En 2006, il a été décidé que l'assurance maladie aiderait les praticiens à souscrire une assurance contre ces risques. Cette aide, qui n'est pas minime puisqu'elle représente de 55 à 65 % de la prime, a bénéficié à 7 000 médecins pour un coût total de 60 millions. (*M. François Autain observe que ce n'est pas rien*) Ses effets positifs sont très sensibles : le nombre de décisions du bureau central d'intervention est passé de 1 096 en 2003 à 49 en 2006 ! Le problème paraît donc réglé.

Avant de modifier le cadre législatif, laissons les dispositions existantes prendre leur effet, via la Haute autorité de santé. Cet amendement n'est ni opportun ni déterminant ; il aurait en outre un coût pour l'assurance maladie. Cet aspect-là n'est pas anodin mais le problème est surtout de principe : vous voudriez faire intervenir l'Oniam en cas de faute médicale alors que sa mission concerne l'aléa thérapeutique.

Au détour d'une mesure strictement financière, on changerait les missions de l'Oniam alors que vos préoccupations sont prises en compte. Mieux vaudrait retirer l'amendement.

M. Dominique Leclerc. – La mesure a été très efficace ; il fallait en effet distinguer entre faute et risque, et je vous remercie de toutes ces précisions.

L'amendement n°362 est retiré.

Article 32

I. - L'article L. 111-11 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Ces propositions sont accompagnées d'un bilan détaillé de la mise en œuvre et de l'impact financier des propositions de l'année précédente qui ont été retenues dans le cadre de la mise en œuvre de la loi de financement de la sécurité sociale, ainsi que des négociations avec les professionnels de santé conduites en vertu de l'article L. 182-2. »

II. - Le troisième alinéa de l'article L. 114-4-1 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Il analyse les conditions d'exécution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour l'année précédente et le risque qui en résulte pour le respect de l'objectif de l'année en cours. »

III. - A la deuxième phrase du dernier alinéa de l'article L. 114-4-1 du même code, après le mot : « transmises », sont insérés les mots : « dans un délai d'un mois ».

M. le président. – Amendement n°69, présenté par M. Jégou, au nom de la commission des finances.

Après le II de cet article, insérer un paragraphe ainsi rédigé :

II bis (nouveau). - A la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 114-4-1 du même code, le taux : « 1 % » est remplacé par le taux : « 0,5 % ».

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – Le comité d'alerte doit intervenir lorsque le risque de dépassement de l'Ondam est supérieur à 0,75 %. La procédure a été mise en œuvre pour la première fois en 2007 mais les mesures de redressement n'ont eu qu'un effet limité en raison de leur caractère tardif. Si le seuil avait été de 0,5 %, comme nous le proposons, l'alerte aurait joué plus tôt. Cela va dans le sens des préoccupations du Gouvernement. M. Woerth déclarait en effet à propos de l'Ondam 2009 : « Cela va être difficile mais je pense que nous pouvons tenir cet objectif. Nous allons nous y employer. Nous voudrions intervenir plus en amont en créant des seuils d'alerte ».

Voilà le treizième Ondam que nous votons et quatre ans qu'a été instituée la procédure d'alerte, que nous voulons aujourd'hui rendre plus efficace.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Je comprends la démarche prudentielle de M. Jégou mais faut-il déclencher aussi rapidement la procédure d'alerte ? Dans le contexte actuel, c'est peut-être un peu tôt, d'autant qu'à peu de choses près, l'Ondam a été respecté. Quel sera l'effet de la conjoncture sur l'Ondam 2009 et y a-t-il lieu d'être plus prudent ? Le

Gouvernement appréciera... Mais peut-être M. Jégou retirera-t-il son amendement après l'avoir entendu.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je partage la prudence de M. Jégou car l'on a connu des Ondam un peu trop optimistes. Cependant, celui que nous avons fixé est réaliste et je ne voudrais pas que le déclenchement de la procédure d'alerte soit trop rapide...

M. François Autain. – Permanent, même !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – En 2008, le comité avait évalué le dépassement entre 500 et 900 millions, la marge d'incertitude étant de 0,3 %. En revenant de 0,75 à 0,5 %, on se situe donc dans cette marge. De surcroît, la procédure d'alerte est lourde en ce qu'elle remet en cause les procédures conventionnelles. Enfin, vous avez vu cet été comment nous avons su réagir contre le glissement des comptes. Bref, nous sommes dans l'épaisseur du trait, le risque de perturbation des négociations conventionnelles est très important et le Gouvernement n'est pas inactif en cas de dérapage : vous pouvez retirer l'amendement.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – La procédure d'alerte suscite une attention particulière, elle signifie que la gestion paritaire doit prendre en compte les dérapages. Je souhaitais rendre notre vote plus efficace mais nous sommes d'accord sur le fond et je puis retirer l'amendement, ce qui ne nous empêchera pas de rester vigilants.

L'amendement n°69 est retiré.

Mme Raymonde Le Texier. – Chaque année, l'Ondam est présenté comme réaliste alors que chacun sait qu'il ne sera pas respecté. Il faudrait le fonder sur des données réalistes. Voilà pourquoi cet article ne devrait rien changer au problème qui nous occupe, celui des rapports entre l'hôpital public et les cliniques privées. Car l'on impute au premier le dérapage des dépenses alors qu'en 2006 comme en 2007, il a donné l'exemple de leur maîtrise et du respect des objectifs nationaux. Tout le problème est celui de la convergence tarifaire et de la répartition des missions : à l'hôpital public, les cas les plus lourds et les polyopathologies ; aux cliniques, les traitements les plus légers et les plus homogènes. Les hôpitaux effectuent 80 % de leur activité en traitant deux fois plus de pathologies que les cliniques, lesquelles concentrent 70 % de la leur sur les pathologies les plus bénignes, d'où des coûts inférieurs. Dans ces conditions, la convergence tarifaire organise l'appauvrissement du public. Nous voterons donc contre l'article.

M. Guy Fischer. – Nous aussi, nous voterons contre cet article. Mme Le Texier vient de dire les difficultés auxquelles nous sommes confrontés pour juger de la situation respective de l'hôpital public et des établissements privés. Nous sommes convaincus qu'il y a une convergence des attaques : après le

rapport de la Cour des comptes et celui de M. Vasselle, la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale va prolonger ses travaux... On sait que la moitié des dépenses de l'assurance maladie concerne les établissements hospitaliers mais nous peinons à cerner la réalité des charges des hôpitaux publics et de leur rôle social -nous y reviendrons. Il y aura probablement un mouvement de concentration parmi les 1 300 établissements hospitaliers ou, comme on dit, une optimisation des moyens.

Or, un certain nombre de grandes sociétés européennes se sont placées sur ce créneau. Comme nous refusons de jeter l'anathème sur l'hôpital public, nous ne voterons pas cet article.

L'article 32 est adopté.

Article additionnel

M. le président. – Amendement n°133, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC.

Après l'article 32, insérer un article ainsi rédigé :

Les personnes ayant satisfait aux épreuves mentionnées au premier alinéa du B du III de l'article 60 de la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle et justifiant de fonctions rémunérées au cours des deux ans précédant la publication de la présente loi ainsi que les personnes ayant suivi une formation en France équivalente au *cursum* du deuxième ou troisième cycle des études médicales, totalisant trois ans de fonctions au-delà de leur formation et justifiant d'au moins une fonction rémunérée au cours des deux ans précédant la publication de la présente loi, sont réputées avoir satisfait aux épreuves de vérification des connaissances mentionnées au deuxième alinéa du I de l'article L. 4111-2 du code de la santé publique.

M. Guy Fischer. – Il convient de mettre fin à l'inégalité dont sont victimes les 7 000 médecins ayant obtenus leurs diplômes hors de l'Union européenne. Les médecins titulaires du diplôme interuniversitaire de santé (DIS) doivent être dispensés, comme le sont les titulaires du certificat de synthèse clinique et thérapeutique (CSCT), des épreuves de vérifications de langue car ces épreuves ont un caractère discriminatoire, comme l'a rappelé, le 6 novembre 2006, la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (Halde).

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers et l'assurance maladie. – Cet amendement tend à revenir sur une question que nous avons tranchée lors de la loi de financement pour 2007 : avis défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Une telle décision serait inéquitable face aux praticiens qui sont soumis au *numerus clausus*. Ceux qui veulent s'installer en France doivent se soumettre aux dispositifs en vigueur dans notre pays.

Je reviens de la Conférence euro-méditerranéenne sur la santé, qui s'est tenue au Caire : la question du pillage des cerveaux revient de façon récurrente et le dispositif que nous avons mis en place répond aux attentes des pays du Sud.

M. Guy Fischer. – J'entends bien vos arguments, notamment ceux concernant le pillage des cerveaux, mais alors, comment expliquer la position de la Halde ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Effectivement, certaines personnes se sont émues des conditions discriminatoires dans lesquelles se déroulaient les épreuves de français. La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires prévoit la suppression de ces épreuves pour les remplacer par un pré-requis.

M. Guy Fischer. – Je préfère cela !

L'amendement n°133 est retiré.

Article 33

Après l'article L. 183-1-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 183-1-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 183-1-3. - Les unions régionales des caisses d'assurance maladie concluent avec chaque enseignant des universités titulaire ou non titulaire de médecine générale relevant de l'article L. 952-23-1 du code de l'éducation un contrat sur la base duquel il perçoit une rémunération complémentaire aux revenus issus de l'exercice de ses fonctions de soins en médecine générale.

« Ces contrats prévoient des engagements individualisés qui peuvent porter sur les modalités d'exercice, la prescription, la participation à toute action d'amélioration des pratiques, la participation à des actions de dépistage et de prévention et à des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que la participation à la permanence de soins. Ils sont approuvés, préalablement à leur signature, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. »

Mme Raymonde Le Texier. – Cet article prévoit le versement d'un complément de rémunération par l'assurance maladie aux enseignants de médecine générale afin de rendre ce métier attractif. Il est question depuis longtemps d'instaurer une véritable filière universitaire de médecine générale afin qu'elle devienne une spécialité à part entière, comme ce fut le cas en son temps pour les urgences.

Aujourd'hui, peu d'étudiants choisissent la spécialité de médecine générale. Or, il n'y a toujours pas de titulaires universitaires dans cette spécialité. Alors que le nombre d'étudiants croît en raison de l'augmentation du *numerus clausus*, le nombre d'enseignants associés, qui était déjà très bas, ne s'est même pas accru à due concurrence. Bien qu'ils soient la cheville ouvrière de l'internat de médecine générale, ils ne sont que 130 pour plus de 6 000 internes de

troisième cycle et ils doivent faire face cette année à une augmentation de 25 % des effectifs. Le ratio, déjà dix fois inférieur à celui des autres disciplines, va encore baisser. Une telle situation rend difficile l'organisation de stages de médecine générale en deuxième cycle. Or, plus ils interviennent tôt dans le cursus, plus ils peuvent susciter de vocations.

De même, des effectifs aussi réduits ne permettent pas d'assurer l'encadrement des internes ni de constituer le jury pour valider ce diplôme. Sans effort budgétaire, il est à craindre que la filière ne connaisse pas le développement qu'elle mérite.

M. le président. – Amendement n°230 rectifié, présenté par M. Barbier et Mme Escoffier.

Rédiger comme suit le texte proposé par cet article pour l'article L. 183-1-3 du code de la sécurité sociale :

« Art. L. 183-1-3 - Les unions régionales des caisses d'assurance maladie fixent avec chaque enseignant des universités titulaires ou non titulaires de médecine générale relevant des dispositions de l'article L. 952-23-1 du code de l'éducation le montant de la rémunération complémentaire aux revenus issus de l'exercice de ses fonctions de soins en médecine générale, en fonction de sa charge d'enseignement. »

M. Gilbert Barbier. – La filière universitaire de médecine générale doit être attractive. Or, cet article prévoit un contrat individualisé signé par chaque enseignant de médecine générale, contrairement à ce qui se passe pour les autres spécialités. La rémunération de chaque praticien sera donc différente, ce qui risque de multiplier les contestations.

Nous proposons donc d'instaurer un statut général pour ces enseignants. Les Urcam rémunèreront ces praticiens sans leur imposer d'obligations personnalisées. La rémunération doit donc être identique, comme pour les autres enseignants.

M. le président. – Amendement n°16, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

Compléter le premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 183-1-3 du code de la sécurité sociale par une phrase ainsi rédigée :

Ce contrat est conforme à un contrat type élaboré par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers et l'assurance maladie. – Cet amendement permet sans doute de concilier les attentes de M. Barbier et celles de M. Jégou tout en prenant en compte la volonté du Gouvernement. L'article prévoit en effet que les enseignants de médecine générale percevront une rémunération complémentaire qui sera versée par l'assurance maladie en contrepartie de leur engagement en faveur de la qualité des soins. Il convient que le cahier des charges fixe le montant de la rémunération en fonction de la situation des

enseignants et précise la façon dont cette rémunération est répartie.

M. le président. – Amendement n°70, présenté par M. Jégou, au nom de la commission des finances.

Après la première phrase du second alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 183-1-3 du code de la sécurité sociale, insérer une phrase ainsi rédigée :

Le versement de la rémunération complémentaire mentionnée au premier alinéa est subordonné à l'atteinte des objectifs fixés dans ces contrats.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – Cet amendement se justifie par son texte même.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers et l'assurance maladie. – Je comprends le souci d'équité de M. Barbier mais je tiens à lui faire remarquer que la plupart des enseignants de spécialités ne sont pas des médecins libéraux alors que tel est le cas pour les enseignants de médecine générale. Les statuts étant différents, les mesures prises en leur faveur ne peuvent être identiques. Parallèlement, nos concitoyens comprendraient mal que, sous prétexte qu'ils bénéficient d'un statut universitaire, les enseignants de spécialités ne soient pas soumis à la même exigence de résultats que les enseignants de médecine générale.

Sur ce point, votre amendement mérite une réponse du Gouvernement. Le cahier des charges pourrait être un moyen.

Quant à la proposition de M. Jégou, elle est bien dans l'esprit de la réforme de 2004 qui visait à s'assurer d'un minimum d'efficacité des acteurs, tant en matière d'enseignement que de soins.

Sans doute la réponse de Mme la ministre permettra aux auteurs de ces deux amendements de les retirer au profit de celui de la commission.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Avis favorable à l'amendement de la commission qui institue un contrat type pour les enseignants de médecine générale.

La structuration de la filière de médecine générale est une exigence fondamentale pour l'organisation de notre système de soin. La démarche de valorisation de la médecine générale est une condition majeure pour assurer une juste répartition démographique et la qualité de l'accès aux soins. Il est donc essentiel que le statut d'enseignant de médecine générale soit attractif et que le passage des praticiens libéraux vers la fonction d'enseignant titulaire se fasse dans des conditions matérielles incitatives.

La suppression du contrat prévu par l'amendement n°230 rectifié va à l'encontre de ces objectifs : défavorable.

Je l'ai dit, monsieur Jégou, le versement de l'indemnité forfaitaire par voie contractuelle sécurisera

les enseignants chercheurs, et plus particulièrement les chefs de clinique, qui doivent constituer des patientèles alors qu'ils n'exercent qu'à temps partiel. Cette démarche ne saurait être confondue avec le contrat individuel proposé par la CNAMTS à tous les médecins : une rémunération individuelle conditionnée par des engagements réciproque n'est pas la même chose qu'une rémunération annuelle. Retrait ou rejet.

M. Gilbert Barbier. – Mon amendement vise plutôt à aligner les enseignants de médecine générale sur les médecins spécialistes. Il n'y a pas de raison qu'ils ne soient pas traités sur un pied d'égalité. Après tout, je n'ai pas connaissance que l'activité libérale des médecins hospitalo-universitaires exerçant dans le secteur privé de l'hôpital soit régulée.

Il suffirait de rémunérer à sa juste valeur l'enseignement dispensé par les médecins généralistes. Pourquoi leur imposer des contrats individualisés liés aux résultats ? Rien de semblable n'existe pour les autres.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Les deux situations ne sont pas comparables. D'un côté, des médecins hospitalo-universitaires qui n'exercent pas de fonctions rémunérées à l'acte...

M. Gilbert Barbier. – Sauf ceux qui exercent dans le secteur privé de l'hôpital.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – ...de l'autre, des médecins libéraux rémunérés à l'acte, qui se constituent une patientèle et que nous invitons à avoir une activité complémentaire d'enseignement. Ce sont deux choses profondément différentes.

Le dispositif que nous proposons prend acte de cette spécificité et doit nous aider à trouver des volontaires pour la filière.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – La LOLFSS garde des marges de progression : l'amendement de la commission des finances a été déposé dans cet esprit... Je suis prêt à le retirer si l'amélioration que je propose peut être reprise dans l'amendement de M. Vasselle.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – La commission ne peut pas suivre M. Barbier, non que nous lui donnions tort mais parce que son amendement ne peut être rectifié sans réflexion. Je suis cependant prêt, avec le président de la commission, à rechercher des améliorations possibles mais en allant plutôt dans le sens d'un alignement du statut des médecins hospitalo-universitaires sur les dispositions de l'article 33, en exigeant une même obligation de résultat. (*M. Gilbert Barbier souscrit à la proposition*)

L'amendement n°230 rectifié est retiré.

M. François Autain. – Sur la spécialité de médecine générale, le Gouvernement a tout fait à

l'envers. Il a commencé par créer une spécialité sans prévoir les moyens pour que les étudiants y reçoivent un enseignement ! Il a fallu une intervention du Sénat, à l'initiative de M. Girod, pour créer la filière de formation correspondante. De là à imaginer qu'elle a été créée pour des questions de rémunération, c'est un pas que je me garderai de franchir... Comme l'a dit notre collègue socialiste, nous avons beaucoup de retard : seulement 120 enseignants associés et 15 chefs de clinique, pas même un par région... Il faut donc tout mettre en œuvre pour assurer une rémunération correcte de cet enseignement à temps partiel. C'est pourquoi je voterai l'article 33 et l'amendement de M. Vasselle.

L'amendement n°16 est adopté.

L'amendement n°70 est retiré.

L'article 33, modifié, est adopté.

Articles additionnels

M. le président. – Amendement n°135, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC.

Après l'article 33, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le cinquième alinéa (3°) de l'article L. 162-12-9 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « ainsi que celles relatives à la durée minimum d'expérience professionnelle acquise en équipe de soins généraux au sein d'un établissement de santé ».

M. Guy Fischer. – Cet amendement prévoit qu'en échange de la formation universitaire dont ont bénéficié les masseurs-kinésithérapeutes dans les établissements publics de santé, ces praticiens réalisent une période minimum au sein de ces établissements. Il s'inspire du mécanisme existant pour les infirmières ou de celui qui existait du temps où les instituteurs, formés dans les écoles normales, devaient dix ans de service à l'État.

Il s'agit de rétablir un peu de morale dans le dispositif : les établissements publics de santé sont parfois concurrencés par des praticiens qu'ils ont contribué à former.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Vous posez une vraie question. C'est au Gouvernement de vous répondre, mais, en tout état de cause, ce texte n'est pas le véhicule adapté.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Le code de la sécurité sociale ne s'oppose pas à une telle démarche, qui me paraît même souhaitable, mais il faut d'abord un minimum de concertation entre les caisses et les professionnels. Votre amendement est un peu violent : retrait, sinon rejet.

M. Guy Fischer. – C'est un amendement d'appel. Il faut clarifier la situation, bonifier la formation, favoriser

le recrutement dans les établissements publics. Le ministre doit engager la négociation pour changer les comportements. Rien ne s'oppose à l'exercice en cabinet, après une période probatoire. Nous défendons l'intérêt général ; le Gouvernement partage-t-il cette préoccupation ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – J'ai indiqué ma bienveillance envers cette démarche, que j'ai d'ailleurs saluée pour les infirmières. Il n'y a pas d'opposition idéologique de ma part. J'en appelle au dialogue entre les caisses et les professionnels.

M. Guy Fischer. – Il ne faudrait pas trop tarder... Usez de votre autorité ! (*Sourires*)

L'amendement n°135 est retiré.

M. le président. – Amendement n°275 rectifié, présenté par Mme Le Texier et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après l'article 33, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « L'inscription sur la liste est subordonnée à la réalisation d'un essai clinique contre comparateurs, lorsqu'ils existent. »

M. Jean-Jacques Mirassou. – Il s'agit d'évaluer plus précisément l'efficacité d'un nouveau médicament. Actuellement, dans plus de la moitié des cas, l'appréciation de l'amélioration du service médical rendu est fondée sur la comparaison avec un placebo, et non avec des comparateurs.

En 2007, la croissance du marché du médicament était due pour 80 % à des médicaments de moins de trois ans.

Une telle disposition serait conforme aux recommandations de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, d'autant que l'appréciation du service médical rendu conditionne le prix et le niveau de remboursement du médicament.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers et l'assurance maladie. – On peut légitimement s'interroger en lisant que l'appréciation du service médical rendu est le plus souvent fondée sur la seule comparaison avec un placebo et non avec des comparateurs. Il y a dans votre amendement un souci de sécurité mais on ne peut adopter une telle disposition au détour d'un amendement. L'avis du Gouvernement vous incitera peut-être à le retirer ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – La notion d'amélioration du service médical rendu permet de concentrer les remboursements sur les thérapies les plus innovantes. La comparaison avec un comparateur prend quatre à cinq ans. Que se passerait-il si une nouvelle molécule, peut-être plus

intéressante et moins chère, sortait quelques mois après un nouveau médicament ? Votre amendement part d'un bon sentiment mais serait inapplicable, voire pénalisant pour les malades. Retrait, sinon rejet.

M. Jean-Jacques Mirassou. – Notre amendement vise à défendre l'intérêt des malades et à stimuler l'industrie pharmaceutique, qui ne fait pas toujours preuve de bonne volonté...

M. François Autain. – Nous voterons cet amendement. Le rapport du Sénat, comme celui de l'Assemblée nationale, demande des essais cliniques préalables à toute mise sur le marché. La commission de transparence de la Haute autorité de santé doit disposer d'éléments plus précis. La déclaration d'Helsinki préconise des essais comparatifs pour tous les médicaments ; or l'industrie pharmaceutique juge que ceux-ci coûtent trop cher et retardent la mise sur le marché... Il faut faire un arbitrage entre l'intérêt des laboratoires et celui des patients. Pour ma part, je place l'intérêt des patients en premier !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Moi aussi !

M. François Autain. – Je n'ai pas dit le contraire ! Pour ces raisons, je voterai l'amendement.

M. Nicolas About, président de la commission. – La vie d'un médicament est une longue histoire. On ne peut pas se lancer dans une telle étude uniquement entre l'autorisation de mise sur le marché et l'obtention du prix ! Les laboratoires, qui sont des entreprises sérieuses, ont déjà mené des études comparatives. Exiger de nouvelles études une fois l'autorisation de mise sur le marché obtenue repousserait de plusieurs années la possibilité d'utiliser la molécule. Qu'on y réfléchisse par la suite, dans la vie du médicament, mais ne tuons pas l'industrie pharmaceutique et la recherche française ! (*Marques d'approbation à droite ; protestations à gauche*)

M. Gilbert Barbier. – Cet amendement bouleverserait l'économie du médicament. Peut-être est-ce le souhait de certains...

M. Nicolas About, président de la commission. – S'ils étaient au Gouvernement, jamais ils ne proposeraient ça !

M. Gilbert Barbier. – Quand les visiteurs médicaux présentent leurs produits...

M. François Autain. – Ils en font la promotion ! (*On renchérit sur les bancs socialistes*)

M. Gilbert Barbier. – ...ils n'ont pas le droit de les comparer à d'autres. (*Exclamations à gauche*) Votre amendement remet en cause le travail de l'Afssaps.

M. François Autain. – On en reparlera !

M. Gilbert Barbier. – Pourquoi d'ailleurs comparer un médicament avec un autre médicament et non pas avec une autre forme de thérapie ?

M. François Autain. – Bien sûr !

M. Alain Milon. – Je suis tout à fait d'accord avec mes collègues et confrères MM. About et Barbier. J'ajoute que certains médicaments apparemment équivalents ont une efficacité différente selon les patients. (*Marques d'approbation au banc des commissions*)

M. Jean-Jacques Mirassou. – Cet argument ne tient pas : l'efficacité d'un médicament est d'autant mieux éprouvée qu'il a été comparé avec d'autres. Ceux-là même qui rejettent notre amendement ont retiré de la liste des médicaments remboursés certains produits qui étaient prescrits depuis vingt-cinq ou trente ans ! (*Applaudissements à gauche, marques d'impatience à droite*)

L'amendement n°275 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°437, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC.

Après l'article 33, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Si les médicaments visés à l'alinéa précédent sont considérés par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, comme n'apportant aucune amélioration du service médical rendu, le ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale ne les inscrit pas ou procède sans délai à leur retrait de la liste visée au premier alinéa. »

M. François Autain. – Cet amendement, comme les deux suivants, vise d'une part à réduire les dépenses de l'assurance maladie, ce qui devrait satisfaire M. Vasselle, d'autre part à améliorer la sécurité d'emploi des médicaments. En 2007, les dépenses liées aux médicaments se sont élevées à 33,4 milliards d'euros, soit 21 % des consommations médicales. Ces dépenses augmentent d'environ 5 % par an en valeur, soit davantage que les autres dépenses. Elles ont doublé depuis 1990. Faut-il le rappeler ? La France est le pays d'Europe où la consommation de médicaments par habitant est la plus élevée.

Il est difficile, dans le cadre de la discussion du PFLSS, d'évaluer les dépenses de médicaments parce qu'elles ne bénéficient pas d'une sous-enveloppe comme les dépenses d'hospitalisation, qui sont toujours décriées alors qu'elles augmentent moins rapidement.

Il faut donc modérer les dépenses de médicaments. Or, chaque année, 70 % des nouveaux médicaments sont de fausses innovations, qui n'apportent aucune plus-value thérapeutique. (*Protestations à droite*) Les médecins, sous l'influence des laboratoires pharmaceutiques, ont tendance à prescrire les médicaments les plus récents et les plus chers alors que les anciens sont moins chers et plus sûrs. Lors

d'un point d'information le 13 mars dernier à l'Assemblée nationale, on a pu apprendre qu'en 2007, les médicaments mis sur le marché depuis 2005 et qui présentaient une amélioration faible ou nulle du service médical rendu ont coûté 270 millions d'euros à l'assurance maladie, ce qui représente près de la moitié de la hausse des dépenses de médicaments.

Nous proposons donc que ces médicaments ne soient plus pris en charge par l'assurance maladie.

M. le président. – Amendement n°438, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC.

Après l'article 33, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Si les médicaments visés à l'alinéa précédent sont considérés par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, comme n'apportant aucune amélioration du service médical rendu, leur prix ne peut être supérieur à celui du générique du médicament de référence. »

M. François Autain. – Il s'agit d'un amendement de repli : les médicaments qui ne présentent pas d'amélioration sensible ne seraient remboursés qu'à la hauteur du prix du générique. Nous ne souhaitons pas que les laboratoires pharmaceutiques fassent faillite... Cela ne risque d'ailleurs pas d'arriver : ce sont les valeurs qui ont le mieux résisté à la crise financière récente. (*Marques d'agacement à droite*)

M. Nicolas About, président de la commission. – Vos amendements sont satisfaits.

M. le président. – Amendement n°138, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC.

Après l'article 33, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le troisième alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Un médicament ne peut être inscrit sur la liste que s'il a fait la preuve de sa supériorité au cours d'essais cliniques le comparant aux traitements de référence en usage. »

M. François Autain. – Cet amendement est très similaire à l'amendement n°275 rectifié du groupe socialiste. Il est d'ailleurs conforme aux recommandations de la mission d'information présidée par M. Barbier, ainsi qu'à la déclaration d'Helsinki qui stipule, en son article 29, que « les avantages, les risques, les contraintes et l'efficacité d'une nouvelle méthode doivent être évalués par comparaison avec les meilleures méthodes diagnostiques, thérapeutiques ou de prévention en usage. Cela n'exclut ni le recours au placebo ni l'absence d'intervention dans les études pour lesquelles il n'existe pas de méthode diagnostique, thérapeutique ou de prévention éprouvée. »

M. Alain Vasselle, *rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie*. – Les amendements n°s 437 et 438 sont de bon sens, et il serait étonnant qu'ils ne soient pas déjà satisfaits par des mesures législatives ou réglementaires... Or c'est bien le cas : le Gouvernement a saisi à deux reprises la Haute autorité de santé pour tenter de réduire le prix et la prise en charge des médicaments qui ne présentent pas d'amélioration du service médical rendu. Retrait.

Quant à l'amendement n°138, vous comprendrez que j'émette un avis défavorable, comme pour l'amendement n°275 rectifié.

M. François Autain. – Je comprends : les socialistes n'apprécieraient pas le contraire.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre*. – Avis défavorable à l'amendement n°138, pour les raisons déjà dites.

Avis défavorable à l'amendement n°437. Il ne me paraît pas du tout souhaitable de cesser le remboursement des nouveaux médicaments qui n'offrent pas d'amélioration du service médical rendu : ces médicaments, malgré tout, diversifient l'offre de soins.

M. Nicolas About, *président de la commission*. – Bien sûr !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre*. – Les médecins ne prescrivent pas toujours d'emblée les médicaments les plus lourds et les plus efficaces : certains patients pourraient ne pas les supporter. M. Autain, qui a été médecin généraliste, ne me démentira pas.

M. François Autain. – C'était il y a bien longtemps !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre*. – Ce n'est pas la réponse d'une pharmacienne à un médecin, mais bien celle d'un ministre à un sénateur.

Avis défavorable, enfin, à l'amendement n°438 qui prévoit de rembourser les médicaments qui ne présentent pas d'amélioration du service médical rendu au prix du générique du médicament de référence. Lorsqu'il s'agit d'un médicament créé pour contourner la prochaine mise sur le marché d'un générique du médicament de référence, il est légitime que le Comité économique des produits de santé (Ceps) pratique une décote afin d'aligner le prix du nouveau médicament sur celui du générique. Dans les autres cas, le Ceps mesure l'économie attendue.

M. François Autain. – Vous parlez de médicaments qui présentent un intérêt pour les patients. Mais les médicaments auxquels je faisais référence sont ceux qui ont reçu une ASMR 5, c'est-à-dire ceux dont la commission de la transparence considère qu'ils ne présentent aucune amélioration thérapeutique. Il ne s'agit que d'appliquer la réglementation.

Ces médicaments ne sont pas remboursés sauf s'ils font faire des économies à la sécurité sociale. Or, j'ai été surpris d'apprendre que 45 % de l'augmentation des dépenses provenaient des médicaments relevant de l'ASMR-5, censés faire faire des économies. Je vous ai interrogée, madame la ministre, par une question écrite en mai dernier, sur les économies réalisées depuis cinq ans grâce à cette réglementation : j'attends toujours votre réponse !

Prenez, par exemple, le médicament antiépileptique « Lirica » mis sur le marché alors qu'il n'apporte aucune amélioration thérapeutique. (*Exclamations à droite*) J'ai demandé pourquoi au directeur de l'assurance maladie, il ne m'a pas répondu et j'ai constaté combien le fonctionnement de la mise sur le marché était obscure !

Votre réponse, madame la ministre, ne saurait donc nous satisfaire !

L'amendement n°437 n'est pas adopté, non plus que les amendements n°s 438 et 138.

M. le président. – Amendement n°276 rectifié, présenté par Mme Le Texier et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après l'article 33, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La Haute autorité de santé tient à jour, dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État, une liste des médicaments classés selon le niveau d'amélioration du service médical rendu pour chacune de leurs indications. »

M. Jean-Jacques Mirassou. – Nous proposons d'établir une liste des médicaments classés par niveau d'ASMR : les médecins y gagneront en autonomie par rapport aux recommandations des laboratoires pharmaceutiques et cette liste va dans le sens de l'efficacité thérapeutique autant que de l'économie.

M. Alain Vasselle, *rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie*. – La base de données annoncée par le Gouvernement devrait vous donner satisfaction : retrait, sinon rejet.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre*. – Un classement des médicaments par ASMR focaliserait les prescriptions sur le haut de la liste, ce qui ne serait pas forcément adapté à toutes les situations.

M. François Autain. – Vous penchez du côté des pharmaciens !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre*. – Avec les professionnels de l'assurance maladie, nous allons créer un portail commun consacré aux médicaments, toutes les informations y seront publiques. La Haute autorité devra certifier le logiciel d'aide à la prescription, la notion de service médical

rendu y figure. Vous avez donc satisfaction : retrait, sinon rejet.

M. Jean-Jacques Mirassou. – Je sais bien que la relation thérapeutique existe d'abord entre le thérapeute et le patient. Notre amendement est plus précis, il s'agit simplement d'informer plus précisément le médecin.

M. François Autain. – Nous le voterons. L'an passé, le Sénat avait, par amendement, créé une banque publique de données sur le médicament, pour mieux informer les médecins. Je m'étonne que, cette année, on nous oppose l'irrecevabilité ! Les listes que nous demandons d'établir existent déjà chez certains de nos voisins, comme en Allemagne : il n'y a rien là d'extraordinaire !

L'amendement n°276 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°444, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC.

Après l'article 33, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le I de l'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le comité économique des produits de santé rend publics, sans délai, l'ordre du jour et les comptes rendus assortis des détails et explications des votes, y compris les opinions minoritaires, à l'exclusion des informations relatives au secret des stratégies commerciales, des réunions des deux sections prévues à l'article D. 162-2-3 du code de la sécurité sociale siégeant auprès de lui. »

Mme Annie David. – Le comité économique des produits de santé (Ceps), où siègent des représentants de l'État, de l'assurance maladie et de l'Unocam, négocie avec l'industrie pharmaceutique et conclut avec les laboratoires des conventions relatives au prix des médicaments, conformément à l'Ondam. Il assure le suivi des dépenses de médicaments et il établit un rapport annuel au Parlement. Voilà pour la théorie. Car en pratique, les choses sont bien plus obscures. Nous ne sommes pas parvenus, par exemple, à obtenir le rapport 2007, censé avoir été remis au Parlement et qui n'est pas disponible sur le site de ce comité. Nous ne possédons guère plus d'informations sur les conventions passées avec les laboratoires, sur les études post-AMM ni sur les protocoles. Le montant des remises versées par les laboratoires est tout aussi obscur, et il est diversement évalué par la Cour des comptes, la Commission des comptes de la sécurité sociale et par le Ceps.

Nous ne savons pas non plus quelles économies sont liées au non-remboursement des médicaments n'apportant aucune amélioration du service médical rendu.

Il est donc bien légitime de demander de la transparence au Ceps !

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Il s'agit d'informations à caractère commercial ! Défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Le rapport du Ceps a été transmis à votre commission des affaires sociales...

M. François Autain. – Mais il n'est pas en ligne !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Il le sera très prochainement.

Les principes suivis par le comité sont publics et la transparence de notre système de fixation des prix est largement reconnue, en Europe et au-delà. En revanche, le contenu des délibérations relève du secret des affaires. Lorsque le prix comporte des clauses de volume, ces clauses sont également couvertes par le secret des affaires. Quant au secret des votes, il est consubstantiel au caractère collégial des décisions du Ceps. Leur publicité aurait un effet pervers, celui de susciter des postures systématiques et de cristalliser les oppositions sur les sujets délicats. Il faut qu'émerge une position collégiale sans autres contraintes que les orientations fixées par le ministère et le code de la sécurité sociale.

M. François Autain. – Nous ne demandons pas que soient rendus publics des secrets commerciaux ou industriels ; mais nous voudrions savoir comment se forge le prix, comment un médicament qui n'apporte aucune amélioration par rapport aux produits existants peut bénéficier d'un prix supérieur ; et comment la sécurité sociale peut, dans ces conditions, faire des économies...

M. Nicolas About, président de la commission. – C'est le cas si le nouveau médicament provoque moins de troubles !

M. François Autain. – Mais l'assurance maladie a constaté un surcoût en contradiction avec la réglementation ! Je comptais sur Mme la Ministre pour m'éclairer mais je n'ai reçu aucune réponse. Prenons l'exemple de l'Inexium, apparu au moment où le brevet du Mopral arrivait à échéance et présenté par le même laboratoire : le prix fixé pour l'Inexium est inférieur à celui du Mopral mais supérieur à celui du générique ! Il y a là une stratégie de contournement de la législation sur les génériques à laquelle collabore le Ceps, peut-être involontairement. Les finances de la sécurité sociale en pâtissent.

L'amendement n°444 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°434, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC.

Après l'article 33, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans le sixième alinéa (4° bis) de l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale, après les mots : « études pharmaco-épidémiologiques » sont insérés les mots :

« prescrites par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, la Haute autorité de santé ou le Comité économique des produits de santé ».

M. François Autain. – J'avais présenté cet amendement en avril dernier lors de l'examen de la loi sur le médicament. Vous m'avez répondu qu'il n'avait pas sa place dans ce texte. Peut-être l'a-t-il ici ? Les études post-AMM, distinctes des études post-inscription concernées par l'accord LEEM-Ceps, ne peuvent être visées par la disposition contractuelle adoptée en mai dernier.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Des études comparatives ne se justifient qu'après la mise sur le marché. Elles ont alors un grand intérêt dans le cadre de la politique de sécurité sanitaire. La mission d'information sur le médicament, menée par M. Barbier, a insisté sur ce point il y a deux ans. Depuis, vous déposez des amendements pour que cet aspect soit pris en compte. Mais la législation relative à ces études a changé : l'encre en est à peine sèche que vous voulez encore la modifier !

M. François Autain. – Non ! La compléter !

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – N'accordez-vous aucun crédit aux dispositions adoptées ? Défavorable.

M. François Autain. – Je n'en suis guère étonné.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Le comité de liaison des études post-AMM qui réunit le ministère, la Haute autorité, l'Afssaps, la CNAMTS et, ponctuellement, l'Institut national de veille sanitaire (INVS) assure la coordination et l'échange d'informations. Les études demandées ne peuvent donc être redondantes. Je suis défavorable à cet amendement comme aux suivants. (« Très bien ! » à droite)

M. François Autain. – M. le rapporteur oublie de mentionner un élément nouveau intervenu récemment, une modification des contrats concernant les études post-AMM. Désormais, une sanction est possible lorsque les études prescrites ne sont pas réalisées. La disposition a été adoptée à l'occasion de la loi sur le médicament ; comme elle est intégrée dans la dernière mouture du contrat LEEM-Ceps, elle est applicable.

C'est parce que la situation a changé que je présente cet amendement. Et je le ferai à nouveau l'an prochain.

M. Alain Gournac. – Non !

Mme Muguet Dini. – Pitié !

L'amendement n°434 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°436, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC.

Après l'article 33, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le sixième alinéa (4° bis) de l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale est complété par les mots :

« , ainsi que les sanctions encourues en cas de non réalisation ou de retard imputable à l'entreprise dans la réalisation de ces études qui pourront se traduire par une baisse de prix du médicament visé ».

Mme Annie David. – Nous avons déjà présenté cet amendement il y a deux ans ; il tend à imposer par voie législative, et non plus seulement contractuelle, des sanctions en cas de non-réalisation des études post-AMM prévues dans les conventions entre le Ceps et les laboratoires.

Ces travaux ont un rôle primordial ! Ils permettent de mieux évaluer le rapport bénéfices-risques, le rapport coût-avantages, le bon usage, bref de vérifier « dans la vraie vie » les données expérimentales.

Pour la première fois, les études sont mentionnées dans une loi de financement mais il manque la sanction en cas de retard ou de non-réalisation. La Haute autorité de santé nous a indiqué que, depuis 1997, 7 % seulement des études demandées ont été menées à bien ; 54 % n'ont pas même commencé ; dans 30 % des cas, les laboratoires n'ont adressé aucun document !

Il faut une politique ambitieuse d'études post-AMM.

Elle doit aussi clarifier le mécanisme de sanction applicable en cas de retard ou de non-réalisation. C'est le sens de notre amendement.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Ce mécanisme existe déjà ! Il n'avait pas pu être retenu dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 mais il a été intégré dans le code de la sécurité sociale par la loi de ratification du 15 avril 2008 de l'ordonnance transposant le droit communautaire dans le domaine médical. Cet amendement est donc sans objet.

L'amendement n°436 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°435, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC.

Après l'article 33, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le sixième alinéa (4° bis) de l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ... Lorsque les études pharmaco-épidémiologiques visées à l'alinéa précédent ne sont pas réalisées dans un délai de cinq ans, l'inscription du médicament concerné sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique ne peut être renouvelée. »

M. François Autain. – Il est défendu.

L'amendement n°435, repoussé par la commission et par le Gouvernement, n'est pas adopté

M. le président. – Amendement n°439, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC.

Après l'article 33, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 162-17-6 du code de la sécurité sociale est abrogé.

M. François Autain. – L'instauration en 2003 de la procédure de dépôt de prix est largement responsable de l'inflation du prix des spécialités innovantes. Auparavant, les prix des médicaments ambulatoires remboursables étaient régulés et fixés par le Ceps au terme d'une négociation avec les laboratoires. Ce sont eux désormais qui fixent leurs prix, sauf si le Ceps les remet en cause dans les quinze jours, ce qui est exceptionnel. Autant dire que le prix des spécialités innovantes est libre.

Le prix déposé par le laboratoire doit être cohérent avec la moyenne des prix pratiqués en Europe ce qui a des effets pervers car les prix affichés en Allemagne et au Royaume-Uni ne sont pas les prix réels mais des prix supérieurs en raison de l'existence d'une taxe sur les bénéfices perçue *ex post*. En France, le prix facial est bien le prix réel puisque les molécules innovantes sont exonérées de remises conventionnelles. Quant à l'Espagne et l'Italie, elles fixent leur prix en regardant celui qui est pratiqué en France.

Comment apprécier le prix d'une spécialité qui n'est pas encore sur le marché européen ? Le laboratoire a tout intérêt à commencer la commercialisation de sa spécialité là où les conditions sont les plus favorables : la France est devenue très attractive pour eux !

Mieux vaut en revenir à la procédure d'avant 2003.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – La question est légitime. Le tout est de savoir ce qui est le plus efficace pour négocier. Il n'est pas certain que l'ancienne procédure l'ait été davantage. Quant au caractère inflationniste de la procédure actuelle, il ne saute pas aux yeux. Retrait ?

M. François Autain. – On en reparlera !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Cette procédure est strictement encadrée ; c'est ainsi que ces entreprises peuvent être contraintes à de remboursements en cas de dépassement des prévisions de vente. Elle a en tout cas une grande vertu : la rapidité de mise à disposition des nouvelles molécules dès leur autorisation de mise sur le marché. C'est une chose à laquelle les malades sont en droit de tenir beaucoup.

L'amendement n°439 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°430, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC.

Après l'article 33, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le premier alinéa de l'article L. 4113-13 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les conventions conclues entre les membres des professions médicales et les entreprises ou établissements mentionnés au premier alinéa doivent être rendues publiques. Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. »

Mme Isabelle Pasquet. – Depuis le décret du 25 mars 2007, l'article 26 de la loi sur le droit des malades est enfin applicable. Il prévoit que tout professionnel de santé doit déclarer ses liens d'intérêts avec les entreprises commercialisant ou fabriquant un produit de santé. Cette obligation s'applique aux interventions professionnelles et dans les médias. Il est essentiel d'imposer l'indépendance et la transparence pour garantir des soins de bonne qualité et pour réduire les dépenses de sécurité sociale. Souvenez-vous de l'affaire du Vioxx en 2004 ! Une étude réalisée en 2008 par le Congrès des États-Unis montre qu'une économie de 35 % pourrait être réalisée chaque année sur les dépenses de santé si patients et professionnels de santé disposaient de données non biaisées sur l'efficacité des traitements médicaux.

Or cette loi n'est pas appliquée, non plus d'ailleurs que l'article R.161-85 du code de la sécurité sociale, puisque la Haute autorité de santé n'a toujours pas rendu possible à ce jour la déclaration publique d'intérêts des membres de la commission de transparence pour la période 2004-2006.

Les ordres professionnels n'assurent pas leur mission de contrôle et de sanction. Dépositaires des conventions et contrats liant le professionnel avec une entreprise, ils sont pourtant les seuls à pouvoir dire qu'un médecin n'a pas déclaré de lien d'intérêt avec une entreprise.

Bien entendu, cette obligation de rendre publiques les conventions passées avec des entreprises ne doit pas porter sur l'ensemble des éléments inscrits dans ces conventions, qui doivent rester dans le domaine de la propriété industrielle, mais uniquement sur le fait que ce professionnel a un rapport de dépendance financière vis-à-vis de l'entreprise. Pour aider les ordres professionnels dans cette tâche difficile, je propose que les conventions soient rendues publiques.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je comprends ce souci de transparence mais il y a déjà transmission de ces informations. Elles sont vérifiées par l'Ordre. S'il les rendait publiques, ce serait une

grave atteinte à la vie privée ; c'est pourquoi je tiens que cette transparence ne doit se faire qu'à l'intérieur des instances ordinaires.

Après une épreuve à main levée déclarée douteuse, l'amendement n°430, mis aux voix par assis et levé, est adopté et devient un article additionnel.

(Applaudissements à gauche)

M. François Autain. – Devant ce succès, je retire les trois amendements suivants.

L'amendement n°139 rectifié est retiré, ainsi que les amendements n°s 433 et 432.

M. le président. – Amendement n°229 rectifié, présenté par M. Barbier et Mme Escoffier.

Après l'article 33, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 632-12 du code de l'éducation est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 5° Les conditions dans lesquelles les personnes autorisées à exercer la médecine en France peuvent obtenir la qualification de médecin compétent. »

M. Gilbert Barbier. – La démographie médicale est telle que l'on manque de spécialistes dans des disciplines telles que l'oncologie. Dans les départements ruraux, les patients n'ont d'autre choix que d'accomplir de longs trajets pour se faire soigner au CHU. Depuis la réforme de l'internat qualifiant en 1982, les compétences ont progressivement disparu, de sorte qu'il arrive qu'on puisse opérer le cancer de la prostate sans avoir le droit de conduire une chimiothérapie. Il faut rétablir la notion de médecin compétent sous le contrôle de l'ordre des médecins.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Sagesse.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Les compétences ordinaires ne sont pas reconnues en Europe. Contraires à la directive de 2005, elles ne constituent pas une réponse satisfaisante. Nous réfléchissons en revanche à une réforme des études et des spécialités, qui offrira une solution plus pertinente.

M. Gilbert Barbier. – Le manque de spécialistes est un problème bien français : il n'y a pas d'oncologue dans le Jura et les patients doivent subir d'inconfortables voyages au CHU. Quant aux compétences, quand on a travaillé cinq ans au service d'urologie du CHU, on est capable de conduire une chimiothérapie, surtout quand on appartient à une équipe pluridisciplinaire. La ministre balaie un peu vite une suggestion de nature à améliorer la situation.

M. Nicolas About, président de la commission. – Il y a peut-être lieu d'adapter cet amendement sous réserve d'une expertise ultérieure. Pourquoi ce qui était possible il y a quelques années ne le serait-il

plus ? On pourrait l'appliquer en attendant que l'Europe trouve une autre solution.

M. Bernard Cazeau. – L'expérimentation est intéressante, non pour les Européens mais pour les Français qui, dans les départements ruraux, doivent attendre des consultations pendant des jours entiers et jusqu'à un mois et demi pour une IRM. Il y a beaucoup à faire pour améliorer l'accès aux soins et éviter des catastrophes. Je comprends donc cet amendement, d'autant que les compétences étaient reconnues par les pratiques et que l'on a relancé l'acquisition de spécialités : on pourrait réfléchir à ces sujets.

M. Alain Milon. – Je retiens cet amendement parce que l'on manque de spécialistes dans certains domaines. Appliquons-le, le temps que l'Europe fasse le nécessaire.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Quel est le problème de la démographie médicale ? Nous avons assez de spécialistes mais ils sont mal répartis. Nous avons le plus grand nombre de psychiatres, 14 000 !, mais répondons-nous aux besoins ? Non... La démarche que vous proposez accentuerait le transfert des généralistes vers des spécialités alors que nous manquons de généralistes. Or le problème est bien d'accéder à cette filière. Loin de le régler, vous l'accentueriez. J'en appelle à la sagesse de la Haute assemblée qui est littéralement branchée sur ces questions et connaît bien l'enjeu de la désertification rurale.

M. François Autain. – Cet amendement ne remédie pas à la pénurie dans certaines spécialités mais il aura des effets pervers. Lors du débat sur la démographie médicale, nous avions fait observer que sur 100 étudiants qui choisissent la médecine générale, seulement 40 % l'exercent, les autres choisissant des compétences. Et vous voudriez élargir ces compétences ? Je voterai contre l'amendement.

M. Nicolas About, président de la commission. – Le premier reproche que l'on adresse à M. Barbier est qu'il ne règle pas tous les problèmes à la fois. Cette critique est justifiée, il a tort : il est aux commandes, qu'il traite des généralistes et des spécialistes ! Plus sérieusement, c'est une tentative intéressante et le Conseil de l'ordre travaille dans le même sens : il y a là quelque chose à tenter. Si ceux qui ne se sont jamais trompés étaient les seuls à pouvoir formuler des propositions, il n'y aurait pas grand monde pour déposer des amendements...

Après une épreuve à main levée déclarée douteuse, l'amendement n° 229 rectifié, mis aux voix par assis et levé, est adopté et devient un article additionnel.

L'article 33 bis est adopté.

Article 34

I. - Le premier alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Lorsqu'il s'agit d'actes réalisés en série, ces conditions de prescription peuvent préciser le nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire en application de l'article L. 315-2 pour poursuivre à titre exceptionnel la prise en charge, sur le fondement d'un référentiel validé par la Haute Autorité de santé sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. »

II. - Au septième alinéa de l'article L. 315-2 du même code, les mots : « par décret » sont remplacés par les mots : « par décision du collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ».

M. le président. – Amendement n°141, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC.

Supprimer cet article.

M. Guy Fischer. – En vous alertant ainsi, nous espérons vous pousser à revoir votre copie. Vous voulez que la Haute autorité de santé élabore ou valide des référentiels.

Selon vous, il conviendrait de réduire les écarts de tarification entre deux traitements pour une maladie identique. Mais ce qui est explicitement visé, ce ne sont pas tant les écarts de coûts que la différence du nombre des actes réalisés par les professionnels de santé. Ne cherchez-vous pas en fait à réduire les écarts en imposant un nombre d'acte maximum par pathologie ?

Pourquoi ne pas prendre des mesures qui pèseraient sur les prescripteurs plutôt que sur les patients? La prise en charge des actes en série dépassant ce référentiel serait exceptionnelle et soumise à l'approbation préalable du service médical : vous visez les patients en affection de longue durée (ALD).

Si cet article était adopté, les malades ayant des moyens verraient leur reste à charge augmenter tandis que les plus pauvres n'auraient plus qu'à renoncer aux soins. Vous n'apportez en effet aucune garantie sur ce référentiel qui risque de se transformer en une norme aveugle ne prenant pas en compte la spécificité de chaque maladie et de chaque malade.

Certes, il sera toujours possible d'obtenir du service du contrôle médical la fameuse autorisation exceptionnelle. Mais certaines situations d'urgence ne pourront s'accommoder des délais nécessaires à cette autorisation, et il y a fort à parier que certains malades renonceront aux soins.

Nous sommes d'autant plus sceptiques qu'il y a quelques mois, le directeur de l'assurance maladie, missionné par le Gouvernement, envisageait la

suppression du remboursement à 100 % des ALD. Face à la levée de boucliers, vous aviez dû renoncer à votre projet et voilà que vous le représentez sous une autre forme.

M. le président. – Amendement identique n°274, présenté par Mme Le Texier et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Mme Raymonde Le Texier. – Cet article est dangereux : il met à la disposition des professionnels des référentiels proposés par l'Uncam et validés par la Haute autorité de santé, référentiels qui définiront la poursuite de la prise en charge des actes médicaux réalisés en série. Une fois de plus, les considérations économiques semblent l'emporter sur les préoccupations scientifiques. Si les bonnes pratiques conduisent à des économies, il ne convient cependant pas d'aborder cette question sous un angle purement comptable car c'est avant tout une prise en charge de qualité qui importe. Les kinésithérapeutes sont touchés par cette disposition, mais aussi les orthoptistes et les orthophonistes.

Depuis l'application, en 2002, de la nouvelle nomenclature générale des actes professionnels, les orthophonistes jouissent d'une réelle autonomie : le bilan orthophonique, qui permet de poser le diagnostic et d'établir le plan de soins, demeure prescrit et fait l'objet d'un compte rendu obligatoire au médecin prescripteur. Ce compte rendu est essentiel pour coordonner les soins et sa définition a fait l'objet, en 2002, d'un accord conventionnel avec les caisses d'assurance maladie. Les modifications de l'arrêté de 1962 ont supprimé l'aspect quantitatif de la prescription, elles ont permis de coordonner les soins et ont été suivies d'un décret d'actes donnant au professionnel paramédical une réelle responsabilité dans la pose du diagnostic, dans la décision de prise en charge et dans la conduite du plan de soins.

La qualité des soins est garantie et les médecins prescripteurs ne contestent plus aux orthophonistes la responsabilité de la conduite du plan de soins orthophoniques.

Si cet article était voté, il reviendrait au médecin de déterminer le référentiel et de poser un diagnostic avant même que le bilan orthophonique fondant le diagnostic soit effectué. Nous ne pouvons accepter un tel retour en arrière. Les orthophonistes n'ont jamais contesté l'intérêt des recommandations et des référentiels de la HAS pour la pratique professionnelle car elles permettent de mieux traiter les pathologies qui relèvent de leurs compétences. Mais ces référentiels ne peuvent servir de base à une prescription médicale quantitative. Ce que je dis pour les orthophonistes vaut aussi pour d'autres spécialités.

M. le président. – Amendement n°350, présenté par Mme Dini et les membres du groupe UC.

Rédiger comme suit le I de cet article :

I - Le premier alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« Lorsqu'il s'agit d'actes réalisés en série, les conditions de mise en œuvre des soins par le professionnel de santé peuvent être déterminées sur le fondement d'un référentiel validé par la Haute autorité de santé sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des partenaires conventionnels. Au-delà des conditions définies par ce référentiel, le traitement peut être poursuivi conformément aux dispositions de l'article L. 315-2. »

Mme Muguet Dini. – Il convient de laisser les professionnels de santé mettre en œuvre les référentiels validés par la HAS pour les actes en série. Certes, une enquête de la Caisse nationale d'assurance maladie montre des écarts importants en termes de rééducation post-opératoire pour quatre interventions effectuées sur des populations de malades homogènes. Elle l'explique par les variations de la densité médicale et de l'offre de soins. Le nombre de séances est plus élevé dans les départements ayant beaucoup de professionnels de santé. « Face à une telle hétérogénéité, nous pouvons donner des repères, *via* la HAS, tout en sachant que le professionnel pourra s'éloigner des repères » a déclaré le médecin conseil national de la Cnam.

L'amendement n°360 n'est pas défendu, non plus que l'amendement n°374.

M. le président. – Amendement n°390, présenté par M. Milon.

Dans le second alinéa du I de cet article, remplacer les mots :

à titre exceptionnel la prise en charge, sur le fondement d'un référentiel validé

par les mots :

en fonction de la pathologie particulière des malades la prise en charge, sur le fondement d'un référentiel rédigé et validé

M. Alain Milon. – Les députés ont remplacé « validé » par « approuvé ». En réalité, aucun de ces deux mots ne rend justice à la HAS dont les prérogatives ne peuvent être cantonnées à la simple approbation ou validation de propositions de l'Uncam.

Sur proposition de l'Uncam, la HAS doit pouvoir rédiger les référentiels qui seront ensuite proposés aux praticiens de santé réalisant des actes en série. Il faut donc remplacer « validé » par les mots « rédigé et validé ». Toute autre rédaction serait de nature à créer un lien tutélaire entre la HAS et l'Uncam, ce que le législateur ne souhaite pas.

Il convient enfin de garantir l'égal accès aux soins pour tous

M. le président. – Amendement n°384 rectifié, présenté par M. Barbier et Mme Escoffier.

Après les mots :

d'un référentiel

rédiger ainsi la fin du second alinéa du I de cet article :

défini et validé par la Haute autorité de santé.

M. Gilbert Barbier. – Question importante : le référentiel doit-il être défini par l'Uncam ou par la HAS ? Je penche en faveur de la deuxième solution.

M. le président. – Amendement n°528, présenté par le Gouvernement.

Compléter le second alinéa du I de cet article par les mots :

ou sur le fondement d'un avis ou d'une recommandation de la Haute autorité de santé

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je souhaite entendre M. le rapporteur sur les autres amendements avant de présenter celui du Gouvernement.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Bien qu'il soit important, cet article ne suscite pas un réel enthousiasme de la commission. Il n'en reste pas moins qu'elle n'est pas favorable à sa suppression car elle partage l'objectif du Gouvernement de mieux maîtriser les actes prescrits par les médecins et assurés par d'autres professionnels de la santé, comme les kinésithérapeutes.

Nous tenterons d'améliorer la rédaction de l'article, en nous appuyant sur l'amendement de Mme la ministre, qui requiert quelques précisions rédactionnelles. J'espère que nous répondrons par là au souci de M. Barbier : il est de fait important que l'Uncam s'appuie sur des référentiels validés par la Haute autorité de santé.

Pour répondre aux préoccupations exprimées par M. Fischer et Mme Le Texier, dans le cadre des contrôles qu'elle opérera, l'Uncam tiendra compte de la santé du patient. Il en est pour lesquels il faudra aller au-delà du référentiel, en nombre d'actes. Mais cela se fera au cas par cas.

Si donc la commission ne peut être favorable aux deux amendements de suppression n°141 et 274, il sera utile, madame la ministre, d'apporter une réponse précise à l'argumentation de M. Fischer, qui a raison de penser que les accidents du travail doivent être traités à part.

M. Guy Fischer. – Y compris pour les franchises !

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Je pense enfin que les auteurs des amendements n°350, 390 et 384 rectifié voudront bien les retirer au bénéfice des précisions qu'aura bien voulu donner Mme la ministre, sachant que les garanties qu'ils réclament, au cœur de

nos préoccupations, seront inscrites dans le dispositif grâce au travail conjoint du Gouvernement et de la commission sur l'amendement qui va vous être présenté.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Comme l'a excellemment dit le rapporteur, le but est de mettre à la disposition des professionnels de santé un référentiel de soins validé sur des critères médicaux. On ne peut autoriser les actes de masso-kinésithérapie en série que pour des raisons médicales. C'est une stratégie « gagnant-gagnant » que nous vous proposons, destinée à garantir la qualité des soins en évitant à l'assurance maladie le coût d'actes inutiles. S'il s'agit d'actes utiles, ils seront poursuivis, *via* la procédure d'entente préalable.

Les orthophonistes, madame Le Texier, ne sont pas concernés. Ils font preuve de moins de dispersion dans les actes que les masseurs-kinésithérapeutes. Si des référentiels devaient être produits pour leur spécialité, ils le seraient selon le même procédé.

Aux interrogations de Mme Dini et MM. Barbier et Million, je répondrai, monsieur le président, par l'amendement du Gouvernement.

Si c'est bien l'Uncam qui dispose des données de dispersion, il ne faut pas pour autant négliger le travail de la Haute autorité de santé dont les recommandations ou les avis peuvent valoir référentiels normés de prise en charge. Je complète donc l'article en élargissant la base référentielle.

M. Nicolas About, président de la commission. – Je vous propose d'alléger la rédaction en écrivant : « élaborés par la Haute autorité de santé ou validés par celle-ci sur proposition de l'Uncam ». (*Mme la ministre accepte la rectification*) Je demande la priorité sur l'amendement ainsi rédigé.

La priorité, acceptée par le Gouvernement, est de droit.

M. le président. – Je vais suspendre la séance le temps que nous soit présentée par écrit la nouvelle rédaction afin que chacun puisse voter en connaissance de cause. (*Protestations à droite*) J'ai beaucoup de sympathie pour le travail de commission mais la clarté des débats exige une suspension.

M. Nicolas About, président de la commission. – Il ne s'agit pas de travail de commission, je ne fais qu'exercer le droit de tout parlementaire de proposer, en séance, des réajustements sur un texte.

La séance, suspendue à 18 h 25, reprend à 18 h 30.

M. le président. – Voici l'amendement n°528 rectifié, présenté par le Gouvernement.

Dans le second alinéa du I de cet article remplacer les mots :

validé par la Haute autorité de santé

par les mots:

élaboré par la Haute autorité de santé ou validé par celle-ci

M. Guy Fischer. – L'adoption de cet amendement fera tomber tous les autres... L'article 34 illustre bien votre volonté d'une maîtrise non pas médicalisée mais comptable.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Mais non !

M. Nicolas About, président de la commission. – C'est tout le contraire !

M. Guy Fischer. – Nous n'avons pas la même interprétation. Certes, les ALD entraînent des actes répétitifs. Je suis prêt à entendre qu'il y a des écarts trop importants selon les pathologies, que certains masseurs-kinésithérapeutes abusent...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Ils ne sont pas prescripteurs, mais les médecins !

M. Guy Fischer. – Il faut remettre de l'ordre dans les pratiques car les assurés sont déjà mis à contribution, notamment avec la montée en charge des frais d'hébergement et la mise en place de l'ordonnancier bizonne. Les économies réalisées ne doivent pas pénaliser les assurés !

Mme Raymonde Le Texier. – L'amendement du Gouvernement ne règle qu'une partie du problème. Madame la ministre, vous avez dit que l'orthophonie n'était pas concernée.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je vais vous répondre plus complètement.

Mme Raymonde Le Texier. – Le petit livre bleu du PLFSS est pourtant clair : les actes de rééducation comme la masso-kinésithérapie mais aussi l'orthophonie et l'orthoptie sont concernés. Nous voterons contre cet amendement car il appartient aux professionnels paramédicaux d'appliquer les référentiels et les recommandations de la Haute autorité, après évaluation des troubles. Si les référentiels précisent, pour certaines pathologies, un nombre de séances maximal, il revient aux professionnels de santé de définir le nombre de séances en conséquence. Nous voterons donc contre l'amendement.

Mme Nathalie Goulet. – Je voterai l'amendement du Gouvernement qui règle une grande partie des problèmes. Il y a dans l'Orne un important centre de rééducation, qui a d'ailleurs largement bénéficié du plan Hôpital 2012, une remise à plat du système ayant donné un excellent résultat. Le retour aux autorisations préalables va à l'encontre de l'objectif de simplification administrative mais la profession est suffisamment responsable pour qu'il n'y ait pas de problème.

Mme Muguette Dini. – L'amendement du Gouvernement, rectifié par la commission, me rassure : je le voterai.

M. Alain Milon. – Je voterai l'amendement mais le lien tutélaire demeure entre la Haute autorité et l'Uncam...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je n'ai peut-être pas été claire sur les orthophonistes, et je m'en excuse : ils figurent en effet sur la liste mais ne sont en réalité pratiquement pas concernés. La profession a été en avance sur son temps : un bilan orthophonique, qui propose un nombre de séances, contrairement au bilan de kinésithérapie ; une évaluation préalable précise pour tous les actes d'orthophonie, par groupe de trente séances, puis modalités de renouvellement ; une nomenclature traçante, à ne pas confondre avec des référentiels. L'instauration de référentiels pour les orthophonistes a été abordée lors de la dernière convention mais abandonnée faute de travail préalable de la Haute autorité de santé.

Les pratiques sont moins dispersées en orthophonie qu'en masso-kinésithérapie mais mériteraient toutefois d'être évaluées par la CNAMTS.

Le bilan orthophonique ne disparaîtra pas, d'autant qu'il n'y aura pas de référentiel de l'Uncam. Si cet article venait à s'appliquer, le bilan ne pourrait plus valoir prescription d'un nombre de séances que dans le cadre du référentiel de la pathologie. Si le bilan orthophonique mentionnait trente séances alors que le référentiel ne permet d'en rembourser que vingt-trois, l'orthophoniste devrait adresser à la caisse une demande d'entente préalable avant de continuer. L'embarras administratif serait plutôt réduit mais la nécessité de se conformer à un référentiel limiterait la liberté d'auto-prescription. L'amendement n°528 rectifié garantit une approche médicale de la prescription orthophonique. Il n'y aura pas de référentiels avant un moment.

L'amendement n°528 rectifié est adopté.

Les amendements n°s 141, 274, 390 et 384 rectifié deviennent sans objet.

L'amendement n°350 est retiré.

Mme Raymonde Le Texier. – Nous voterons contre l'article 34. Votre approche purement comptable m'inquiète : on met tous les spécialistes dans le même panier et on réduit la prise en charge ! Il n'y aura qu'une malheureuse séance par semaine, trois fois moins que dans les pays du Nord de l'Europe, quand on sait qu'il en faut au moins deux pour avancer ! Si certains, ou certaines, vont voir le masseur pour des raisons de convenance ou d'esthétique, il n'en va pas de même pour l'orthophoniste ! Au contraire, il faudrait que plus d'enfants soient pris en charge bien plus tôt !

A la demande du groupe CRC, l'article 34 est mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici les résultats du scrutin :

| | |
|---|-----|
| Nombre de votants | 339 |
| Nombre de suffrages exprimés | 336 |
| Majorité absolue des suffrages exprimés ... | 169 |

| | |
|----------------------|-----|
| Pour l'adoption..... | 189 |
| Contre | 147 |

Le Sénat a adopté.

Article 34 bis

Le troisième alinéa de l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les organismes locaux d'assurance maladie mettent à la disposition des patients la liste des médecins conventionnés et des centres de santé ayant conclu un contrat tel que mentionné au premier alinéa. »

L'amendement n°460 n'est pas défendu.

L'article 34 bis est adopté.

Articles additionnels

M. le président. – Amendement n°440, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC.

Après l'article 34 bis, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le quatorzième alinéa (13°) de l'article L. 5121-20 du code de la santé publique est complété par les mots : « , ainsi que les modalités de signalement d'effets indésirables effectués directement par les patients et communiqués par les associations agréées de patients ; ».

M. François Autain. – Il s'agit de faire participer les patients au système de pharmacovigilance.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers et l'assurance maladie. – Nous nous en remettons à l'avis du Gouvernement.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Avis favorable, sous réserve que la conjonction « et » soit remplacée par « ou » : il faut faire participer les associations agréées de patients.

M. François Autain. – J'en suis d'accord.

M. le président. – Je mets donc aux voix l'amendement n°440 rectifié.

L'amendement n°440 rectifié est adopté et devient article additionnel.

M. le président. – Amendement n°445, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC.

Après l'article 34 bis, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le deuxième alinéa de l'article L. 5122-6 du code de la santé publique est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Toutefois, seules les campagnes publicitaires concernant les médicaments mentionnés à l'article L.5121-2 peuvent s'adresser au public. »

M. François Autain. – En France, la publicité directe auprès du public pour les médicaments remboursés et ceux qui ne peuvent être obtenus que sur prescription médicale est interdite, sauf pour les vaccins et les médicaments utilisés dans le sevrage tabagique. Or, dans un avis du 17 octobre 2008, le Haut conseil de la santé publique déplorait « que les firmes productrices de vaccins soient autorisées à faire des publicités télévisuelles ou radiodiffusées pour le grand public ». Les laboratoires, dans leurs publicités, font prévaloir l'intérêt commercial sur l'information des patients. Les mentions obligatoires relatives au bon usage sont souvent abrégées, voire absentes. La promotion de la vaccination, qui est un outil de prévention essentiel, doit être assurée par les autorités de santé : c'est la condition d'une information fiable et indépendante.

L'amendement n°445, rejeté par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.

Article 35

I. - La section 5 du chapitre 1^{er} du titre VI du livre 1^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 161-36-4-3 ainsi rédigé :

« Art L. 161-36-4-3. - *Le groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés bénéficie pour son financement d'une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie. Le montant de cette dotation est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.* »

II. - Après la deuxième phrase de l'article L. 1111-8-1 du code de la santé publique, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« *Son élaboration et sa mise en œuvre sont assurées par le groupement d'intérêt public visé à l'article L. 161-36-4-3 du code de la sécurité sociale.* »

M. le président. – Amendement n°142, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC.

Supprimer cet article.

Mme Annie David. – Il ressort des statistiques officielles que le Dossier médical personnalisé (DMP) est un échec : on ne compte que 38 200 dossiers, dont 5 000 seulement sont utilisés. On est très loin des 10 millions prévus pour 2006 ! Les ministres de la santé successifs nous ont assurés que le DMP était la clef de voûte de notre système de santé ; pourtant celui-ci ne s'est pas effondré, ce qui montre que ce dispositif n'était pas aussi indispensable qu'on l'a dit...

Les dépenses liées au DMP en font une véritable gabegie : on en attendait entre 3,5 et 6,5 milliards d'économies, mais il a réussi l'exploit de coûter au moins 21 millions d'euros. Dans son rapport de 2007, l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) écrivait que le DMP constituait « une expérimentation tronquée dont il n'a été permis que de tirer des enseignements très généraux que l'on aurait pu annoncer d'avance ».

Aujourd'hui, vous nous proposez de réinvestir de l'argent dans ce dispositif, en instituant une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au nouveau groupement d'intérêt public (GIP). Mais ce dont le DMP a besoin, c'est d'une véritable remise à plat : il faudrait à la fois réfléchir au financement du dispositif, le rendre plus sûr, et peut-être lui assigner une mission de santé publique autre que la seule lutte contre la fraude.

Nous ne pouvons pas approuver la création d'un nouveau GIP, financé par des régimes obligatoires déficitaires, tandis que le montant de leur participation est renvoyé au décret, pour ne pas dire au secret !

M. le président. – Amendement n°526, présenté par le Gouvernement.

Compléter le texte proposé par le I de cet pour l'article L. 161-36-4-3 du code de la sécurité sociale par un alinéa ainsi rédigé :

« Ce groupement peut recruter des agents titulaires de la fonction publique, de même que des agents non titulaires de la fonction publique avec lesquels il conclut des contrats à durée déterminée ou indéterminée. Il peut également employer des agents contractuels de droit privé régis par le code du travail. »

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – L'article 35 concerne la future agence des systèmes d'information de santé partagés (Asip), qui réunira les groupements d'intérêt public consacrés au DMP et à la carte « professionnel de santé » (GIP-DMP et GIP-CPS) ainsi que la composante du Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH) couvrant les référentiels d'interopérabilité.

Ces trois groupements emploient du personnel contractuel de droit privé, ce qui est nécessaire compte tenu des spécialités requises. Ces modalités sont dérogatoires, nous nous assurons qu'elles deviennent légales.

M. le président. – Amendement n°143, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - En annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, le Gouvernement communiquera au Parlement un rapport sur l'état d'avancement des travaux du groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés.

Mme Annie David. – Amendement de repli : nous souhaitons qu'un rapport établisse le coût de ce GIP. Le DMP était censé coûter 14 euros par patient, nous en sommes à 400 euros, il y a de quoi s'inquiéter !

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Il ne faut pas priver l'agence de ses moyens : avis défavorable à l'amendement n°142. Le Gouvernement nous rendra compte de l'activité de ce GIP et, s'il ne le fait pas, il sera toujours temps d'exiger un rapport annuel au Parlement : retrait, sinon rejet de l'amendement n°143. Avis favorable à l'amendement n°526.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Avis défavorable à l'amendement n°142. La convention constitutive du GIP fixera les modalités selon lesquelles celui-ci rendra compte de son activité ; le Parlement aura accès à ces informations : l'amendement n°143 est inutile, avis défavorable.

L'amendement n°142 n'est pas adopté.

L'amendement n°526 est adopté.

Mme Annie David. – Je prends acte de votre engagement à ce que le Parlement soit informé de l'activité de ce GIP : je retire l'amendement n°143.

L'amendement n°143 est retiré.

L'article 35, modifié, est adopté.

Articles additionnels

M. le président. – Amendement n°335, présenté par Mme Payet et les membres du groupe UC.

Après l'article 35, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La certification des logiciels d'aide à la prescription médicale est obligatoire à compter du 1^{er} janvier 2010. »

Mme Anne-Marie Payet. – Nous souhaitons rendre obligatoire la certification, par la Haute autorité, des logiciels d'aide à la prescription : son caractère facultatif fait peser un risque sur la sécurité sanitaire car rien ne garantit que ces logiciels non certifiés seront fiables.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Sageesse.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je comprends votre souci, mais l'obligation freinerait les fabricants de logiciels : la livraison en serait retardée, ce n'est certainement pas votre objectif. Avis défavorable.

L'amendement n°335 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°277, présenté par M. Domeizel et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après l'article 35, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À la fin du dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale sont ajoutés les mots : « ou lorsque la consultation se fait à la demande d'un médecin du travail ».

M. Jean-Jacques Mirassou. – Nous souhaitons que le médecin du travail puisse adresser un patient directement à un médecin spécialiste plutôt que de devoir passer par le médecin traitant.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Qu'en pense le Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je ne souhaite pas cette nouvelle dérogation au parcours de soins : le médecin traitant coordonne les interventions médicales, il est le pivot du parcours de soins. Avis défavorable.

L'amendement n° 277 n'est pas adopté.

Article 35 bis

I. - Après l'article L. 161-36-3-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 161-36-3-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 161-36-3-2. - Avant la date prévue au dernier alinéa de l'article L. 161-36-1, un dossier médical implanté sur un dispositif portable d'hébergement de données informatiques est remis, à titre expérimental, à un échantillon de bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une des affections mentionnées aux 3^o ou 4^o de l'article L. 322-3.

« Le groupement d'intérêt public prévu à l'article L. 161-36-4-3 fixe la liste des régions dans lesquelles est menée cette expérimentation.

« Le deuxième alinéa de l'article L. 161-36-1 et l'article L. 161-36-3-1 ne sont pas applicables aux dossiers médicaux créés en application du présent article.

« Un décret fixe les modalités d'application du présent article, garantissant notamment la confidentialité des données contenues par les dossiers médicaux personnels. »

II. - Après le mot : « applicables », la fin du dernier alinéa de l'article L. 161-36-1 du même code est ainsi rédigée : « dès que l'utilisation du dossier médical personnel est possible sur l'ensemble des territoires auxquels s'applique la présente section. »

III. - *Le deuxième alinéa de l'article L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale s'applique dès que l'utilisation du dossier médical personnel est possible sur l'ensemble des territoires auxquels s'applique la section 5 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} du même code.*

M. le président. – Amendement n°147, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC.

Supprimer cet article.

M. Guy Fischer. – Le Gouvernement n'a pas fini d'expérimenter le DMP qu'il lance une autre expérimentation avec le DMP sur clé USB : n'est-ce pas, madame la ministre, la dernière tentative pour sauver le DMP ? Ou bien, même, une porte de sortie ? Présenté comme le pilier de la réforme, le DMP pourrait devenir facultatif...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – C'est l'avis de la Cnil

M. Guy Fischer. – Il y a matière à réflexion. La sécurité sociale va communiquer nos données sociales aux mutuelles, c'est donnant-donnant puisque le Gouvernement taxe davantage ces mutuelles. Nous partageons les inquiétudes de la Cnil !

M. le président. – Amendement n°17, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

Dans le premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 161-36-3-2 du code de la sécurité sociale, après la référence :

L. 161-36-1

insérer les mots :

et avant l'expiration d'un délai de cinq ans

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Précision.

M. le président. – Sous-amendement n°529 à l'amendement n°17 de M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, présenté par le Gouvernement.

Dans le deuxième alinéa de l'amendement n°17, remplacer le mot :

cinq

par le mot :

deux

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Précision.

M. le président. – Amendement n°503, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

Compléter le deuxième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 161-36-3-2 du code de la sécurité sociale par une phrase ainsi rédigée :

Avant le 15 septembre de chaque année, il remet au Parlement un rapport qui en présente le bilan.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Autre précision.

Avis défavorable à l'amendement n°147. Le Gouvernement veut aller plus vite, c'est une bonne nouvelle : avis favorable au sous-amendement n°529.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Nous expérimentons le DMP sur clé USB ; si l'expérience est infructueuse, nous l'arrêterons : avis défavorable à l'amendement n°147. Favorable à l'amendement n°503.

L'amendement n°147 n'est pas adopté.

Le sous-amendement n°529 est adopté.

L'amendement n°17, sous-amendé, est adopté.

L'amendement n°503 est adopté.

L'article 35 bis, modifié, est adopté.

Article additionnel

M. le président. – Amendement n°361 rectifié *bis*, présenté par MM. Leclerc et Dériot.

Après l'article 35 *bis*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après les mots : « celui-ci », la fin de la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 161-36-4-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée : « tout pharmacien d'officine, ou pharmacien de pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé pour la délivrance au public des médicaments mentionnés à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, est tenu de consulter et d'alimenter le dossier pharmaceutique à l'occasion de la dispensation. »

M. Gérard Dériot. – Nous étendons l'obligation de consulter le dossier pharmaceutique aux pharmaciens à l'intérieur des établissements.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Sagesse favorable. Si les pharmaciens veulent se donner eux-mêmes une contrainte supplémentaire, au demeurant justifiée...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – La mesure est prématurée. Elle correspond à une demande du président de l'ordre des pharmaciens mais elle mérite une étude de faisabilité. Le coût en serait en effet très élevé et le bénéfice, faible. Recherchons plutôt une meilleure articulation entre le dossier médical personnel et le dossier pharmaceutique. Je m'engage à poursuivre la réflexion. Retrait.

M. Gérard Dériot. – Les officines, si souvent critiquées, ont su mettre en place le dossier pharmaceutique sans difficulté. Celui-ci est

indispensable aussi dans les pharmacies à usage intérieur dans les hôpitaux. Je suis certain que Mme la Ministre nous proposera d'elle même l'an prochain cette mesure, en dépit de son coût !

L'amendement n°361 rectifié bis est retiré.

Article 36

I. - Après l'article L. 162-22-7-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-22-7-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-22-7-2. - L'État arrête, sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des prescriptions des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 et sur recommandation du conseil de l'hospitalisation mentionné à l'article L. 162-21-2, un taux prévisionnel d'évolution des dépenses d'assurance maladie afférentes à ces spécialités et à ces produits et prestations.

« Lorsqu'elle estime, compte tenu des référentiels et recommandations élaborés par la Haute autorité de santé, l'Institut national du cancer et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, que le dépassement de ce taux par un établissement de santé n'est pas justifié, l'agence régionale de l'hospitalisation peut décider de conclure, pour une durée d'un an, avec les autres signataires du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7, un plan d'actions visant à maîtriser l'évolution des dépenses par l'amélioration des pratiques de cet établissement.

« En cas de refus de l'établissement de signer ce plan ou si l'établissement ne respecte pas le plan auquel il a souscrit, le remboursement de la part prise en charge par l'assurance maladie peut être réduit à concurrence de 10 %, pour une durée d'un an, en fonction des manquements observés, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations. Le cas échéant, cette réduction se cumule avec celle résultant de l'article L. 162-22-7, dans la limite maximale de 30 %. La différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients. »

II. - Après l'article L. 162-5-16 du même code, il est inséré un article L. 162-5-17 ainsi rédigé :

« Art L. 162-5-17. - A défaut d'identification, par le numéro personnel mentionné à l'article L. 162-5-15, des prescriptions de spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22-7, les dépenses y afférentes ne sont pas prises en charge par les organismes de sécurité sociale.

« Ces dépenses ne peuvent être facturées au patient. »

III. - L'article L. 162-22-7 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La prise en charge des médicaments orphelins au sens du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins est subordonnée à la validation de la prescription initiale par le centre de référence de la maladie pour le traitement de laquelle la prescription est envisagée, lorsqu'il existe, ou par l'un des centres de compétence qui lui sont rattachés. »

IV. - Le I du présent article s'applique pour la première fois au titre des dépenses de santé de l'année 2009. Le II entre en vigueur le 1^{er} janvier 2010.

M. le président. – Amendement n°71, présenté par M. Jégou, au nom de la commission des finances.

I. Dans le deuxième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale, remplacer les mots :

peut décider de conclure

par le mot :

conclut

II. Dans la première phrase du dernier alinéa du même texte, remplacer les mots :

peut être

par le mot :

est

M. Jean-Jacques Jégou. – La procédure, facultative dans la rédaction actuelle, doit être automatique lorsque l'agence constate une évolution atypique des prescriptions.

L'amendement n°71, accepté par la commission et le Gouvernement, est adopté.

M. le président. – Amendement n°149, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC.

Compléter le dernier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale par une phrase ainsi rédigée :

Les dispositions de cet alinéa ne sont pas applicables aux établissements visés à l'article L. 6141-2 du code de la santé publique.

M. François Autain. – Les directeurs des hôpitaux n'ont pas à être sanctionnés lorsqu'ils ne parviennent pas à modérer la croissance des dépenses de médicaments figurant sur la liste en sus -il s'agit des médicaments onéreux facturés en dehors de la T2A. Si les molécules sont validées scientifiquement, si elles ont obtenu leur AMM, au nom de quoi le directeur de l'établissement limiterait-il leur emploi ? Si les médicaments innovants ont un coût excessif, c'est aux autorités sanitaires de prendre leurs responsabilités : les directeurs d'hôpitaux n'ont pas à être sanctionnés. Je vous renvoie à notre discussion sur la procédure de fixation du prix des médicaments...

Comment priver les patients des médicaments dont ils ont besoin au motif que les molécules sont onéreuses ? L'article mériterait d'être supprimé, nous ne le voterons qu'assorti de notre amendement.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Il faut bien réguler...

M. François Autain. – C'est évident ! Mais pas ainsi.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Le taux d'évolution des dépenses de médicaments de la liste en sus atteint 15 % par an mais c'est une moyenne autour de laquelle la dispersion est forte. Lorsque le taux d'évolution est très supérieur à la moyenne nationale, il y a lieu, pour l'agence, de se demander pourquoi et d'établir un plan d'action, sur des critères médicaux. L'écart peut être justifié par la composition de la patientèle, mais peut-être pas.

L'amendement n°149 n'est pas adopté.

L'article 36, modifié, est adopté.

L'article 37 est adopté.

Article 37 bis

Le b du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Pour l'application du présent b, sont inscrites au répertoire des groupes génériques les spécialités qui se présentent sous une forme pharmaceutique orale à libération modifiée différente de celle de la spécialité de référence, à condition qu'elles appartiennent à la même catégorie de forme pharmaceutique à libération modifiée et qu'elles ne présentent pas de propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité ; ».

M. le président. – Amendement n°410, présenté par M. Darniche.

Supprimer cet article.

M. Philippe Darniche. – Un amendement que présente le Gouvernement paraît satisfaire le mien, qui semble voué au retrait.

M. le président. – Amendement n°519, présenté par le Gouvernement.

Dans le second alinéa de cet article, les mots :

qu'elles appartiennent

sont remplacés par les mots :

que ces spécialités et la spécialité de référence appartiennent

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – L'article vise à développer les médicaments génériques : la proportion de génériques délivrés en

France, 20 %, reste très inférieure à ce qu'elle est en Allemagne, 56 %, ou au Royaume-Uni, 64 %.

La rédaction actuelle ne précise pas que la différence de forme galénique, comprimé ou gélule, représente un obstacle. Nous corrigeons cette aberration : il n'est pas normal qu'un médicament ne puisse être substitué parce qu'il se présente en gélules alors que le princeps l'est en comprimés ou parce que son système d'enrobage est légèrement différent. L'Affsaps en convient aussi.

L'amendement tend donc à étendre aux formes orales à libération modifiée ce qui est pratiqué pour les formes orales à libération immédiate. Je précise bien que le même groupe pourra contenir les différentes présentations, comprimé ou gélule, mais ne mélangera pas des formes à libération immédiate et des formes à libération modifiée.

M. le président. – Amendement n°520, présenté par le Gouvernement.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - La deuxième phrase du b du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est ainsi modifiée :

- les mots : « qui présente la même composition qualitative et quantitative en principes actifs » sont remplacés par les mots : « qui présente la même composition qualitative en substance active, la même composition quantitative en substance active ou, à défaut, une fraction thérapeutique active identique dans les limites prévues à l'Annexe I de la directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain ».

- elle est complétée par les mots : « et qu'elles ne présentent pas de propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité. »

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Cet amendement vise à élargir la possibilité de substitution à des spécialités contenant le même principe actif mais sous une forme chimique différente -sels et esters par exemple- dès lors que la substance finalement libérée, la « fraction thérapeutique active », est qualitativement et quantitativement la même.

En revanche, l'autre condition est assouplie : la notion d'identité exacte de la composition est élargie à celle du principe thérapeutique actif, conformément à la norme européenne. Excusez la technicité de ma réponse, qui devrait rendre possible un vote unanime !

M. Philippe Darniche. – Avec ces précisions, je retire mon amendement.

L'amendement n°410 est retiré.

Les amendements n°s 519 et 520, acceptés par le Gouvernement, sont adoptés.

L'article 37bis, modifié, est adopté.

Articles additionnels

M. le président. – Amendement n°448 rectifié, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC.

Après l'article 37 *bis*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans l'avant-dernière phrase du a) du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, après les mots : « éthers, isomères, » sont insérés les mots : « métabolites actifs ».

M. François Autain. – Les métabolites actifs peuvent être utilisés pour contourner la législation sur les génériques. Les industries pharmaceutiques développent en effet des stratégies de diversification de gamme, qui détournent une partie de la prescription vers des produits encore protégés. On met sur le marché un nouveau produit, très proche du produit initial et susceptible de le remplacer. C'est ce que l'on a fait avec la desloratadine, molécule dérivée de la loratadine. Dans la négociation avec le Ceps, ce produit a obtenu un prix inférieur à celui de la molécule originale mais supérieur au prix du générique ; cela donne un argument supplémentaire au laboratoire pour promouvoir sa prescription et barrer la route aux génériques, en empêchant toute substitution.

La commercialisation de ces nouveaux médicaments peut s'accompagner du retrait du marché des anciens produits de la gamme, permettant ainsi le report d'une partie des ventes du princeps aux dépens des génériques. C'est ainsi que la desloratadine, métabolite actif de la loratadine, a capté la moitié du marché total en Allemagne et les trois quarts au Royaume-Uni, ne laissant que le reste du marché aux génériques.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Défavorable : j'ai déjà répondu.

L'amendement n°448 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°447, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC.

Après l'article 37 *bis*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 5121-9 du code de la santé publique, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Art. L. ... - Toute association d'un médicament ayant obtenu une autorisation de mise sur le marché avec un médicament ayant également obtenu une première autorisation de mise sur le marché doit également obtenir une autorisation de mise sur le marché initiale. Toutes ces autorisations de mise sur le marché sont considérées comme faisant partie d'une même autorisation globale, notamment aux fins de l'application de l'article L. 5121-10 du présent code. »

M. François Autain. – Il s'agit d'éviter que certaines associations médicamenteuses soient utilisées pour contourner la législation sur les génériques. Plus bref, je serai peut-être mieux compris...

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Défavorable. Je rappelle l'intérêt des associations médicamenteuses pour les malades du sida.

M. François Autain. – Mais il ne s'agit pas du tout de cela, voyons !

L'amendement n°447 n'est pas adopté.

Article 37 *ter*

Après l'avant-dernier alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La prescription libellée en dénomination commune est obligatoire pour les spécialités figurant dans un groupe générique mentionné au 5° de l'article L. 5121-1. »

M. le président. – Amendement n°19, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

Supprimer cet article.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Cet ajout de l'Assemblée nationale relatif à la dénomination commune internationale ne semble pas opportun.

M. le président. – Amendement identique n°411, présenté par M. Darniche.

M. Philippe Darniche. – Même chose.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Favorable.

M. François Autain. – L'objectif de cet amendement de l'Assemblée nationale nous convenait, mais pas sa rédaction. J'en avais donc rédigé une nouvelle mais la commission des finances lui a opposé l'article 40.

M. Nicolas About, président de la commission. – On verra l'an prochain !

M. Bernard Cazeau. – J'avais apprécié l'adoption de cet article par l'Assemblée nationale. Je plaide depuis longtemps pour cette dénomination.

*Les amendements identiques n°s 19 et 411 sont adoptés et l'article 37 *ter* est supprimé.*

Article 37 quater

Les molécules innovantes, les médicaments et les dispositifs médicaux récents sont régulièrement soumis à une évaluation, d'une part des coûts liés à la recherche, à l'expérimentation clinique et à la production, et d'autre part à la date de leur mise sur le marché et au nombre de cas en bénéficiant.

Chaque année, une analyse du prix pratiqué par l'entreprise pharmaceutique est réalisée au regard de ces paramètres et ceci sans attendre, en ce qui concerne les médicaments, la date de possible mise à disposition d'un générique.

En cohérence avec les résultats du dossier ainsi établi et après avis du ministère de la santé, les prix des médicaments et autres spécialités ou produits sont chaque année revus à la baisse.

M. le président. – Amendement n°20, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

Supprimer cet article

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Il est plus simple et plus efficace d'en rester aux règles en vigueur. L'amendement adopté par l'Assemblée nationale aurait un coût considérable et les résultats de cette évaluation seraient difficilement opposables aux entreprises.

M. le président. – Amendement identique n°72, présenté par M. Jégou, au nom de la commission des finances.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – Même avis : il y a là des risques pour la recherche.

*Acceptés par le Gouvernement,
les amendements identiques n°s 20 et 72 sont adoptés
et l'article 37 quater est supprimé.*

L'article 38 est adopté.

Articles additionnels

M. le président. – Amendement n°150, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC.

Après l'article 38, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans le premier alinéa du II de l'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale, après les mots : « un suivi périodique des dépenses de médicaments » sont insérés les mots : « et des dispositifs médicaux ».

M. Guy Fischer. – Les sommes dont il est question ici sont importantes : cela représente 12 % de la consommation de soins et de biens médicaux, soit 19 milliards, des sommes qui ne risquent pas de diminuer demain, vu le vieillissement de la population.

Pourtant, il n'existe aucun mécanisme permettant de suivre les évolutions de ces dépenses.

M. le président. – Amendement identique n°334, présenté par Mme Payet et les membres du groupe UC.

Mme Anne-Marie Payet. – Nous voulons mettre en place, sous l'égide du Comité économique des produits de santé, un suivi périodique des dépenses des dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables, à l'instar de ce qui existe pour les médicaments.

Selon un avis récent du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie sur les dispositifs médicaux, leur variété et leur hétérogénéité dissuaderaient de déployer les systèmes prévus pour leur surveillance économique. Pourtant, ils représentent 12 % de la consommation de soins et de biens médicaux et leur marché progresse.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Sagesse.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Défavorable, parce que c'est déjà satisfait par le code de la sécurité sociale et le rapport du Ceps.

*Les amendements identiques n°s 150 et 334
ne sont pas adoptés.*

Article 38 bis

Le Gouvernement évaluera l'efficacité des dépenses engagées en matière de contraception et étudiera les moyens d'améliorer le remboursement des contraceptifs dans l'objectif de mieux adapter les modes de contraception utilisés aux besoins de chacun. Ses conclusions feront l'objet d'un rapport déposé devant le Parlement.

Mme Gisèle Printz. – Cet article engage le Gouvernement à évaluer l'efficacité des politiques engagées en matière de contraception. Si le Gouvernement veut agir vite, il le peut puisqu'il dispose du rapport déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale par la Délégation aux droits des femmes. Celle-ci s'inquiète des échecs de la contraception en constatant la stabilité du nombre d'IVG depuis plusieurs années.

Deux femmes sur trois avortent alors même qu'elles déclarent utiliser un contraceptif et le nombre d'IVG augmente chez les mineurs. Il convient donc de renforcer l'information dans tous les lieux fréquentés par les jeunes car ceux-ci sont peu ou mal informés. De plus, les centres du planning familial sont inégalement répartis sur le territoire et peu connus des jeunes.

Pourquoi ne pas engager des campagnes d'information sur la contraception en partenariat avec les départements et les régions? Il faudrait que les

élèves aient une réelle connaissance des moyens contraceptifs disponibles.

Bien sûr, il faudrait prévoir un meilleur remboursement, même si l'information reste le principal point parmi les dix-sept recommandations adoptées par la Délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale.

Mme Raymonde Le Texier. – Une génération de personnel de santé qui avait milité en tant que praticiens et en tant qu'individus pour l'IVG a progressivement cessé son activité. Les nouvelles équipes semblent beaucoup moins motivées par ces questions. Il faudrait donc sans doute mener une action pédagogique auprès des étudiants en médecine pour attirer leur attention. Il faut également que l'offre publique et privée d'IVG ne se réduise pas. Or, en quinze ans, la part du secteur public est passée de 60 à 74 % et plus d'un quart des IVG sont réalisés par seulement 43 établissements hospitaliers.

Comme il y a pénurie de services et de praticiens, les délais ne sont plus respectés et les femmes ne peuvent plus obtenir d'IVG si bien qu'elles sont contraintes de partir à l'étranger, comme certaines d'entre nous ont dû le faire jadis.

M. le président. – Amendement n°21, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

I - Dans la première phrase de cet article, remplacer le mot :

évaluera

par le mot :

évalue

et le mot :

étudiera

par le mot :

étudie

II - Dans la seconde phrase de cet article, remplacer le mot :

feront

par le mot :

font

III - Compléter cet article par les mots :

, avant le 31 décembre 2009

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Amendement de précision.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – J'y suis favorable.

Pour répondre à Mmes Printz et Le Texier, j'ai fait d'un meilleur accès à la contraception et à l'IVG une de mes priorités. C'est pourquoi l'IVG médicamenteuse a été encouragée et les actes d'IVG ont été revalorisés afin d'attirer les professionnels.

L'année prochaine, le Haut conseil de santé publique évaluera la réalisation de l'objectif fixé par la loi de 2004. L'Igas, quant à elle, publiera prochainement un rapport sur la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception. Parallèlement, elle se prononcera sur le thème des femmes face à l'IVG.

Enfin, l'accès au soin et le partage des tâches entre professionnels de santé font partie des sujets que nous examinerons dans quelque temps lorsque vous serez saisis de la prochaine loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.

L'amendement n°21 est adopté.

L'article 38 bis, modifié, est adopté.

Modification à l'ordre du jour

M. le président. – Par lettre en date de ce jour, le Gouvernement modifie comme suit l'ordre du jour prioritaire du jeudi 20 novembre : le matin, l'après-midi et le soir, suite du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, puis projet de loi de finances pour 2009

Acte est donné de cette communication.

La séance est suspendue à 19 h 55.

PRÉSIDENTE DE MME MONIQUE PAPON,
VICE-PRÉSIDENTE

La séance reprend à 22 heures.

Financement de la sécurité sociale pour 2009 (Suite)

Mme la présidente. – L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2009.

Discussion des articles (Suite)

Article 39

I. - Au premier alinéa du II de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, les mots : « aux agences régionales de l'hospitalisation » et les mots : « et la

répartition de ce montant total par région, par établissement et, le cas échéant, par nature d'activité » sont supprimés.

II. - Le II de l'article L. 162-22-2 du même code est ainsi rédigé :

« II. - Un décret en Conseil d'État, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives de ces établissements, précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif ainsi que les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminées les évolutions des tarifs des prestations compatibles avec le respect de cet objectif. Il prend en compte à cet effet, notamment, les prévisions de l'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours. »

III. - Le II de l'article L. 162-22-9 du même code est ainsi rédigé :

« II. - Un décret en Conseil d'État précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif commun ainsi que les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminés les éléments mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 compatibles avec le respect de l'objectif, en prenant en compte à cet effet, notamment, les prévisions d'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours, mesurée notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° du I du même article peuvent également être déterminés en tout ou partie à partir des données afférentes au coût relatif des prestations. »

IV. - Le second alinéa du II de l'article L. 162-22-10 du même code est remplacé par un II bis ainsi rédigé :

« II bis. - Lorsque le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie en application du dernier alinéa de l'article L. 114-4-1 et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-9, l'État peut, après consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, modifier les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 de manière à concourir au respect de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-9. Cette modification est différenciée, le cas échéant, par catégories d'établissements et par tarifs de prestations. »

V. - Le second alinéa du II de l'article L. 162-22-3 du même code est remplacé par un II bis ainsi rédigé :

« II bis. - Lorsque le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie en application

du dernier alinéa de l'article L. 114-4-1 et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-2, l'État peut, après consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, modifier les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 de manière à concourir au respect de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-2. »

VI. - Au quatrième alinéa de l'article L. 162-21-3 du même code, les mots : « au second alinéa du II » sont remplacés par les mots : « au II bis ».

VII. - Les second alinéa du I de l'article L. 162-22-2, troisième alinéa du I de l'article L. 162-22-9, avant-dernier alinéa de l'article L. 174-1-1 et deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale, ainsi que les troisième alinéa du I de l'article L. 314-3 et deuxième alinéa de l'article L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles, sont complétés par une phrase ainsi rédigée :

« Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année. »

VIII. - Le dernier alinéa du IV de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) est ainsi modifié :

1° A l'avant-dernière phrase, le mot : « progressivement » et les mots : « pour atteindre la valeur 1 au plus tard en 2012 » sont supprimés ;

2° La dernière phrase est ainsi rédigée :

« En contrepartie de cette réduction, les établissements de santé concernés perçoivent un forfait annuel, qui diminue progressivement dans les conditions fixées par l'arrêté susmentionné. »

IX. - Après le deuxième alinéa de l'article L. 174-6 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé peuvent fixer annuellement les tarifs plafonds ou les règles de calcul de ces tarifs plafonds pour les unités ou centres de soins de longue durée mentionnés ci-dessus ainsi que les règles permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau des tarifs plafonds. »

X. - Le II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 précitée est ainsi rédigé :

« II. - Jusqu'au 31 décembre 2012, dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi, par exception aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du même code, les tarifs nationaux des

prestations des séjours ne servent pas de base au calcul de la participation de l'assuré. Les conditions et modalités de la participation de l'assuré aux tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 162-22-6 du même code sont fixées par voie réglementaire. »

XI. - A la première phrase de l'article L. 162-22-8 du code de la sécurité sociale, après le mot : « bénéficiaire », sont insérés les mots : « d'un forfait annuel ou ».

XII. - La dernière phrase du premier alinéa du VII de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 précitée est ainsi rédigée :

« Un bilan d'avancement du processus de convergence est transmis au Parlement avant le 15 octobre de chaque année jusqu'en 2012. »

M. Jacky Le Menn. – L'Ondam, tel qu'il est fixé, risque, si l'on n'y prend pas garde -mais peut-être est-ce le but-, d'asphyxier à court terme l'hôpital public. De fait, ce texte prévoit une progression des dépenses hospitalières de 3 % alors que les charges devraient augmenter mécaniquement de 4,15 %. Résultat : on reprochera aux gestionnaires d'établissement de creuser encore le déficit. Ces sous-financements répétés, outre qu'ils emportent de dangereuses conséquences budgétaires -je pense notamment aux reprises sur provision, au recours accru à l'emprunt, au gel, voire à l'annulation des projets d'investissement-, ont justifié la mise en œuvre de plans d'économie et mettent l'accent sur une forte réduction de la masse salariale ; j'y reviendrais à l'article 42 bis.

Les missions d'intérêt général qu'assure l'hôpital public sont, malgré une augmentation de leur budget depuis l'an passé, insuffisamment reconnues. On peut notamment citer les missions d'enseignement, de recherche et d'innovation des centres hospitaliers universitaires, la permanence de l'accessibilité aux soins avec les services d'urgence et l'accueil des personnes en situation précaire qui, étant une activité non programmée, génère un surcoût de 60 %.

L'hôpital public traite des pathologies plus diverses et plus lourdes que le secteur privé, la prise en charge des patients, notamment en soins paramédicaux, y est donc plus importante. D'où des besoins plus grands en personnels et de plus strictes exigences sur les qualifications, notamment pour les personnels intervenant en bloc opératoire.

Pour toutes ces raisons, nous pensons qu'il convient de distinguer le financement des missions d'intérêt général de celui de l'activité courante, de la permanence et des urgences. Au reste, on observe qu'aucun pays n'a envisagé d'aller au-delà de 50 % de financement par l'activité quand la France voudrait atteindre 100 %...

Mme la présidente. – Veuillez conclure.

M. Jacky Le Menn. – La T2A n'est pas la panacée, loin de là, des maux de l'hôpital.

L'amendement n°417 n'est pas défendu.

Mme la présidente. – Amendement n°73, présenté par M. Jégou, au nom de la commission des finances.

I. Dans la première phrase du second alinéa du IV de cet article, supprimer les mots :

, après consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée,

II. Procéder à la même suppression dans le second alinéa du V de cet article.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – Prévoir que l'État, lorsqu'il y a un sérieux risque de dépassement de l'Ondam, consulte le comité d'alerte et l'Observatoire de l'hospitalisation est redondant. Nous souhaitons donc supprimer cette consultation, de même que cet observatoire de peu d'utilité dans un amendement ultérieur.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Que pense le Gouvernement ? Mme la ministre jugera certainement qu'en attendant mieux, il n'y a pas lieu de supprimer cet observatoire...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Cet observatoire, créé pour cinq ans dans la loi de financement pour 2007, est l'un des seuls lieux où des représentants de l'État, de l'assurance maladie et des établissements hospitaliers publics et privés se rencontrent. Attendons que l'expérimentation ait été menée à son terme avant de prendre toute décision. Je prends toutefois acte de vos réserves. Retrait ?

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – Volontiers. La commission des finances n'est pas meilleure que les autres (*sourires*), elle tente simplement de faire un peu de ménage et d'appeler l'attention sur l'existence d'organismes dont le travail se mesure à la qualité de leurs publications annuelles... (*L'orateur montre quelques feuillets dactylographiés*) Mais je n'insiste pas, pour ne pas être cruel.

L'amendement n°73 est retiré.

Mme la présidente. – Amendement n°246, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC.

Compléter le second alinéa du IV de cet article par une phrase ainsi rédigée :

Elle tient compte pour chaque région des indicateurs de santé publique et du niveau de recours aux soins de la population.

M. François Autain. – Les caractéristiques régionales doivent être mieux prises en compte dans la régulation prix-volume. En effet, certaines régions, sous-consommatrices de soins et avec des indicateurs

de santé défavorables, voient leurs tarifs baisser au même niveau qu'une région plus riche avec une consommation bien au-delà de la moyenne nationale. Cet amendement est inspiré des travaux de M. André Flajolet.

Mme la présidente. – Amendement identique n°278, présenté par Mme Le Texier et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Mme Raymonde Le Texier. – C'est le même amendement.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Mieux vaut aborder cette question dans le cadre du texte créant les agences régionales de sécurité sociale ; avis défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Même avis.

En effet, élaborer des indicateurs et des critères d'inégalités interrégionales serait une gageure. De plus, de très fortes inégalités intra-régionales existent également. Laissons donc les ARH coller à la réalité.

M. François Autain. – Si je comprends bien, vous nous conseillez de redéposer cet amendement lors de l'examen de la loi « hôpital, santé, patients, territoires ».

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Il serait inutile car le projet comportera des mesures répondant à vos préoccupations.

Les amendements n°s 246 et 278 sont retirés.

Mme la présidente. – Amendement n°152, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC.

Supprimer le IX de cet article.

M. Guy Fischer. – Selon le rapport de M. Vasselle, ce paragraphe tend à modifier l'article L. 174-6 du code de la sécurité sociale afin d'uniformiser le calcul du plafond applicable dans les unités de soins de longue durée et des établissements médicosociaux sous prétexte que ces structures seraient financées de manière identique.

On devine que vous voulez abaisser le plafond, mais cette opération comptable mettrait les établissements médicosociaux dans une situation financière intenable. On peut réfléchir à un tel mécanisme, mais à partir d'indicateurs de coût moyen négociés avec les représentants des deux types d'établissements.

Certes, les unités de soins de longue durée coûtent cher ; certes, la transformation des services hospitaliers en établissements d'hospitalisation pour personnes âgées dépendantes financera la réforme hospitalière, mais ce sera au prix d'une référence inadaptée aux besoins. L'hôpital absorbant à peu près

la moitié des dépenses d'assurance maladie, il offre un vaste champ pour réaliser des économies.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Avis défavorable.

Cette question devrait être examinée à l'occasion de la future loi « hôpital, patients, santé, territoires » et à propos du rapport de la mission sur la prestation dépendance.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Vous savez que l'allocation de moyens de ces structures repose sur le tripode dépendance, soins, hébergement.

Le passage des établissements à cette dotation ternaire est progressif car la proportion croissante de patients qui nécessitent des soins lourds impose des adaptations dans le calcul de la dotation « soins ».

Des outils ont été élaborés pour évaluer régulièrement la dépendance et la charge de soins, grâce aux grilles Aggir et Pathos. Ainsi, le financement des établissements repose sur des indications objectives.

Avis défavorable à l'amendement.

L'amendement n°152 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°151, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC.

Rédiger comme suit le XII de cet article :

XII. - Le VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 précitée est supprimé.

M. Guy Fischer. – Cet amendement d'appel tend à supprimer la convergence tarifaire entre les hôpitaux publics et les cliniques privées à but lucratif.

Nous avons combattu à plusieurs reprises la marche forcée vers le financement exclusif par la tarification à l'activité, qui pénalise l'hôpital public.

En effet, le processus entamé avec la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 assimile les secteurs publics et privés en organisant la convergence des prix. En principe, un montant médian devrait être obtenu en comparant les tarifs appliqués pour un acte identique dans chacun des deux secteurs. Or, cette comparaison est clairement déraisonnable : elle tend à généraliser le moins-disant, alors que les prestations des établissements publics correspondent à un coût global, contrairement aux établissements privés à but lucratif, qui facturent à leurs clients -il n'y a pas d'autre terme !- les actes medicotechniques et les honoraires médicaux. Sans doute pour atténuer la frontière entre l'activité publique et privée, vous voulez généraliser la présence d'une clientèle privée à l'hôpital public, ce qui permettrait de justifier à loisir la fermeture de ce dernier en invoquant

la réalisation du même service par un établissement privé voisin. En réalité, comme vous vous êtes engagée à éviter toute fermeture, les hôpitaux accueilleraient exclusivement des personnes âgées dépendantes mais cela ne réduirait pas les besoins de la population en soins.

Contrairement à ce que prétend la majorité, la différence des missions interdit toute comparaison directe entre le public et le privé, ce dernier choisissant les activités rentables.

Quand on peut en assumer la charge financière, on se soigne dans le privé, mais on meurt toujours dans le public !

M. Gérard César. – Vous exagérez !

M. Guy Fischer. – Comment comparer les prix partiels des uns aux coûts totaux des autres ?

La spécificité du service public mérite un financement à la hauteur des besoins afin d'accueillir tous les patients, d'assurer la permanence des soins et la formation des médecins.

Il est aujourd'hui impossible de comparer des dépenses homogènes. C'est pourquoi, attachés à un service public de qualité, utile à toute la population, nous proposons de supprimer l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

Mme la présidente. – Amendement n°279, présenté par Mme Le Texier et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - Le VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est supprimé.

Mme Raymonde Le Texier. – Je fais miens les arguments que M. Fischer vient de développer.

Nul ne peut croire une seconde que les hôpitaux publics et les établissements privés fassent le même métier. L'hôpital public est financièrement exsangue.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Comme vous le savez, je plaide depuis longtemps pour que les études complémentaires sur la convergence soient conduites plus rapidement. Pour l'instant, c'est l'inertie la plus totale. Mme le ministre devrait booster ses services pour nous permettre d'y voir plus clair. Le moment est venu de passer à l'acte.

M. Guy Fischer. – Ça va saigner !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Il faut corriger présupposés, incompréhensions et inexactitudes.

La convergence ne signifie aucunement identité tarifaire. (*M. le rapporteur approuve*) En effet, elle doit s'effectuer « dans la limite des écarts justifiés par des

différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs ».

Si vous avez lu avec attention -ce qui semble le cas- le rapport que je vous ai remis...

MM. François Autain et Guy Fischer. – En séance !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Ce n'est pas de mon fait : je l'avais transmis à temps aux services du Sénat. J'ai fait mon travail !

Si vous l'avez lu, disais-je, vous avez pu constater qu'en 2005, les tarifs des établissements privés étaient en moyenne inférieurs de 41 % à ceux pratiqués dans les hôpitaux publics, l'écart facial étant de 37 % en 2008. Il y a certes une marche vers la convergence, mais elle n'est pas « forcée »...

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – C'est le moins que l'on puisse dire !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – L'étude définitive sera disponible dans quelques mois. Elle servira pour la campagne tarifaire qui s'ouvrira le 1^{er} mars 2009.

Cette étude répond à deux objectifs essentiels : produire pour chaque secteur les coûts complets par groupes homogènes de malades et permettre l'analyse des écarts intra-sectoriels et intersectoriels.

Trois chantiers importants ont été ouverts : gravité des pathologies, prise en compte de la précarité, appréciée *via* la proportion des malades pris en charge par la couverture maladie universelle (CMU) ou par l'aide médicale de l'État (AME) et enfin impact sur les couts de la permanence des soins.

Une étude d'impact sur le coût de la permanence des soins tiendra compte des permanents sur place et des astreintes à domicile, puis des autres charges. La prise en charge des internes est assurée par la tarification et la dotation. A prestation égale, la part de rémunération correspondante doit être égale ! Je suis la première à reconnaître les différences entre hôpital privé et public, mais il s'agit ici de convergence, pas d'identité des tarifs !

L'amendement n°151 n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°279.

Mme la présidente. – Amendement n°153, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC.

Compléter cet article par trois paragraphes ainsi rédigés :

... - Le dernier alinéa du IV de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Cette mesure tient, notamment, compte des écarts de coûts résultant d'obligations

légal et réglementaires différentes dans la détermination des charges salariales et fiscales supportées par les catégories d'établissements visés à l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale. »

... - Avant le dernier alinéa du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Un coefficient correcteur, s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés au 1° et 2° du I du présent article, correspondant aux écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale et fiscale. »

... - Dans la première phrase du II de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale, la référence : « 3° » est remplacée par la référence : « 4° ».

M. François Autain. – Afin d'intégrer dans la conduite de la convergence tarifaire les écarts de coûts en matière de charges salariales et de fiscalité locale, qui pèsent inégalement sur les diverses catégories d'établissements, nous instaurons un coefficient correcteur.

L'amendement n°365 n'est pas défendu.

Mme la présidente. – Amendement n°373, présenté par M. Marini.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Avant le dernier alinéa du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 4° Un coefficient correcteur, s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés aux 1° et 2° du présent article, représentatif du différentiel de charges pesant sur le coût du travail entre les établissements publics de santé et les établissements de santé mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6. »

2° En conséquence, dans la première phrase du II de l'article L. 162-22-9 du même code, les références : « 1° à 3° » sont remplacés par les références : « 1° à 4° ».

M. Philippe Marini. – Depuis le 1^{er} janvier 2004, les établissements de santé privés à but non lucratif -dits PSPH- bénéficient, dans le cadre de la tarification à l'activité, d'un traitement identique à celui des établissements publics. Les fédérations et organisations représentatives ont souligné les différences de charges sociales patronales entre ces établissements et ceux du secteur public. Une mission confiée par M. Xavier Bertrand, alors ministre de la santé, à l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) a conclu à un différentiel de coût du travail de 4,05 %, résultant exclusivement de surcoûts portant sur les charges sociales, les rémunérations nettes étant légèrement inférieures à celle de l'hôpital public.

Cet amendement instaure un coefficient correcteur s'appliquant aux tarifs nationaux d'hospitalisation, destiné à compenser ce différentiel de charges. Je ne donnerai qu'un exemple : celui de la Fondation Foch à Suresnes.

Mme Isabelle Debré. – Très bien !

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Notre commission partage cette préoccupation. L'amendement de M. Autain concerne l'ensemble des établissements de santé, publics, privés et PSPH. Tant que les études n'ont pas été achevées, il me paraît plus sage de nous caler sur l'amendement n°373, qui apporte enfin une solution maintes fois reportée à un problème récurrent. Si le Gouvernement s'engage à apporter une solution dans les mois qui viennent, peut-être M. Marini acceptera-t-il de retirer son amendement ? Sinon, sagesse.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je suis très attachée à l'égalité de traitement entre les établissements de santé qui remplissent des missions identiques. Les écarts de coûts doivent être pondérés : les établissements privés ne subissent pas les contraintes et les charges inhérentes à la fonction publique hospitalière. Chaque acteur met en avant les critères qui l'arrangent ! Nous menons des études pour pondérer l'ensemble des facteurs ; chaque année, le Parlement en est informé.

Cette question a fait l'objet d'un large débat lors du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. Je m'étais alors engagée à prendre des mesures d'accompagnement pour les établissements privés à but non lucratif en difficulté : une enveloppe de 19 millions leur a été attribuée, qui s'ajoute aux crédits d'accompagnement des ARH, soit 32 millions. L'accompagnement est supérieur au poids de ces établissements dans l'offre de soins. J'ai pris les mesures conjoncturelles qui s'imposaient. Avis défavorable aux deux amendements.

M. Philippe Marini. – Je ne suis pas convaincu. La T2A est-elle ou non faite pour tenir compte de la réalité des coûts ? L'Igas, qui est un service sérieux, s'est exprimée sur le sujet. Vous dites que d'autres études sont attendues... Mais le surcoût des charges sociales, c'est 4 % chaque année ! Une tarification pertinente n'est-elle pas préférable à une enveloppe dont la répartition n'est guère transparente ? Je maintiens mon amendement.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – La difficulté est grande. A prestation égale, il faut tenir compte des effets de taille, de l'inégalité des populations accueillies, de la sévérité des pathologies prises en charge... La T2A est un modèle beaucoup plus juste que la dotation globale, surtout pour les malades (*M. François Autain le conteste*), mais qu'il est difficile de faire rentrer dans un calcul purement commercial. Nous introduisons des modulations que je

souhaite structurelles, comme la prise en compte de la précarité des populations accueillies, de la sévérité ou de la participation à la permanence des soins. La réalité des hommes et des femmes ne rentre pas dans un modèle mathématique ! La T2A est un modèle qui évolue.

M. François Autain. – Elle est inadaptée !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Les difficultés sont évaluées établissement par établissement. Je vous renvoie aux études de convergence. On ne peut pas se contenter de prendre en compte un seul élément, en faisant abstraction des autres !

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Il faudra un jour mettre sur la table l'ensemble des données du problème. Quelles que soient les difficultés particulières rencontrées par tel ou tel établissement, une chose est claire : il existe un différentiel de coût du travail de 4 % entre les établissements publics et les établissements PHPS.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Vous ne tenez compte que d'un seul critère.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – On ne peut régler ce problème en allouant au cas par cas des enveloppes budgétaires.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – C'est à cela que servent les enveloppes !

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Il faut assurer des revenus pérennes aux établissements PHPS. J'ai moi-même déposé plusieurs amendements en ce sens au cours des dernières années, mais la réponse du Gouvernement est toujours la même. Comprenez l'irritation des parlementaires ! Cela ne peut durer indéfiniment.

M. Philippe Marini. – Bravo !

M. Nicolas About, président de la commission. – Je demande qu'il soit procédé par priorité au vote sur l'amendement n°373.

La priorité, acceptée par le Gouvernement, est ordonnée.

M. François Autain. – Je ne peux laisser dire à Mme la ministre que la T2A a été mise en place dans l'intérêt des malades. Il est possible qu'elle ait eu subsidiairement des effets positifs pour ces derniers, mais elle a d'abord été instituée pour réduire les coûts. Cette mesure a contribué à la dégradation de la situation financière des hôpitaux publics : selon la commission médicale consultative, les hôpitaux de Paris sont aujourd'hui au bord de l'asphyxie.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Vous voulez donc réduire les tarifs de l'hôpital public ?

M. François Autain. – Non !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – La situation des hôpitaux publics s'aggraverait si votre amendement était adopté.

M. François Autain. – Ce qui se passe aujourd'hui n'est que la suite logique de l'instauration de ce type de tarification, auquel nous avons toujours été opposés. La convergence des tarifs entraîne celle des fonctions et bientôt, par le biais des délégations de service public, nous assisterons à la privatisation de l'hôpital public. Celui-ci pourra-t-il encore mener à bien ses fonctions sociales ?

En ce qui concerne les deux amendements, il existe des différences de charges entre les hôpitaux publics et les établissements privés qui remplissent des missions de service public. On ne peut se contenter de combler l'écart en accordant des enveloppes à ces derniers : il faut leur assurer un financement pérenne. Mais je préfère mon amendement à celui de M. Marini.

A la demande du Gouvernement, l'amendement n°373 est mis aux voix par scrutin public.

Mme la présidente. – Voici les résultats du scrutin :

| | |
|---|-----|
| Nombre de votants | 339 |
| Nombre de suffrages exprimés | 181 |
| Majorité absolue des suffrages exprimés | 91 |

| | |
|----------------------|-----|
| Pour l'adoption..... | 6 |
| Contre | 175 |

Le Sénat n'a pas adopté. (*Rires et brocards à gauche*)

L'amendement n° 373 n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°153.

M. François Autain. – On m'a demandé de retirer un de mes amendements, en m'assurant qu'il était préférable d'en débattre dans le cadre de la discussion du projet de loi « Hôpitaux, patients, santé et territoires ». Mais l'article 39 du PLFSS aurait lui aussi été mieux à sa place dans cet autre texte. Je voterai donc contre l'article, pour des raisons de forme et de fond.

L'article 39 est adopté.

Articles additionnels

Mme la présidente. – Amendement n°247, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC.

Après l'article 39, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le premier alinéa de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics sont associées à la négociation de forfaits techniques facturés au titre des soins externes par les établissements de santé mentionnés aux a), b), c), d) et e) de l'article L. 162-22-6. »

M. François Autain. – L'utilisation d'appareils d'imagerie médicale comme les scanographes ou les appareils d'imagerie à résonance magnétique est facturée par les hôpitaux à l'assurance maladie, au titre de forfaits négociés dans le cadre de la convention signée entre les syndicats représentants les médecins et l'Uncam. Ces forfaits ne relèvent pas à proprement parler de la classification commune des actes médicaux (CCAM), c'est-à-dire la liste des actes facturables par les médecins, mais sont induits par des actes de la CCAM.

Les fédérations représentants les établissements de santé ne participent pas à la négociation de ces forfaits, alors même que ces établissements sont de plus en plus nombreux à être propriétaires de tels équipements et qu'ils facturent ce type de prestations.

Les scanners installés dans les hôpitaux publics sont ainsi utilisés en continu, sans possibilité pour l'établissement de les rentabiliser commercialement. Il faut prendre en compte la spécificité du service public. Nous proposons d'associer la fédération de santé publique aux négociations sur le forfait de l'imagerie médicale.

Mme la présidente. – Amendement identique n°280, présenté par Mme Le Texier et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Mme Raymonde Le Texier. – Il est défendu.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Avis défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Ces négociations se déroulent entre les organismes de sécurité sociale et les professionnels de santé, les propriétaires de scanners n'ont pas à y participer : avis défavorable.

M. François Autain. – Les radiologues des cliniques privées, eux, y participent : c'est injuste pour le secteur public !

Les amendements identiques n°s 247 et 280 ne sont pas adoptés.

Mme la présidente. – Amendement n°155, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC.

Après l'article 39, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les établissements privés autres que les établissements privés non lucratifs, les tarifs intègrent les honoraires des médecins libéraux qui y exercent. »

M. Guy Fischer. – Avant même de parler de convergence tarifaire, principe auquel nous sommes opposés, il faudrait au moins s'entendre sur les termes de la comparaison entre les tarifs pratiqués à l'hôpital public et dans les cliniques privées. Or, si les honoraires des médecins sont répercutés dans le public, ils ne le sont pas dans le privé, ce qui explique une bonne partie de la différence tarifaire ! A ne pas prendre en compte ces différences, on livre l'hôpital à une privatisation rampante !

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Défavorable.

M. François Autain. – La différence dans la comptabilisation des honoraires de médecins est très préjudiciable à l'hôpital public. Madame la ministre, que comptez-vous faire ? (*M. François Autain s'émeut de ne pas obtenir de réponse*)

L'amendement n°155 n'est pas adopté.

Article 39 bis

I. - Au début de la première phrase du premier alinéa du I de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 précitée, l'année : « 2008 » est remplacée par l'année : « 2011 ».

II. - Par dérogation aux dispositions du I de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 précitée, les établissements de santé volontaires mentionnés aux a, b ou c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale peuvent participer à une expérimentation de facturation avec l'assurance maladie.

Cette expérimentation a pour objet les conditions de mise en œuvre de l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale et, notamment, l'ensemble du processus de facturation et de paiement des factures entre les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code, les caisses d'assurance maladie et le réseau du Trésor public en ce qui concerne les établissements publics de santé, ainsi que le système d'avance de trésorerie le mieux adapté à ce mode de facturation. Le processus est évalué en termes de fiabilité, de qualité, de délais et d'exhaustivité de la facturation et des paiements.

La liste des établissements volontaires et leur caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale est arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Les conditions de mise œuvre de cette expérimentation sont définies par décret.

Mme la présidente. – Amendement n°22, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

A la fin du I de cet article, remplacer le millésime :

2011

par le millésime :

2010

Amendement n°23, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

Supprimer le dernier alinéa du II de cet article.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – La facturation directe des établissements aux organismes d'assurance maladie devait être établie par décret dès 2005, c'est du moins ce à quoi M. Bertrand s'était engagé en 2004, lorsqu'il nous demandait de retirer un amendement qui instituait une telle facturation dans la loi. Or, cette facturation directe a été repoussée depuis, et ce PLFSS nous propose à nouveau de la reporter à 2012. Nous déplorons ce retard et avançons la date d'une année. Madame le ministre, quelles sont les intentions du Gouvernement sur la date et sur la durée de la phase d'expérimentation ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je comprends votre souci et je veux vous démontrer la détermination du Gouvernement à avancer. Dans un rapport provisoire transmis à mes services et aux organismes d'assurance maladie, l'Igas et l'IGF soulignent que la facturation directe ferait passer le système d'environ 10 000 factures groupées, à 65 millions de factures individuelles, dont 15 millions de séjours avec TAA : ce n'est pas une mince affaire ! Aussi, les deux inspections générales insistent-elles sur la nécessité de fixer un cadre réaliste à la réforme.

Voici le calendrier que nous nous fixons : le lancement de l'expérimentation en septembre prochain, pour une durée de six à neuf mois ; son évaluation au printemps 2010 ; son élargissement en 2011, puis sa généralisation au plus tard en 2012. Je ferai tout pour un véritable lancement en 2011. Un chef de projet est en cours de recrutement, il sera assisté d'une équipe comprenant des représentants de l'hôpital, de l'assurance maladie et de la comptabilité publique.

S'engager pour 2010 ne serait pas raisonnable, dans les conditions actuelles et compte tenu des risques pour l'hôpital comme pour la comptabilité publique.

C'est pourquoi, tout en vous réaffirmant la détermination du Gouvernement, je vous invite à retirer vos deux amendements.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Pour la première fois, le Gouvernement s'engage sur un calendrier, reste à savoir s'il sera tenu ! Nul ne peut dire ce qui en sera, si ce n'est le Gouvernement...

M. François Autain. – Et encore !

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – J'accepte de retirer l'amendement n°23 mais pas l'amendement n°22 parce que je souhaite en débattre en CMP. La représentation nationale doit marquer sa volonté d'avancer !

L'amendement n°23 est retiré.

L'amendement n°22 est adopté.

L'article 39 bis, modifié, est adopté.

Article 40

I. - L'article L. 6143-3 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 6143-3. - Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation demande à un établissement public de santé de présenter un plan de redressement, dans le délai qu'il fixe et qui ne peut être inférieur à deux mois, dans l'un des cas suivants :

« 1° Lorsqu'il estime que la situation financière de l'établissement l'exige ;

« 2° Lorsque l'établissement présente une situation de déséquilibre financier répondant à des critères définis par décret.

« Les modalités de retour à l'équilibre prévues par ce plan donnent lieu à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. »

II. - L'article L. 6143-3-1 du même code est ainsi modifié :

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

« Par décision motivée et pour une durée n'excédant pas douze mois, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation place l'établissement public de santé sous administration provisoire, soit de conseillers généraux des établissements de santé désignés dans les conditions prévues à l'article L. 6141-7-2, soit d'inspecteurs du corps de l'inspection générale des affaires sociales ou de l'inspection générale des finances, soit de personnels de direction des établissements mentionnés aux 1° et 7° de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ou de toutes autres personnalités qualifiées, lorsque, après qu'il a mis en œuvre la procédure prévue à

l'article L. 6143-3, l'établissement ne présente pas de plan de redressement dans le délai requis, refuse de signer l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ou n'exécute pas le plan de redressement, ou lorsque le plan de redressement ne permet pas de redresser la situation de l'établissement.

« Le directeur de l'agence peut au préalable saisir la chambre régionale des comptes en vue de recueillir son avis sur la situation financière de l'établissement et, le cas échéant, ses propositions de mesures de redressement. La chambre régionale des comptes se prononce dans un délai de deux mois après la saisine. » ;

2° Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le directeur de l'établissement et, le cas échéant les autres membres du personnel de direction et les directeurs des soins sont alors placés en recherche d'affectation auprès de l'établissement public national chargé de la gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière et des praticiens hospitaliers mentionné à l'article 50-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, sans que l'avis de la commission administrative paritaire compétente soit requis. »

III. - L'article L. 6161-3-1 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) Après la référence : « L. 6161-6, » sont insérés les mots : « lorsque le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation estime que la situation financière de l'établissement l'exige et, à tout le moins, » ;

b) Après la référence : « L. 6145-1 », sont insérés les mots : « ou leur compte financier » ;

c) Après les mots : « dysfonctionnements constatés », sont insérés les mots : « et de produire un plan de redressement adapté » ;

2° La première phrase du quatrième alinéa est complétée par les mots : « et préparer et mettre en œuvre un plan de redressement » ;

3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« En cas d'échec de l'administration provisoire, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut saisir le commissaire aux comptes pour la mise en œuvre de l'article L. 612-3 du code de commerce. »

IV. - Au dernier alinéa de l'article L. 6162-1 du même code, après le mot : « articles », sont insérées les références : « L. 6161-3 à L. 6161-3-2, ».

M. Jacky Le Menn. – Cet article prévoit des dispositions bien surprenantes. D'abord un lien automatique entre un certain niveau de déficit budgétaire et la mise sous administration provisoire, sans aucune procédure contradictoire.

Ensuite le classement automatique en position de recherche d'affectation, sans examen de la commission administrative paritaire compétente, du directeur et de l'équipe de direction.

Ces mesures sont inacceptables, les responsabilités dans la chaîne de décision n'ayant pas été au préalable clarifiées. Vous ne tenez pas non plus compte des particularismes locaux. C'est une caporalisation imposée aux directeurs d'hôpitaux ! Nous allons tout droit vers l'hôpital-entreprise, vieux rêve de certains... Vous appliquez une logique mercantile de productivité et de rentabilité à court terme, contraire à l'idéal humaniste qui anime tout le personnel hospitalier, tendu vers un seul profit : préserver le capital santé des patients ! Votre politique de gouvernance des établissements m'inquiète. Du reste, à l'AP-HP, pour la première fois, l'ensemble des présidents de comités consultatifs médicaux des 40 hôpitaux ont fait part de leur mécontentement. Au nom des 15 000 médecins qu'ils représentent, ils dénoncent l'étranglement financier et la récession budgétaire sans objectif médical, qui font courir de graves risques à notre système de santé. Ils soulignent la paupérisation des établissements, le découragement du personnel. Nous nous opposerons à votre politique financière à l'égard de l'hôpital public. *(Applaudissements à gauche)*

M. François Autain. – Très bien !

Mme la présidente. – Amendement n°156, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC.

Supprimer cet article.

M. Guy Fischer. – Nos amendements, nombreux, expriment l'intensité de nos craintes face à une attaque sans précédent de l'hôpital public ; ces mises sous administration provisoire renforcent nos inquiétudes. J'ai cru, lisant cet article 40, me tromper de texte : la mesure ne relève-t-elle pas du projet de loi « hôpital, patients, santé et territoires » ? Le directeur de l'agence régionale pourra exiger un plan de redressement et, si l'établissement refuse d'en présenter un ou ne parvient pas à le respecter, placer l'hôpital sous tutelle provisoire. La mesure, sans précédent, ne tient aucun compte des réalités paritaires et syndicales. Les directeurs des agences régionales deviennent des superpréfets, exerçant une responsabilité énorme sur un grand nombre d'établissements. La Fédération hospitalière de France estime le déficit total cumulé à 900 millions d'euros...

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers

général et l'assurance maladie. – Il est plutôt de 800 millions.

M. Guy Fischer. – Quelle en est la raison ? Pour vous, une mauvaise gestion par les directeurs ; pour nous, la conséquence de longues années de sous-financement. A quoi s'ajoute, depuis 2006, la T2A. La situation est catastrophique, la colère grande, 22 000 emplois sont sur la sellette. Je pousse ce soir un cri d'alarme car c'est la mort de l'hôpital public qui se profile avec une privatisation rampante, l'ouverture des portes au privé.

Le seul signal qu'adresse ce gouvernement à l'hôpital public est un signal de méfiance. Il ne répond pas aux besoins structurels, il ne sait que manier le bâton.

M. François Autain. – Très bien.

Mme la présidente. – Amendement n°157, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC.

Dans le premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6143-3 du code de la santé publique, remplacer le mot :

à

par les mots :

au conseil d'administration d'

Mme Isabelle Pasquet. – Le conseil d'administration, par sa composition pluraliste, est le mieux à même de rédiger le plan de redressement qui sera sans doute l'amorce d'une politique de rigueur salariale, car l'État sait montrer l'exemple en matière de pression sur la masse salariale... Il sera peut-être aussi le moyen d'appliquer une recommandation du rapport Larcher, fermer les établissements les moins productifs, ce qui ne sera pas sans conséquences sur les territoires. Au conseil d'administration siègent des élus locaux.

Mme la présidente. – Amendement n°24, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

Dans le premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6143-3 du code de la santé publique, remplacer les mots :

et qui ne peut être inférieur à deux mois

par les mots :

compris entre un et trois mois

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Précision.

Mme la présidente. – Amendement n°158, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC.

Dans le premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6143-3 du code de la santé publique, remplacer les mots :

deux mois

par les mots :

trois mois

Mme Annie David. – Précision également, mais pas dans le même sens ! L'Assemblée nationale a porté le délai de présentation du plan à deux mois, mais il nous semble que trois mois sont un minimum pour élaborer un tel document qui emportera autant de conséquences.

Mme la présidente. – Amendement n°159, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC.

Compléter le texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6143-3 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« Ce plan de redressement respecte les objectifs fixés par le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire. »

Mme Isabelle Pasquet. – L'efficacité économique prime sur la satisfaction des besoins de la population. Au moins le plan doit-il respecter le SROS, qui vise notamment à bien coordonner secteur hospitalier, médecine de ville et secteur médicosocial.

Mme la présidente. – Amendement n°160, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC.

Supprimer le II de cet article.

M. Guy Fischer. – Le directeur de l'Agence régionale deviendra le greffe des échecs, conséquences inéluctables de votre refus de donner aux établissements les moyens de leur fonctionnement. Nous rejetons donc ce mécanisme de sanction. Une concertation aurait dû avoir lieu afin de dégager des solutions. Le personnel hospitalier est inquiet.

Mme la présidente. – Amendement n°161, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC.

Dans le deuxième alinéa du 1° du II de cet article, remplacer le mot :

place

par les mots :

peut placer

Mme Annie David. – L'automatisme aveugle n'est pas adaptée pour décider de la mise ou non sous tutelle d'un établissement public de santé. Cette mise sous administration provisoire ne doit pas résulter d'une obligation à la charge du directeur de l'ARR. Si elle cessait d'être facultative, nous risquerions d'arriver

à une situation d'administration provisoire de tous les établissements de santé.

Mme la présidente. – Amendement n°25, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

A. - Compléter le 1° du II de cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut également placer sous administration provisoire un établissement public de santé lorsqu'il constate que le directeur n'est pas en mesure de remédier à une situation pouvant porter gravement atteinte à la qualité et à la sécurité des soins. Les dispositions du présent alinéa s'entendent sans préjudice des dispositions relatives aux autorisations définies au chapitre II du titre II du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique. »

B. - En conséquence, dans le premier alinéa du même 1°, remplacer les mots :

deux alinéas

par les mots :

trois alinéas

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Nous confortons le Gouvernement dans son action. La réalité des faits doit être établie au vu d'indicateurs de qualité qui soient mauvais ou du moins en nette dégradation par rapport aux établissements similaires.

Mme la présidente. – Amendement n°355, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC.

Supprimer le 2° du II de cet article.

Mme Isabelle Pasquet. – Cet article prévoit que les dirigeants de l'établissement public de santé seront sanctionnés si le plan de redressement n'est pas efficace, une sanction qui passe par un placement en recherche d'affectation, c'est-à-dire une mutation forcée. On sanctionne personnellement des dirigeants pour un déficit dont ils ne sont pas responsables, et qui résulte souvent d'années de sous-financement auquel participe le passage à la T2A. C'est d'autant plus injuste que ce placement d'office se ferait sans que l'avis de la commission administrative paritaire compétente soit requis.

Je vous pose la question : si le placement sous administration provisoire ne suffit pas pour ramener à l'équilibre l'établissement public de santé dont il avait l'administration provisoire, qu'advient-il du dirigeant placé d'office à la recherche d'une affectation ? Sera-t-il réintégré dans le poste qui était le sien ? Cette sanction injuste sera-t-elle réparée, et sous quelle forme ?

Mme la présidente. – Amendement n°504 rectifié, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

I. - Dans le second alinéa du 2° du II de cet article, remplacer les mots :

et, le cas échéant les autres membres du personnel de direction et les directeurs de soins sont alors placés

par les mots :

est alors placé

II. - Compléter le 2° du II de cet article par une phrase ainsi rédigée :

Ce placement en recherche d'affectation peut être étendu à d'autres membres du personnel de direction et à des directeurs de soins.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Nous distinguons le directeur et l'équipe dirigeante.

Mme la présidente. – Amendement n°164, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC.

A la fin du second alinéa du 2° du II de cet article, remplacer les mots :

sans que l'avis de la commission administrative paritaire compétente soit requis

par les mots :

sous réserve de l'avis de la commission administrative paritaire compétente

Mme Isabelle Pasquet. – Amendement de repli : qu'au moins la sanction soit soumise à l'approbation de la commission administrative compétente.

Mme la présidente. – Amendement n°165, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC.

Compléter le second alinéa du 2° du II de cet article par une phrase ainsi rédigée :

Les administrateurs provisoires tiennent le conseil d'administration régulièrement informé des mesures qu'ils prennent.

Mme Annie David. – Nous reprenons une disposition qui figurait dans le projet de loi initial et que l'Assemblée nationale a supprimée. Le conseil d'administration, qui est aussi un lieu de démocratie, doit être régulièrement informé. Je rappelle au Gouvernement qu'il répète vouloir favoriser le dialogue social !

Mme la présidente. – Amendement n°162, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC.

Compléter le 2° du II de cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

« Le placement de l'établissement public de santé sous administration provisoire, interviendra en concertation avec le président du conseil général, le président du conseil régional et les maires des communes intéressées par la situation dudit établissement public.

« Un décret en conseil d'État fixera les modalités d'organisation de cette concertation. »

Amendement n°163, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC.

Compléter le 2° du II de cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

« Le directeur de l'agence informe le président du conseil général, le président du conseil régional, le maire de la commune sur lequel est établi l'établissement, ainsi que les maires des communes intéressées, de la procédure de mise sous administration provisoire.

« Un décret en conseil d'État fixera les modalités relatives à l'information des personnes mentionnées à l'alinéa précédent. »

M. Guy Fischer. – Pour vous être agréable, je vais défendre ensemble ces deux amendements.

La mise sous tutelle administrative d'un établissement de santé doit se faire en concertation avec les représentants des collectivités locales et territoriales concernées par cet établissement. Ceux-ci doivent pour le moins être informés des procédures qui sont entamées et des décisions qui sont prises.

Ces deux amendements sont d'autant plus importants que vous avez refusé de voter notre amendement prévoyant d'informer le conseil d'administration, dans lequel siègent des représentants des collectivités territoriales.

La présence d'un établissement public de santé est extrêmement importante pour les territoires concernés. Je le vois dans ma ville avec la prochaine inauguration d'un établissement de la mutualité française, en remplacement de deux cliniques : c'est source d'emplois, de dynamisme. Les Français qui envisagent de déménager vérifient de plus en plus la présence d'infrastructures publiques. Cela devient un élément de choix entre deux villes. Imaginez quelle conséquence néfaste aurait alors le placement temporaire sous administration provisoire.

Ces amendements visent à éviter les fiascos successifs de votre politique de modifications des cartes judiciaires et militaires, qui se sont faites toutes deux sans concertation avec les élus locaux.

Mme la présidente. – Amendement n°26, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

V.- Après l'article L. 313-14 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 313-14-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-14-1.* - Dans les établissements et services sociaux et médicosociaux relevant du I de l'article L.312-1 à l'exception du 10°, gérés par des organismes de droit privé à but non lucratif, lorsque la situation financière fait apparaître un déséquilibre financier significatif et prolongé ou lorsque sont constatés des dysfonctionnements dans la gestion de ces établissements et de ces services, et sans préjudice des dispositions relatives au contrôle des établissements et services prévus au présent code, l'autorité de tarification compétente adresse à la personne morale gestionnaire une injonction de remédier au déséquilibre financier ou aux dysfonctionnements constatés, et de produire un plan de redressement adapté, dans un délai qu'il fixe. Ce délai doit être raisonnable et adapté à l'objectif recherché.

« Les modalités de retour à l'équilibre financier donnent lieu à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 313-11.

« S'il n'est pas satisfait à l'injonction, ou en cas de refus de l'organisme gestionnaire de signer la convention susmentionnée, l'autorité de tarification compétente peut désigner un administrateur provisoire de l'établissement pour une durée qui ne peut être supérieure à une période de six mois renouvelable une fois. Si l'organisme gestionnaire gère également des établissements de santé, l'administrateur provisoire est désigné conjointement avec le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation dans les conditions prévues à l'article L. 6161-3-1 du code de la santé publique.

« L'administrateur provisoire accomplit, pour le compte des établissements et services, les actes d'administration urgents ou nécessaires pour mettre fin aux dysfonctionnements ou irrégularités constatés ainsi que la préparation et la mise en œuvre d'un plan de redressement. La rémunération de l'administrateur est assurée par les établissements gérés par l'organisme et répartie entre les établissements ou services au prorata des charges d'exploitation de chacun d'eux. L'administrateur justifie, pour ses missions, d'une assurance couvrant les conséquences financières de la responsabilité conformément aux dispositions de l'article L. 814-5 du code de commerce, prise en charge dans les mêmes conditions que la rémunération.

« En cas d'échec de l'administration provisoire, l'autorité de tarification compétente peut saisir le commissaire aux comptes pour la mise en œuvre des dispositions de l'article L. 612-3 du même code.

« Le directeur de la caisse régionale d'assurance maladie peut demander à l'autorité de tarification compétente d'engager les procédures prévues par les dispositions du présent article. »

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers

général et l'assurance maladie. – Nous étendons aux établissements médicosociaux du secteur privé à but non lucratif la procédure de traitement des situations de déséquilibre financier en vigueur dans les établissements publics de santé.

Je remercie nos collègues de leur concision mais nous ne pouvons accepter leurs amendements, hormis celui sur le passage de un à trois mois, qui pourrait être retiré au profit de celui de la commission.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Défavorable aux amendements déposés par le groupe CRC.

Je ne puis laisser dire que nous ne prendrions pas en compte les exigences budgétaires de nos établissements de santé ! Alors que nous avons déjà le maillage le plus serré et les dépenses les plus élevées du monde, alors que nous vivons une grave crise financière, nous avons un Ondam hospitalier en hausse de 3,1 % ! On ne peut dire que l'hôpital public serait mal traité !

Non, le déficit n'est pas une fatalité. Sur 1 009 hôpitaux publics, les déficits du compte de résultat principal sont concentrés à 50 % sur 25 établissements !

L'article 40 propose une gradation des mesures : plan de redressement, contrat de retour à l'équilibre, mise sous administration provisoire. Je ne punis pas les établissements, je les aide. L'agence d'appui à la performance des établissements fournira de la logistique et donnera des conseils aux hôpitaux qui le désirent. Il n'en reste pas moins que je veux changer de paradigme : je ferai des efforts pour les établissements qui en feront. Il n'y a pas si longtemps, on allait voir le ministre pour obtenir une enveloppe supplémentaire et elle était accordée sans contrepartie. Pour ma part, je n'aiderai que ceux qui s'inscrivent dans une démarche volontariste.

M. Gérard César. – Très bien !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – L'article 40 est là pour aider les établissements hospitaliers qui, loin d'être menacés par la politique du Gouvernement, le sont par les déficits ! (*Applaudissements à droite*) Bien évidemment, je suis favorable aux quatre amendements de M. Vasselle. (*On s'en félicite sur les mêmes bancs*)

L'amendement n°156 n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°157.

L'amendement n°24 est adopté.

L'amendement n°158 devient sans objet.

Mme Annie David. – Cet article est dangereux car il met en péril les hôpitaux publics qui connaissent les plus grandes difficultés. Certes, vous voulez aider les hôpitaux qui feront des efforts. Mais qu'en sera-t-il pour les autres ? Et puis, ne trouvez-vous pas, madame la ministre, qu'il y a deux poids, deux

mesures : d'un côté, le Gouvernement accorde des aides publiques importantes à des entreprises sans aucun contrôle et de l'autre, il demande des contreparties aux hôpitaux publics ?

Vous dites vouloir favoriser le dialogue social, mais en mettant les hôpitaux sous administration provisoire, vous privez les conseils d'administration des informations nécessaires.

Je suis vraiment déçue que vous n'ayez donné d'avis favorable à aucun de nos amendements.

L'amendement n°159 n'est pas adopté, non plus que les amendements n°160 et 161.

M. François Autain. – Il a été fait référence à des errements qui risquent de porter atteinte à la qualité des soins. Mais que ferez-vous s'il apparaît que les malades ont été victimes non pas d'une erreur de gestion d'un directeur d'hôpital mais d'un sous-financement chronique de l'État ? Plutôt que de congédier ce directeur, lui donnerez-vous une deuxième chance en abondant ses crédits ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – La mise sous administration provisoire n'est pas une mesure que l'on prend à la légère. Il y a une gradation des mesures avant d'en arriver à celle qui sanctionne des déficits chroniques et récurrents. Jusqu'à présent, nous n'avons pris une telle décision que dans un seul cas.

Mais il faut bien réagir lorsqu'on est en présence d'un hôpital en déficit chronique. Ainsi, dans le cas que je viens d'évoquer, nous avons deux hôpitaux à structure de soins identiques et à populations similaires : l'un était en excédent et l'autre en déficit.

L'amendement n°25 est adopté.

L'amendement n°355 n'est pas adopté.

L'amendement n°504 rectifié est adopté.

L'amendement n°164 n'est pas adopté, non plus que les amendements n°165, 162 et 163.

L'amendement n°26 est adopté.

M. François Autain. – Vous vous félicitez, madame la ministre, d'augmenter la dotation des hôpitaux de 3,1 % mais vous oubliez de préciser que les dépenses hospitalières vont augmenter dans le même temps de 4,1 %. La situation va donc devenir intenable pour nombre d'hôpitaux. Le déficit n'est pas une fatalité, mais expliquez-nous comment les établissements vont faire lorsqu'ils constateront que leurs ressources sont inférieures à leurs dépenses.

M. Nicolas About, président de la commission. – Ils réduiront leurs coûts !

M. François Autain. – Vous estimez que seuls les directeurs d'hôpitaux sont responsables et non pas le manque de crédits. Vous ne m'avez d'ailleurs pas répondu lorsque je vous ai demandé si vous maintiendriez en place un directeur d'hôpital coupable

seulement... de ne pas avoir perçu suffisamment de crédits.

Avec cette logique, vous allez asphyxier nombre d'hôpitaux. Si vous continuez ainsi, ce ne sont pas 235 hôpitaux, mais 300 ou 400 qui vont être en difficulté. C'est donc bien votre politique qui est en cause, et non l'incompétence supposée des directeurs d'hôpitaux. Nous voterons bien évidemment contre cet article.

Mme Raymonde Le Texier. – M. Le Menn a longuement expliqué les raisons pour lesquelles nous voterons contre cet article. J'ajoute que nous sommes pour le moins choqués que Mme la ministre manifeste tant d'irritation envers le déficit des hôpitaux publics quand le Gouvernement fait montre d'une telle complaisance envers le déficit du budget de l'État, déficit qui ne l'empêche pas de continuer à faire des cadeaux à ceux qui n'ont en pas besoin !

M. André Vantomme. – Très bien !

*A la demande du groupe CRC,
l'article 40 est mis aux voix par scrutin public.*

Mme la présidente. – Voici les résultats du scrutin :

Nombre de votants..... 341
Nombre de suffrages exprimés..... 338
Majorité absolue des suffrages exprimés .. 170

Pour l'adoption 187
Contre 151

Le Sénat a adopté.

Article additionnel

Mme la présidente. – Amendement n°281, présenté par Mme Le Texier et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après l'article 40, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale est complété par un paragraphe ainsi rédigé :

« ... - Les mesures salariales concernant la fonction publique hospitalière sont financées au titre des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale de l'année. Les mesures intervenant en cours d'année feront l'objet de financements complémentaires permettant leur mise en œuvre dans les établissements. »

Mme Raymonde Le Texier. – Selon la fédération hospitalière de France, le déficit cumulé des hôpitaux devrait atteindre 900 millions. Nous avons donc demandé que l'on décide un moratoire dans la convergence intersectorielle. Certains hôpitaux, qui fonctionnent mal, nécessitent une restructuration. Toutefois, reconnaissons que l'hôpital doit supporter indûment les charges qui ne sont pas assumées par le

système de soins alors que le secteur privé dispose de marges financières importantes. Le premier président de la Cour des comptes a d'ailleurs souligné ces dysfonctionnements. La situation exige donc que nous prenions des mesures d'équité.

Madame la ministre, vous avez jusque-là repoussé nos propositions au prétexte que la réforme viendra en son heure avec le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires ». Mais, avec l'article 40, vous l'ébauchez. J'y vois donc l'occasion d'adopter cet amendement qui prévoit que l'on ne peut imposer des charges supplémentaires aux hôpitaux, après l'adoption de la loi de financement, sans prévoir de financement complémentaire.

M. Alain Vasselle, *rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie.* – Sagesse.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* – Avis défavorable (*Exclamations à gauche*)

M. André Vantomme. – Je ne suis pas surpris que le Gouvernement s'oppose à cet amendement. Le protocole « Bertrand-Jacob » n'a pas été financé, pourquoi en irait-il autrement à l'avenir ? Pourquoi l'hôpital bénéficierait-il d'une mesure d'équité ? Je voterai cet amendement de justice et d'honnêteté.

L'amendement n°281 n'est pas adopté.

Article 40 bis

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 6145-16 est ainsi rédigé :

« Art. L. 6145-16. - *Les comptes des établissements publics de santé sont certifiés par un commissaire aux comptes, selon des modalités et un calendrier définis par décret en Conseil d'État.* » ;

2° Au troisième alinéa de l'article L. 6132-3, les mots : « et de l'article L. 6145-16 » sont supprimés ;

3° Au 4° de l'article L. 6143-6, la référence : « L. 6145-16, » est supprimée ;

4° Au 6° de l'article L. 6143-1, les mots : « ainsi que les procédures prévues à l'article L. 6145-16 » sont supprimés.

Mme la présidente. – Amendement n°27 rectifié, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

Rédiger comme suit cet article :

I- Après l'article L. 6145-16 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6145-16-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 6145-16-1. - Les comptes des établissements publics de santé sont certifiés.

« Cette certification est coordonnée par la Cour des comptes, dans des conditions fixées par voie réglementaire. »

II - Les dispositions de l'article L. 6145-16-1 du code de la santé publique issues de la présente loi s'appliquent au plus tard, pour la première fois, aux comptes du premier exercice qui commence quatre ans à compter de la publication de la présente loi.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Il s'agit de préciser les modalités de certification des comptes en retenant une rédaction plus proche de l'article 9 du projet de loi « hôpital, patients, santé, territoires » que celle adoptée à l'Assemblée nationale. Je ne doute donc pas que nous obtiendrons l'aval du Gouvernement... Nous prévoyons, notamment, que la certification des comptes des hôpitaux sera réalisée sous l'autorité de la Cour des comptes.

Mme la présidente. – Sous-amendement n°530 à l'amendement n° 27 rectifié de M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, présenté par le Gouvernement.

Dans le deuxième alinéa du I de l'amendement n°27 rectifié, après les mots :

de santé

insérer les mots :

dont la liste est fixée par décret

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Le Gouvernement est naturellement favorable à cet amendement, en particulier sur la compétence de coordination de la certification des comptes. Toutefois, nous désirons que cette obligation de certification des comptes ne pèse pas, dans un premier temps, sur les petits établissements car elle serait disproportionnée, eu égard à l'enjeu financier. D'où l'idée d'une liste des établissements ciblés fixée par décret pour conserver de la souplesse.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Favorable, l'essentiel étant que la certification soit assurée pour les petits comme pour les grands établissements.

Le sous-amendement n°530 est adopté.

L'amendement n°27 rectifié, sous-amendé, est adopté et devient l'article 40 bis,

Article 40 ter

Le premier alinéa de l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est ainsi modifié :

1° A la fin de la deuxième phrase, les mots : « au 31 décembre de l'année précédente » sont remplacés par les mots : « lors du pénultième exercice » ;

2° Les deux dernières phrases sont remplacées par une phrase ainsi rédigée :

« Chaque établissement règle sa contribution à l'établissement public national dans les deux mois de la publication de l'arrêté qui en fixe le taux et lui transmet, dans les mêmes délais, une déclaration des charges salariales induites par la rémunération de ses personnels. »

Mme Raymonde Le Texier. – Cet article vise à accélérer la procédure de recouvrement des contributions au centre national de gestion. *A priori*, l'intention est louable. Nous sommes toujours pour la diminution de la paperasserie. Mais l'on fait fi du véritable problème, le déficit, qui empêche le recouvrement par le centre national de gestion.

L'article 40 ter est adopté.

Article 41

I. - L'article L. 6113-10 du code de la santé publique est remplacé par trois articles L. 6113-10, L. 6113-10-1 et L. 6113-10-2 ainsi rédigés :

« Art. L. 6113-10. - L'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux est un groupement d'intérêt public constitué entre l'État, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et les fédérations représentatives des établissements de santé et médicosociaux.

« L'agence a pour objet l'appui à l'amélioration du service rendu au patient, la modernisation de la gestion et la maîtrise des dépenses dans les établissements.

« Art. L. 6113-10-1. - Le groupement mentionné à l'article L. 6113-10 est soumis aux articles L. 341-2 à L. 341-4 du code de la recherche, sous réserve des dispositions suivantes :

« 1° Le directeur général du groupement est nommé par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de la solidarité ;

« 2° Outre les personnels mis à sa disposition dans les conditions prévues à l'article L. 341-4 du code de la recherche, le groupement emploie des agents régis par les titres II, III ou IV du statut général des fonctionnaires et des personnels mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 6152-1 du présent code en position d'activité, de détachement ou de mise à disposition.

« Il emploie également des agents contractuels de droit public et de droit privé, avec lesquels il peut conclure des contrats à durée déterminée ou indéterminée.

« Art. L. 6113-10-2. - Les ressources du groupement sont constituées notamment par :

« 1° Une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale, versée et répartie dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-15 et L. 174-2 du code de la sécurité sociale ;

« 2° Une dotation versée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;

« 3° Des subventions de l'État, des collectivités publiques, de leurs établissements publics, de l'Union européenne ou des organisations internationales ;

« 4° Des ressources propres, dons et legs. »

II. - Les droits et obligations contractés par l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France pour le compte de la mission d'expertise et d'audit hospitaliers et de la mission nationale d'appui à l'investissement prévues à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) sont transférés à l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux à la date de publication de l'arrêté d'approbation de sa convention constitutive. Les droits et obligations contractés par le groupement pour la modernisation du système d'information sont transférés à l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux à la date de publication de l'arrêté d'approbation de sa convention constitutive. Ces transferts sont effectués à titre gratuit et ne donnent lieu ni à imposition ni à rémunération.

La dotation prévue au 1° de l'article L. 6113-10-2 du code de la santé publique pour l'année 2009 est minorée des montants versés pour 2009 au titre du III quater de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 précitée.

Les dispositions de l'article L. 6113-10 du code de la santé publique dans leur rédaction antérieure à la présente loi demeurent en vigueur jusqu'à la date de publication de l'arrêté d'approbation de la convention constitutive de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et au plus tard avant le 1^{er} janvier 2012.

M. Jacky Le Menn. – Poursuivre la convergence entre le public et le privé au rythme actuel n'est pas raisonnable car cela pose de nombreux problèmes techniques et politiques. L'hôpital public, je le répète, traite de pathologies plus lourdes, plus variées et plus coûteuses que le secteur privé. La durée du séjour y

est de 20 % plus longue. Par ailleurs, comment comptabiliser l'accompagnement social, l'éducation thérapeutique, le soutien psychologique dans la prise en charge de pathologies comme le sida, le diabète ou le cancer ? En outre, les tarifs des établissements à but lucratif n'intègrent pas certaines prestations telles que l'imagerie, les tests en laboratoire qui sont effectués en ville.

Dans ces conditions, comment réaliser une comparaison objective ? J'ajoute que les médicaments onéreux et les dispositifs médicaux implantables font l'objet de financements distincts.

Enfin, la plus extrême prudence s'impose quant à la valeur heuristique de l'échelle nationale des coûts. En effet, la comptabilité analytique mise en place dans les établissements est très insatisfaisante, même parmi ceux de l'échantillon test. De surcroît, il est ardu d'identifier le prix d'un séjour en raison des très nombreux paramètres relatifs aux patients, mais aussi des conditions de réalisation des actes, sans même parler des complications.

Le dispositif repose sur une répartition empirique de 20 000 codes diagnostiques et de 4 000 codes thérapeutiques en 142 groupes homogènes de séjour de moins de 24 heures et 662 groupes homogènes de séjour de plus de 24 heures. Si l'on considère les diagnostics associés, on arrive à 2 306 groupes. Appréciez la simplicité ! Présidant un grand centre hospitalier spécialisé, je m'attends au pire lorsque les pathologies psychiatriques seront intégrées. Nous ne sommes plus devant du médicoadministratif mais devant du médicotecnocratique où l'on cherche vainement le malade.

Autant dire qu'il n'y a pas de séjour standard et que faire reposer le financement des établissements de santé sur de telles incertitudes est particulièrement critiquable.

Les thuriféraires de la tarification à l'activité prétendent que des équilibres s'établiront entre les cas gagnants et les cas perdants. Cette vision globale est inadaptée à la situation spécifique de chaque hôpital et de chaque pôle d'activité. Le piège technique est aggravé par le refus de prendre en compte des précisions comme le stade des cancers, l'admission par transfert d'une autre structure ou la nécessité de faire intervenir plusieurs services lors d'un même séjour. L'influence de ces situations sur la charge de travail et les coûts n'est donc pas reconnue. Vouloir faire entrer la réalité clinique dans un modèle de l'homogénéité médicale et économique conduit à une impasse.

Ne nous laissons pas subvertir par le dogme de la rationalité économique en matière de gestion hospitalière car, même paré d'une apparente neutralité technique, il n'est qu'une arme de combat dirigée contre l'hôpital public. Les victimes seront toujours les malades les plus fragiles.

Mme la présidente. – Amendement n°166, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC.

Dans le premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6113-10 du code de la santé publique, supprimer deux fois les mots :

et médicosociaux

M. Guy Fischer. – Cet article tend à créer l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap), chargée de diffuser aux établissements des outils à même d'améliorer leurs performances dans le cadre d'une stratégie d'efficience. Cela s'inscrit dans une démarche d'optimisation.

Nous estimons que l'efficience ne doit pas être atteinte au détriment des patients. Autant dire que les rapports législatifs relatifs à la création des ARS nous ont particulièrement inquiétés, notamment en ce qui concerne la fongibilité des financements destinés aux établissements de soins et aux établissements médicosociaux, car cette fongibilité pourrait donner l'illusion d'une hausse budgétaire. Nous craignons que la fusion des deux enveloppes ne se fasse au détriment du secteur médicosocial, dans lequel nous avons cru comprendre que vous vouliez fermer de nombreux établissements.

J'ai rencontré la direction de l'Unapei, ainsi que l'Adapei dans le Rhône, où cette réforme est déjà mise en œuvre. L'Adapei gère 44 établissements, dont 22 du même type, pour lesquels une enveloppe a été dédiée. Par ce moyen, les 35 000 établissements médicosociaux actuels pourraient n'être bientôt que 3 000, soit dix fois moins qu'aujourd'hui, dans le but d'optimiser leur gestion grâce aux économies d'échelle.

L'article 41 semble en outre contradictoire avec la transformation annoncée de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en véritable agence nationale. Une fois créée, comment pourrait-elle ne pas se soucier de l'efficience ?

En outre, la décision a été prise en dehors de toute concertation. Nous sommes loin du soutien affiché au dialogue social, alors même que la participation de la CNSA au financement de la nouvelle agence l'aurait pour le moins justifié.

Nous souhaitons une information sur cette réforme qui touchera profondément les établissements médicosociaux. N'oublions pas qu'ils font vivre l'économie locale et qu'ils sont gérés par des associations agissant par délégation de collectivités territoriales.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Avis défavorable à la suppression de cette réforme.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je partage l'intérêt de l'orateur pour le secteur médicosocial et l'appui de l'Anap lui sera utile.

L'amendement n°166 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°75 rectifié, présenté par M. Jégou, au nom de la commission des finances.

Rédiger comme suit le second alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6113-10 du code de la sécurité sociale :

« L'agence a pour objet d'aider les établissements de santé et médicosociaux à améliorer le service rendu aux patients, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils, dont elle assure le suivi de la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses. A cette fin, dans le cadre de son programme de travail, elle peut procéder ou faire procéder à des audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble des activités des établissements de santé et médicosociaux.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – Cette amélioration rédactionnelle précise les missions de l'agence en termes plus fidèles à l'exposé des motifs du projet de loi. Je rappelle que l'Anap assumera les rôles actuellement dispersés entre trois structures : la mission d'expertise et d'audit hospitalier, la mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier et le groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier. Cette architecture est conforme aux préconisations que j'avais faites naguère.

La rectification apporte les précisions souhaitées par le Gouvernement à propos du patrimoine immobilier et des audits de gestion.

Mme la présidente. – Amendement n°76, présenté par M. Jégou, au nom de la commission des finances.

A la fin du dernier alinéa du II de cet article, remplacer les mots :

avant le 1^{er} janvier 2012

par les mots :

jusqu'au 1^{er} janvier 2010

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – Outre qu'il améliore la rédaction du texte, cet amendement précise que la convention constitutive de la nouvelle agence doit être approuvée avant le 1^{er} janvier 2010.

Mme la présidente. – Amendement n°77, présenté par M. Jégou, au nom de la commission des finances.

Compléter le II de cet article par un alinéa ainsi rédigé :

Le III *quater* de l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale

pour 2001 est supprimé à la date de publication de l'arrêté d'approbation de la convention constitutive de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – Réparant un oubli, cette rédaction intègre toutes les missions de la mission d'évaluation et d'accréditation hospitalière ainsi que celles de la mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je rends hommage à M. Jégou, qui avait abordé ce sujet il y a un an. Sa ténacité permettra d'optimiser l'utilisation des ressources administratives dans le domaine du conseil. Avis favorable aux trois amendements.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Même avis.

Les amendements n°s 75 rectifiés, 76 et 77 sont successivement adoptés.

L'article 41, modifié, est adopté.

Article additionnel

Mme la présidente. – Amendement n°457, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC.

Après l'article 41, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Un rapport fixant les modalités de mise en œuvre et de financement d'un plan permettant aux hôpitaux de retraiter les effluents chimiques toxiques qu'ils déversent à l'égout est remis par le Gouvernement au Parlement avant le 15 octobre 2009.

M. François Autain. – Dans l'esprit du Grenelle de l'environnement, nous demandons un plan permettant aux hôpitaux de retraiter leurs eaux usées. En effet, les effluents des hôpitaux comportent de nombreux produits dangereux tels que des antibiotiques, des produits chimiques toxiques, des métaux lourds, des révélateurs et des fixateurs de radiographie, sans compter les produits d'entretien, auxquels peuvent s'ajouter bactéries, champignons et virus.

Rejetés dans les eaux usées, tous ces éléments aboutissent aux stations d'épuration, qui rejettent parfois dans le milieu naturel ces substances dangereuses qu'elles n'ont pu éliminer. Toute laisse donc à penser que les éléments rejetés dans les égouts aujourd'hui pourraient contribuer aux maladies de demain.

Auditionnée le 21 septembre par l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, l'association scientifique et technique pour l'eau et l'environnement a insisté sur le fait que les stations d'épuration ne pouvaient traiter toutes les

pollutions et qu'il serait donc plus cohérent de traiter ces molécules en amont.

Un colloque international proposant de réaliser un état des lieux et de dresser des perspectives de gestion des effluents liquides hospitaliers se tiendra à Grenoble pendant les derniers jours de ce mois.

Il réunira, entre autres, l'Inra, l'AP-HP, les Hôpitaux de Lyon, des ingénieurs, des universitaires et des laboratoires pharmaceutiques.

Le rapport que je propose permettrait de chiffrer le coût de l'équipement des établissements en station d'épuration, ou le recours à l'osmose inverse et à la destruction des concentrats, qui sont des fluides enrichis en substances arrêtées par une membrane. De nouvelles solutions existent !

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – C'est un amendement d'appel : retrait ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Le rejet de substances toxiques et de médicaments dans l'environnement est un sujet de préoccupation majeur. Les hôpitaux ne sont pas seuls en cause : la généralisation des traitements lourds au domicile des malades, les médicaments vétérinaires participent à ces pollutions massives et incontrôlées, qui exigent un traitement d'ensemble. Une réunion de travail vient de se tenir au ministère avec les organismes intéressés : des mesures seront prises dans le deuxième Plan national santé-environnement. Un travail important est en cours. Pouvez-vous retirer votre amendement, au bénéfice de ces garanties ?

M. François Autain. – Envisagez-vous un dispositif spécifique pour les hôpitaux ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Il existe déjà des dispositions réglementaires concernant les déchets toxiques dans les eaux usées. En outre, en 2010, dans le cadre de la certification des établissements de santé, une démarche globale de gestion de la qualité des eaux sera définie dans chaque établissement.

M. François Autain. – Je retire l'amendement, mais j'y reviendrai !

L'amendement n°457 est retiré.

Article 42

La troisième phrase du premier alinéa de l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « , d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation facturées non conformes aux référentiels établis par la Haute autorité de santé ou d'un nombre de prestations d'hospitalisation facturées significativement supérieur aux moyennes régionales ou nationales établies à partir des données mentionnées à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique pour une activité comparable ».

Mme Raymonde Le Texier. – L'objectif de cet article est, là encore, de faire des économies. Je regrette que M. Gilles ne soit pas là pour défendre son amendement, qui imposait aux ARH de prévoir une concertation avec les fédérations d'établissements de santé au niveau régional. En effet, la mise sous entente préalable concerne potentiellement tous les établissements d'une même région.

L'amendement n°419 n'est pas défendu.

Mme la présidente. – Amendement n°505, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

Dans cet article, après les mots :

code de la santé publique

insérer les mots :

, ou des données de facturation transmises à l'assurance maladie,

*L'amendement de précision,
accepté par le Gouvernement, est adopté.*

L'article 42, modifié, est adopté.

Article additionnel

Mme la présidente. – Amendement n°282, présenté par M. Godefroy et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après l'article 42, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. - Dans le premier alinéa de l'article L. 331-3 du code de la sécurité sociale, le mot : « dix » est remplacé par le mot : « douze » et le mot : « huit » est remplacé par le mot : « dix ».

II. - Dans le troisième alinéa du même article, le mot : « seize » est remplacé par le mot : « dix-huit ».

III. - Les pertes de recettes pour les organismes de sécurité sociale résultant du I et du II ci-dessus sont compensées à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Mme Claire-Lise Champion. – Nous proposons de porter le congé maternité de 16 à 18 semaines, en anticipant ainsi l'adoption de la proposition de directive de la Commission européenne. La durée légale est déjà de 18 semaines au Portugal, au Royaume-Uni, en Irlande, en Grèce et en Finlande ; les Italiennes ont droit à 20 semaines, les Danoises à 28. En France, le congé maternité est de 16 semaines -26 à compter du troisième enfant- à prendre avant ou après la naissance ; depuis 2007, la loi n'impose que trois semaines de repos avant l'accouchement. Mais la plupart des femmes y ajoutent un congé pathologique, ou leurs congés annuels : 38 jours en moyenne pour les mères de un ou deux enfants, 21 pour les autres. Ces arrangements sont toutefois majoritairement réservés aux femmes qui sont en CDI.

Nous voulons mieux concilier vies professionnelle, privée et familiale. Un allongement du congé maternité, prôné par le collège national des gynécologues et obstétriciens français, donnerait aux femmes la possibilité de se remettre plus facilement de leur accouchement et d'établir une relation solide avec leur enfant. Par ailleurs, il est plus facile pour les femmes de reprendre le travail lorsque leur enfant est plus âgé ; quant à l'employeur, il connaîtra plus précisément la durée d'absence effective de ses salariées.

Les bénéficiaires d'une telle mesure l'emportent sur son coût. Comme le dit le commissaire européen Vladimir Spidla, il ne faut pas la voir comme une dépense mais comme un investissement pour notre avenir ! La proposition de la Commission européenne s'accompagne d'autres mesures visant à améliorer la protection des mères et réaffirme les objectifs de Barcelone en matière d'accueil.

La natalité française est l'une des plus fortes d'Europe. Cet amendement fait un pas de plus dans l'amélioration des conditions d'accès au congé maternité.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. – Défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Défavorable. Le congé maternité est de fait souvent prolongé au-delà des 16 semaines, vous l'avez dit, et s'allonge après les deuxième et troisième enfant. Dans la proposition de la Commission européenne, l'allongement du congé maternité est assorti de la suppression de l'obligation de repos prénatal de trois semaines prévu par notre législation, ce qui augmenterait le risque de naissances prématurées... La discussion est, de plus, en cours au niveau européen : il serait prématuré de se calquer par avance sur un dispositif qui n'est pas encore stabilisé.

Mme Annie David. – Nous voterons bien évidemment l'amendement de nos collègues socialistes. Certes, la procédure européenne n'est pas achevée ; mais la France ne pourrait-elle pas se mettre à l'avant-garde, montrer l'exemple ? L'Italie, le Portugal ainsi que d'autres pays ont déjà allongé le congé de maternité.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Avec les résultats que l'on sait !

Mme Annie David. – Nous avons d'ailleurs nous-mêmes déposé une proposition de loi en ce sens.

L'amendement n°282 n'est pas adopté.

Article 42 bis

Les données de cadrage, les objectifs et les indicateurs du programme de qualité et d'efficacité visé au 1° du III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale relatif à la branche maladie comportent des éléments relatifs aux effectifs et à la masse salariale des établissements de santé, permettant notamment d'apprécier les conditions dans lesquelles sont appliqués les articles L. 3151-1 et suivants du code du travail.

M. Jacky Le Menn. – L'article 42 bis porte sur les effectifs et la masse salariale des établissements de santé. Je souhaite dire ma ferme opposition à la remise en cause de l'emploi hospitalier. Étant donné les contraintes budgétaires, il est légitime que les hôpitaux recherchent de nouvelles formes d'organisation. Mais les plans de redressement et les contrats de retour à l'équilibre traitent systématiquement l'emploi et la masse salariale comme la principale variable d'ajustement budgétaire, ce qui conduit à des suppressions d'emplois massives. Près de 20 000 emplois sont menacés. La circulaire budgétaire adressée à tous les établissements en juillet dernier leur demande clairement de diminuer leur masse salariale et le nombre d'emplois, mais aussi de renégocier les avantages sociaux, quelles que soient les prévisions d'activité : c'est une première ! L'extension prévue du secteur médicosocial ne compense nullement ces diminutions d'effectif.

Dans l'environnement économique actuel, ne serait-il pas plus opportun de mettre en œuvre un plan de relance du service public hospitalier et d'arrêter d'inquiéter, voire d'effrayer la communauté hospitalière, les malades et leur famille ?

L'article 42 bis est adopté.

Article additionnel

Mme la présidente. – Amendement n°28, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

Avant l'article 43, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 4322-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les pédicures-podologues peuvent adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'orthèses plantaires datant de moins de trois ans dans des conditions fixées par décret et sauf opposition du médecin. »

Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur de la commission des affaires sociales pour le médicosocial. – Cet amendement a pour objet de permettre aux pédicures-podologues d'adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'orthèses plantaires datant de moins de trois ans. Les patients pourront ainsi se dispenser de repasser chez leur médecin traitant pour

obtenir une ordonnance, ce qui économisera une consultation. Cet amendement nécessite une modification de l'article R. 165-1 du code de la sécurité sociale.

M. Nicolas About, président de la commission. – Très bien !

L'amendement n°28, accepté par le Gouvernement, est adopté et devient article additionnel.

Article 43

I. - Après l'article L. 133-4-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 133-4-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 133-4-4. - *Lorsqu'un organisme chargé de la gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie prend en charge, pour une personne résidant dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, à titre individuel, des prestations d'assurance maladie qui relèvent des tarifs journaliers afférents aux soins fixés en application du I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, les sommes en cause, y compris lorsque celles-ci ont été prises en charge dans le cadre de la dispense d'avance des frais, sont déduites par la caisse mentionnée à l'article L. 174-8, sous réserve que l'établissement n'en conteste pas le caractère indu, des versements ultérieurs que la caisse alloue à l'établissement au titre du forfait de soins. Les modalités de reversement de ces sommes aux différents organismes d'assurance maladie concernés sont définies par décret.*

« *L'action en recouvrement se prescrit par trois ans à compter de la date de paiement à la personne de la somme en cause. Elle s'ouvre par l'envoi à l'établissement d'une notification du montant réclamé.*

« *La commission de recours amiable de la caisse mentionnée à l'article L. 174-8 est compétente pour traiter des réclamations relatives aux sommes en cause.* »

II. - Le I est applicable aux notifications de payer adressées à compter de l'entrée en vigueur du présent article.

Mme Raymonde Le Texier. – L'article 43 prévoit que les remboursements des prestations médicales ou paramédicales et des achats de médicaments réglés par un résident à l'extérieur de l'Ehpad où il est hébergé seront imputés sur l'enveloppe de ville et diminueront la dotation de soins de l'Ehpad, considéré comme une alternative au domicile.

Une des dispositions de cet article pose problème. Jusqu'ici, lors de son admission, le résident d'un Ehpad était informé de la prise en charge dans le cadre de la dotation soins de l'Ehpad des prestations dont il bénéficiera, ainsi que de ses droits, au premier rang desquels figure la liberté de choisir son médecin et son pharmacien en dehors de l'établissement. A moins de remettre en question la liberté des résidents,

il n'entre pas dans les attributions du directeur de l'Ehpad de vérifier les prestations et prescriptions que les résidents sollicitent à l'extérieur de son établissement. Nous en faisons une question de principe.

En outre, cet article prévoit que les caisses primaires d'assurance maladie récupéreront l'argent déboursé pour le remboursement des dépenses médicales et paramédicales des personnes résidant dans un Ehpad, au motif que ces dépenses relèvent du tarif afférent aux soins de l'établissement. Nous considérons que la gestion de ce problème est du ressort de chaque caisse primaire d'assurance maladie, qui doit procéder aux vérifications qui s'imposent avant de procéder à des remboursements. Un directeur d'Ehpad n'a pas à connaître des prestations réalisées à l'extérieur et l'on ne saurait porter à la charge de l'établissement des sommes indûment remboursées par une caisse. Nous demanderons donc la suppression de cet article.

Mme la présidente. – Amendement n°248, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC.

Supprimer cet article.

M. François Autain. – La gestion du risque de remboursement indu est du ressort de chaque CPAM qui dispose des informations utiles pour la mettre en œuvre. En outre, la liberté d'aller et venir du résident et le caractère de substitut de domicile de l'Ehpad s'opposent à ce que le directeur soit en charge de la gestion des prestations extérieures.

La couverture par l'Ehpad, sur son « forfait soins », des prestations médicales et paramédicales liées à la prise en charge des affections somatiques et psychiques ou à la perte de l'autonomie dépend de l'option tarifaire choisie par l'établissement dans le cadre de sa convention tripartite. Lors de son admission, le résident prend connaissance de l'organisation de l'établissement, et notamment des prestations qui lui sont offertes, puis y adhère en signant son contrat de séjour. Il est informé de la prise en charge de ces prestations par la dotation soins de l'établissement. Mais le contrat consacre également les droits du résident, sa liberté d'aller et venir et le libre choix de son médecin et de son pharmacien.

Afin que l'assurance maladie puisse repérer d'éventuels doublons dans les demandes de prises en charge de certaines prestations, le directeur de l'Ehpad transmet à sa caisse pivot toutes les informations utiles. La gestion du risque d'une double prise en charge relève entièrement de la compétence de la caisse d'assurance maladie.

Un directeur d'établissement ne peut pas et ne doit pas savoir que des prescriptions sont réalisées ou honorées à l'extérieur de l'établissement. On ne peut donc imputer à l'établissement des sommes indûment payées par une caisse qui n'a pas mis en œuvre son

pouvoir de vérification avant d'honorer un remboursement.

Nous proposons donc de supprimer cet article et de revoir les modalités dans lesquelles les établissements peuvent aider les caisses à mieux repérer et prévenir les doubles remboursements.

Mme la présidente. – Amendement identique n°284 rectifié, présenté par Mme Le Texier et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Supprimer cet article.

Mme Raymonde Le Texier. – Il est défendu.

Mme la présidente. – Amendement n°167, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC.

I. - Avant le premier alinéa du texte proposé le I de cet article pour l'article L. 133-4-4 du code de la sécurité sociale, ajouter un alinéa ainsi rédigé :

« L'ensemble des prestations médicales et paramédicales, nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques ainsi que des prestations paramédicales liées à l'état de la dépendance délivré à une personne résidant dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est pris en charge par l'établissement, sous réserve que ces prestations aient été dispensées ou prescrites par le médecin traitant dans le cadre du parcours de soins et des tarifs journaliers afférents aux soins, selon l'option tarifaire retenue dans la convention prévue au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

II. - Dans la première phrase du deuxième alinéa du même texte, remplacer les mots :

par trois ans

par les mots :

terme d'un délai d'un an

M. François Autain. – Chaque résident hébergé dans un Ehpad a le libre choix de son médecin traitant et, dans le cadre du parcours de soins, ce dernier peut prescrire des prestations paramédicales ou demander une consultation spécialisée.

Les Ehpad sont dans l'impossibilité de mener une gestion cohérente du forfait soins dès lors qu'y sont intégrées des prestations médicales et paramédicales qui n'ont pas été délivrées ou prescrites par le médecin traitant de chaque résident dans le cadre de ce parcours de soins. Il est indispensable d'éviter que le forfait soins des établissements ne supporte les conséquences d'un nomadisme médical.

Aujourd'hui, le gestionnaire d'un Ehpad peut choisir entre quatre types de tarifs. Dans un Ehpad ayant opté pour le tarif partiel sans pharmacie à usage intérieur (PUI), les seuls actes que l'Ehpad pourrait avoir à rembourser sont les actes infirmiers et les dispositifs

médicaux indûment remboursés au patient par l'assurance maladie, prescrits par le médecin traitant ou par un médecin spécialiste dans le cadre du parcours de soins. En revanche, la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (Fehap) refuse que le gestionnaire ait à supporter le remboursement des actes infirmiers et les dispositifs médicaux prescrits par un médecin généraliste ou un médecin spécialiste en dehors du parcours de soins : nous partageons ce point de vue.

Dans le cadre d'un Ehpad ayant opté pour le tarif global sans PUI, l'ensemble des actes médicaux et paramédicaux sont pris en charge dans la dotation. La Fehap refuse que le gestionnaire ait à supporter le remboursement des prestations prescrites par un médecin généraliste ou un médecin spécialiste en dehors du parcours de soins.

Dans le cadre d'un Ehpad ayant opté pour le tarif global ou partiel avec PUI, les médicaments des résidents sont prescrits par le médecin traitant ou par un médecin spécialiste dans le cadre du parcours de soins, et inclus dans la dotation. En revanche, la Fehap refuse que le gestionnaire ait à supporter le remboursement des médicaments prescrits par un médecin généraliste ou un médecin spécialiste en dehors du parcours de soins.

Enfin, le délai de prescription de trois ans prévu par l'article pour l'action en recouvrement est trop long : nous proposons de le ramener à un an.

Mme la présidente. – Amendement n°29, présenté par Mme Desmarescaux, au nom de la commission des affaires sociales.

Dans la première phrase du premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 133-4-4 du code de la sécurité sociale, remplacer les mots :

un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, à titre individuel, des prestations d'assurance maladie qui relèvent des tarifs journaliers afférents aux soins fixés en application du I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles

par les mots :

un établissement mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, à titre individuel, des prestations d'assurance maladie qui relèvent des tarifs afférents aux soins fixés en application de l'article L. 314-2 du même code

Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur de la commission des affaires sociales pour le médicosocial. – Cet amendement rectifie des références inexactes au sein du code de l'action sociale et des familles. Il supprime également la référence à des tarifs « journaliers » en matière de soins, puisque l'article 44 du projet de loi de financement institue le principe du forfait global, calculé sur la base d'une tarification à la ressource.

Avis défavorable aux amendements de suppression : l'objet de cet article est de mettre fin à des situations anormales où les résidents d'un Ehpad se voient rembourser par l'assurance maladie des prestations couvertes par le forfait soins de l'établissement.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité. – Avis défavorable aux amendements identiques n°248 et 284 rectifié, de même qu'à l'amendement n°167. Favorable à l'amendement n°29.

Les amendements identiques n°248 et 284 rectifié ne sont pas adoptés, non plus que l'amendement n°167.

L'amendement n°29 est adopté.

L'article 43, modifié, est adopté.

Article 44

I. - La dernière phrase du second alinéa du II de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles est complétée par les mots : « ainsi que les règles permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau des tarifs plafonds ».

II. - Après le premier alinéa du II de l'article L. 314-7 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'alinéa précédent, le 3° du I, le III du présent article et les deux premiers alinéas de l'article L. 314-5 ne s'appliquent pas aux établissements et services dont les tarifs ou les règles de calcul des tarifs sont fixés par arrêtés des ministres chargés de la sécurité sociale et des affaires sociales. »

III. - L'article L. 314-2 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 314-2. - Les établissements et services mentionnés au I de l'article L. 313-12 sont financés par :

« 1° Un forfait global relatif aux soins prenant en compte le niveau de dépendance moyen et les besoins en soins médicotecniques des résidents, déterminé par arrêté de l'autorité compétente de l'État en application d'un barème et de règles de calcul fixés, d'une part, par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et des personnes âgées, en application du II de l'article L. 314-3 et, d'autre part, par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris en application du troisième alinéa de l'article L. 174-6 du code de la sécurité sociale ;

« 2° Un forfait global relatif à la dépendance, prenant en compte le niveau de dépendance moyen des résidents, fixé par un arrêté du président du conseil général et versé aux établissements par ce dernier au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-8 ;

« 3° Des tarifs journaliers afférents aux prestations relatives à l'hébergement, fixés par le président du conseil général, dans des conditions précisées par décret et opposables aux bénéficiaires de l'aide sociale accueillis dans des établissements habilités totalement ou partiellement à l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées.

« Pour les établissements mentionnés à l'article L. 342-1 et les résidents non admis à l'aide sociale dans les établissements relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code et du 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, les prestations relatives à l'hébergement sont fixées et contrôlées dans les conditions prévues par les articles L. 342-2 à L. 342-6 du présent code. »

IV. - L'article L. 238-8 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa du I est supprimé ;

2° Le premier alinéa du II est supprimé ;

3° Au deuxième alinéa du II, les mots : « Cette dotation budgétaire globale » sont remplacés par les mots : « Le forfait global » ;

4° À la dernière phrase du troisième alinéa du II, les mots : « de la dotation globale » sont remplacés par les mots : « du forfait global » ;

5° La dernière phrase du dernier alinéa du II est supprimée.

V. - Les premier et dernier alinéas du V de l'article L. 314-7 du même code sont supprimés.

VI. - Le premier alinéa de l'article L. 314-6 du même code est complété par les mots : «, à l'exception des conventions collectives de travail et conventions d'entreprise ou d'établissement applicables au personnel des établissements assurant l'hébergement des personnes âgées et ayant signé un contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 313-11 ou une convention pluriannuelle mentionnée à l'article L. 313-12 ».

VII. - Les III, IV et V sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2010.

Mme la présidente. – Amendement n°168, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC.

Supprimer cet article.

M. Guy Fischer. – Après avoir instillé de la convergence tarifaire, vous inaugurez la tarification à la ressource. Par ce procédé, les moyens ne seront plus mesurés à l'aune des besoins, mais les besoins devront correspondre à l'enveloppe comptable. Les établissements, pour équilibrer leur budget, seront tentés d'écarter les malades qui ne leur rapporteront pas assez ; la course aux actes rentables est déjà

lancée, jouant contre les personnes les plus fragiles socialement.

Madame le ministre, les familles ont souvent bien du mal à trouver une place en établissement pour les personnes âgées dépendantes ! Si les établissements n'ont pas assez de places, les familles devront payer encore et toujours.

Les salariés des établissements eux-mêmes vont subir la réforme, car vous supprimez l'opposabilité financière des conventions collectives. Les salaires vont se trouver bloqués, alors qu'ils sont déjà très faibles. Je salue d'ailleurs le dévouement et l'abnégation de ces personnels, aux rémunérations insuffisantes.

Mme la présidente. – Amendement identique n°285 rectifié, présenté par Mme Le Texier et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Mme Raymonde Le Texier. – Cet article confirme notre sentiment que vous avez préparé ce texte en raclant les fonds de tiroir, avec la calculette pour seul outil ! La tarification à la ressource est inéquitable : les personnes âgées habitant en ville accéderont à tous les médicaments, celles qui sont en établissement dépendront de la liste des médicaments que leur établissement pourra payer ; les établissements seront tentés de sélectionner les personnes âgées de façon à contenir leurs dépenses. Pour autant, vous ne diminuez en rien les risques iatrogéniques puisque le médecin coordonnateur et le médecin de ville pourront continuer de prescrire séparément, sans hiérarchie aucune !

Des patients seront refusés parce que l'établissement estimera qu'il lui coûterait trop. Madame la ministre, tout ne tient pas dans une calculette !

Mme la présidente. – Amendement n°30 rectifié, présenté par Mme Desmarescaux, au nom de la commission des affaires sociales.

Rédiger comme suit le II de cet article :

II.- Après l'article L. 314-7 du même code, il est inséré un article L. 314-7-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 314-7-1. Les dispositions des deux premiers alinéas de l'article L. 314-5 ainsi que du 3° du I, du premier alinéa du II et du III de l'article L. 314-7 ne s'appliquent pas aux établissements et services dont les tarifs ou les règles de calcul des tarifs sont fixés par arrêtés des ministres chargés de la sécurité sociale et des affaires sociales. Les documents budgétaires mentionnés au 3° du I de l'article L. 314-7 sont remplacés, pour ces établissements, par un état des prévisions de recettes et de dépenses dont le modèle est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et des affaires sociales. Ces documents sont transmis à l'autorité de tarification dès réception de la notification des tarifs de l'exercice. »

Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur de la commission des affaires sociales pour le médicosocial. – Nous prévoyons un état prévisionnel des recettes et des dépenses, comme cela existe pour la TAA à l'hôpital.

Mme la présidente. – Amendement n°31, présenté par Mme Desmarescaux, au nom de la commission des affaires sociales.

Rédiger comme suit le IV de cet article :

IV.- L'article L. 232-8 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa du I est supprimé ;

2° Le début du deuxième alinéa du I est ainsi rédigé : « Lorsque le bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie est hébergé dans un établissement mentionné à l'article L. 313-12, sa participation est calculée ... (*le reste sans changement*) » ;

3° Le premier alinéa du II est supprimé ;

4° Au début du deuxième alinéa du II, les mots : « Cette dotation budgétaire globale » sont remplacés par les mots : « Le forfait global mentionné au 2° de l'article L. 314-2 » ;

5° Dans la seconde phrase du troisième alinéa du II, les mots : « de la dotation globale afférente » sont remplacés par les mots : « du forfait global afférent » ;

6° La dernière phrase du dernier alinéa du II est supprimée.

Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur de la commission des affaires sociales pour le médicosocial. – Précision.

Mme la présidente. – Amendement n°32, présenté par Mme Desmarescaux, au nom de la commission des affaires sociales.

Après le IV de cet article, insérer un paragraphe ainsi rédigé :

IV *bis*.- L'article L. 232-15 du même code est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa, les mots : « ou aux établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code et au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique » sont supprimés ;

2° Dans le deuxième alinéa, les mots : « et établissements » sont supprimés.

Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur de la commission des affaires sociales pour le médicosocial. – Coordination.

Mme la présidente. – Amendement n°169, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC.

Dans le VI de cet article, après les mots :

à l'exception

insérer les mots :

, à compter du 1^{er} janvier 2012,

M. François Autain. – Nous proposons un moratoire ; les associations le demandent.

Mme la présidente. – Amendement n°314 rectifié *bis*, présenté par Mmes Hermange, Bout, M. Dériot et Mme Rozier.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - Après le quatrième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret définit les conditions d'expérimentation comparative de plusieurs modalités de fonctionnement et de tarification pour l'accueil temporaire des personnes accueillies dans des établissements et services visés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Ces modalités spécifiques peuvent être différentes selon les établissements et services participant à l'expérimentation, dont la liste est arrêtée conformément aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 315-5 du code de l'action sociale et des familles. Cette expérimentation permet également de prendre en compte les difficultés particulières d'accès à l'accueil temporaire des personnes visées par l'article L. 113-1 du même code. Cette expérimentation prend effet à compter du 1^{er} juin 2009. Un rapport sur cette expérimentation est remis au Parlement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie avant le 30 octobre 2010. »

Mme Marie-Thérèse Hermange. – Les familles ont aussi de grandes difficultés à trouver une place d'accueil temporaire. Les crédits d'assurance maladie affectés par la CNSA à cet accueil ne sont pas consommés ou fort peu, ils représentent environ 15 millions.

Nous proposons de lui donner un support juridique à l'identification expérimentale des meilleures modalités de gestion de l'accueil temporaire.

La loi devrait autoriser diverses modalités d'allocations des ressources et de tarifications. Il y a des obstacles à lever, mais en appliquant la méthode déjà utilisée pour le handicap, nous réussirons !

M. Nicolas About, président de la commission. – Très bien !

Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur de la commission des affaires sociales pour le médicosocial. – Défavorable aux amendements n°s 168 et 285 rectifié. Il importe de mettre fin à des écarts de un à trois qui n'ont aucune justification. La convergence ne fera aucun perdant, les 20 % d'établissements qui ont les coûts les plus élevés ne recevront pas une dotation réduite. (*Mme Raymonde Le Texier en doute*) Ces mesures de bonne gestion ont été préconisées par la mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création d'un cinquième risque.

Défavorable au n°169, la tarification à la ressource s'applique dès maintenant. Quant au n°314 rectifié *bis*, il est vrai que les formules mixtes peinent à se développer malgré les mesures du plan solidarité-grand âge. Le dispositif est flou, mais peut-être le Gouvernement s'engagera-t-il à mettre en œuvre toutes les expérimentations proposées ? Sagesse. Mme Hermange pourrait sans doute rectifier son amendement pour en faire un article additionnel après l'article 44.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État. – L'article 44 complète la convergence tarifaire par le plafonnement des tarifs.

Mme Raymonde Le Texier. – C'est précisément ce qu'on lui reproche !

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État. – Il n'y aura pas de réduction des dotations soins des Ehpad ; les moyens seront seulement maintenus pour les établissements qui ne respectent pas encore l'obligation de conventionnement tripartite. Nous l'assumons ! Ce fut dans le passé récent une incitation efficace à conclure une convention, si bien qu'en septembre dernier, 98 % des 8 000 Ehpad étaient conventionnés, contre moins de 80 % un an auparavant. Dès 2008, 300 millions d'euros supplémentaires leur ont été alloués, 10 000 emplois supplémentaires !

Pour ceux qui ont respecté l'obligation de conventionnement tripartite, le même arrêté a calibré les plafonds de façon à permettre une augmentation substantielle des moyens alloués, environ 30 % en moyenne.

C'est bien une convergence vers le haut à laquelle nous travaillons. (*Mme Raymonde Le Texier soupire*) Le Gouvernement accompagne ces conventions en débloquent à nouveau 300 millions d'euros en 2009 -ce qui se traduira à nouveau par la création de 10 000 emplois soignants supplémentaires.

Le ratio était de 1 à 3, nous accompagnons les efforts des établissements et vous ne pouvez dire, objectivement, que nous ne travaillons pas à l'amélioration de la prise en charge ! Avis favorable aux amendements de la commission, défavorable au n°169. Le n°314 rectifié *bis* est intéressant : sagesse favorable.

Les amendements n°s 168 et 285 rectifié ne sont pas adoptés.

Les amendements n°s 30 rectifié, 31 et 32 sont successivement adoptés.

L'amendement n°169 n'est pas adopté.

Mme Marie-Thérèse Hermange. – Je rectifie l'amendement dans le sens suggéré par la commission.

Mme la présidente. – Ce sera l'amendement n°314 rectifié *ter* tendant à insérer un article additionnel après l'article 44.

L'article 44, modifié, est adopté.

*L'amendement n°314 rectifié *ter* est adopté et devient article additionnel.*

Prochaine séance aujourd'hui, jeudi 20 novembre 2008, à 10 h 30.

La séance est levée à 1 h 25.

Le Directeur du service du compte rendu analytique :

René-André Fabre

ORDRE DU JOUR

du jeudi 20 novembre 2008

Séance publique

A 10 HEURES 30, A 15 HEURES ET LE SOIR

1. Suite de la discussion du projet de loi (n° 80, 2008-2009), adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2009.

Rapport (n° 83, 2008-2009) de MM. Alain Vasselle, André Lardeux, Dominique Leclerc, Gérard Dériot et Mme Sylvie Desmarescaux, fait au nom de la commission des affaires sociales.

Avis (n° 84, 2008-2009) de M. Jean-Jacques Jégou, fait au nom de la commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation.

2. Sous réserve de sa transmission, discussion du projet de loi de finances pour 2009.

Rapport de M. Philippe Marini, rapporteur général de la commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation.
