

SÉNAT

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2005-2006

COMPTE RENDU INTÉGRAL

Séance du jeudi 17 novembre 2005

(24^e jour de séance de la session)



SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE Mme MICHÈLE ANDRÉ

1. **Procès-verbal** (p. 7286).
2. **Communication d'un avis d'une assemblée territoriale** (p. 7286).
3. **Financement de la sécurité sociale pour 2006.** – Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 7286).

QUATRIÈME PARTIE

Débat sur l'assurance maladie (*suite*) (p. 7286)

MM. Jean-Jacques Jégou, Guy Fischer, Mmes Muguette Dini, Raymonde Le Texier, MM. André Lardeux, Aymeri de Montesquiou.

M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille.

Articles additionnels avant l'article 26 (p. 7304)

Amendement n° 225 de Mme Christiane Demontès. – Mme Gisèle Printz, MM. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales, pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie ; le ministre délégué, Bernard Cazeau. – Rejet.

Amendement n° 172 de M. Guy Fischer. – MM. Guy Fischer, Alain Vasselle, rapporteur ; le ministre délégué. – Rejet.

Article 26 (p. 7306)

Amendement n° 100 de M. Jean-Pierre Godefroy. – Mme Claire-Lise Champion, Alain Vasselle, rapporteur ; le ministre délégué. – Rejet.

Adoption de l'article.

Article additionnel après l'article 26 (p. 7307)

Amendement n° 109 de M. Michel Mercier. – Mme Muguette Dini, MM. Alain Vasselle, rapporteur ; le ministre délégué. – Retrait.

Article 26 *bis* – Adoption (p. 7308)

Article additionnel après l'article 26 *bis* (p. 7308)

Amendement n° 215 de M. Guy Fischer. – MM. François Autain, Alain Vasselle, rapporteur ; Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités ; Guy Fischer. – Rejet.

Article 26 *ter*. – Adoption (p. 7310)

Article additionnel avant l'article 26 *quater* (p. 7310)

Amendement n° 216 de M. Guy Fischer. – MM. François Autain, Alain Vasselle, rapporteur ; le ministre. – Rejet.

Article 26 *quater* (p. 7311)

Amendements identiques n°s 83 de M. Paul Blanc et 110 de M. Michel Mercier ; amendements n°s 19 de la commission et 217 de M. Guy Fischer. – M. Dominique Leclerc, Mme Muguette Dini, MM. Alain Vasselle, rapporteur ; François Autain, le ministre, Bernard Cazeau, Guy Fischer. – Adoption des amendements n°s 83 et 110 supprimant l'article, les amendements n°s 19 et 217 devenant sans objet.

Article 27 (p. 7314)

MM. Bernard Cazeau, Guy Fischer, Mmes Marie-Thérèse Hermange, Nicole Borvo Cohen-Seat, M. André Lardeux.

Suspension et reprise de la séance (p. 7316)

PRÉSIDENTE DE M. CHRISTIAN PONCELET

4. **Questions d'actualité au Gouvernement** (p. 7316).

BUDGÉTISATION DES PROBLÈMES DES BANLIEUES (p. 7316)

M. Bernard Vera, Mme Catherine Vautrin, ministre déléguée à la cohésion sociale et à la parité.

L'APPRENTISSAGE (p. 7317)

MM. Georges Mouly, Gérard Larcher, ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes.

SERVICE CIVIL VOLONTAIRE (p. 7318)

MM. Michel Houel, Dominique de Villepin, Premier ministre.

PROBLÈMES DU LOGEMENT (p. 7320)

Mmes Catherine Tasca, Catherine Vautrin, ministre déléguée à la cohésion sociale et à la parité.

FINANCEMENT DES AGENCES DE L'EAU (p. 7321)

Mme Jacqueline Gourault, M. Brice Hortefeux, ministre délégué aux collectivités territoriales.

SERVICES PUBLICS EN MILIEU RURAL (p. 7322)

MM. Gérard Dériot, Christian Estrosi, ministre délégué à l'aménagement du territoire.

INDEMNISATION PAR L'ÉTAT

DES VICTIMES DES VIOLENCES URBAINES (p. 7323)

MM. André Vantomme, François Loos, ministre délégué à l'industrie.

RÉTABLISSEMENT DE L'AUTORITÉ PARENTALE (p. 7324)

MM. Serge Dassault, Pascal Clément, garde des sceaux, ministre de la justice.

CRÉDITS DES ASSOCIATIONS D'INSERTION (p. 7325)

M. Daniel Raoul, Mme Catherine Vautrin, ministre déléguée à la cohésion sociale et à la parité.

LUTTE CONTRE LES TRAFICS DE DROGUE (p. 7326)

MM. Philippe Darniche, Brice Hortefeux, ministre délégué aux collectivités territoriales.

Suspension et reprise de la séance (p. 7328)

PRÉSIDENCE DE M. PHILIPPE RICHERT

5. **Candidatures à une commission mixte paritaire** (p. 7328).

6. **Rappel au règlement** (p. 7328).

MM. Roland Muzeau, le président.

7. **Candidatures à un organisme extraparlamentaire** (p. 7328).

8. **Financement de la sécurité sociale pour 2006.** – Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 7328).

Article 27 (*suite*) (p. 7329)

Amendements n^{os} 173 de M. Guy Fischer, 141 de M. Bernard Cazeau et 157 de M. Adrien Gouteyron. – MM. Guy Fischer, Bernard Cazeau, Adrien Gouteyron, Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales, pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie ; Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille ; François Autain. – Retrait de l'amendement n^o 157 ; rejet des amendements n^{os} 173 et 141.

Amendement n^o 142 de M. Bernard Cazeau. – Mme Raymonde Le Texier, MM. Alain Vasselle, rapporteur ; le ministre délégué. – Rejet.

Amendement n^o 271 du Gouvernement. – MM. le ministre délégué, Alain Vasselle, rapporteur. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 27 (p. 7332)

Amendement n^o 272 du Gouvernement. – MM. le ministre délégué, Alain Vasselle, rapporteur ; Bernard Cazeau, Guy Fischer. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n^o 218 de M. Guy Fischer. – MM. François Autain, Alain Vasselle, rapporteur ; le ministre délégué, Guy Fischer. – Retrait.

Article 27 *bis*. – Adoption (p. 7334)

Article 28 (p. 7334)

Amendements n^{os} 174 de M. Guy Fischer et 143 de M. Bernard Cazeau. – M. Guy Fischer, Mme Claire-Lise Champion, MM. Alain Vasselle, rapporteur ; le ministre délégué. – Rejet des deux amendements.

Adoption de l'article.

Articles additionnels après l'article 28 (p. 7335)

Amendement n^o 219 de M. Guy Fischer. – MM. François Autain, Alain Vasselle, rapporteur ; le ministre délégué. – Rejet.

Amendement n^o 220 de M. Guy Fischer. – MM. François Autain, Gérard Dériot, vice-président de la commission des affaires sociales ; le ministre délégué. – Rejet.

Article 28 *bis* (p. 7336)

M. Guy Fischer.

Amendements identiques n^{os} 71 de M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, et 175 de M. Guy Fischer ; amendement n^o 97 de M. Dominique Leclerc. – MM. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis de la commission des finances ; Guy Fischer, Dominique Leclerc, Alain Vasselle, rapporteur ; le ministre délégué, François Autain. – Retrait des amendements n^{os} 71 et 97 ; rejet de l'amendement n^o 175.

Adoption de l'article.

Article additionnel avant l'article 29 (p. 7340)

Amendement n^o 176 de M. Guy Fischer. – MM. Guy Fischer, Alain Vasselle, rapporteur ; le ministre délégué, François Autain, Hugues Portelli. – Rejet.

Article 29 (p. 7342)

Amendement n^o 177 de M. Guy Fischer. – MM. Guy Fischer, Alain Vasselle, rapporteur ; le ministre délégué. – Rejet.

Amendement n^o 111 de M. Michel Mercier. – MM. Adrien Giraud, Alain Vasselle, rapporteur ; le ministre délégué. – Retrait.

Amendement n^o 178 de M. Guy Fischer. – MM. Guy Fischer, Alain Vasselle, rapporteur ; le ministre délégué, Bernard Cazeau. – Rejet.

Amendement n^o 144 de M. Bernard Cazeau. – Rejet.

Adoption de l'article.

Article additionnel avant l'article 30 (p. 7344)

Amendement n^o 179 de M. Guy Fischer. – MM. Guy Fischer, Alain Vasselle, rapporteur ; le ministre délégué, François Autain. – Rejet.

Article 30 (p. 7346)

M. Guy Fischer.

Amendements n^{os} 180 de M. Guy Fischer, 72 de M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, 146 de M. Bernard Cazeau, 134 de M. Bernard Seillier, 20 rectifié, 21, 23, 24, 22 rectifié, 25 à 28 de la commission et 145 de M. Bernard

Cazeau. – MM. François Autain, le rapporteur pour avis, Bernard Cazeau, Bernard Seillier, Alain Vasselle, rapporteur ; Mme Gisèle Printz, MM. le ministre délégué, Guy Fischer, Mme Marie-Thérèse Hermange. – Retrait des amendements n^{os} 134, 23, 24 et 27 ; rejet des amendements n^{os} 180 et 145 ; adoption des amendements n^{os} 72, 20 rectifié, 21, 22 rectifié, 25, 26 et 28, l'amendement n^o 146 devenant sans objet.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 30 (p. 7354)

Amendement n^o 73 de M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – MM. le rapporteur pour avis, le rapporteur, le ministre délégué. – Retrait.

9. Nomination de membres d'un organisme extraparlamentaire (p. 7355).

Suspension et reprise de la séance

10. Financement de la sécurité sociale pour 2006. – Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 7355).

Articles additionnels après l'article 30 (*suite*) (p. 7356)

Amendement n^o 153 de M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – MM. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis de la commission des finances ; Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales, pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie ; Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille ; François Autain. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n^o 221 de M. Guy Fischer. – MM. François Autain, Alain Vasselle, rapporteur ; le ministre délégué. – Rejet.

Amendement n^o 74 de M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – MM. le rapporteur pour avis, Alain Vasselle, rapporteur ; le ministre délégué. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Article 31 (p. 7358)

M. Guy Fischer.

Amendements n^{os} 226 rectifié de Mme Christiane Demontès, 283, 284 du Gouvernement, 93 rectifié de Mme Marie-Thérèse Hermange et sous-amendement n^o 285 du Gouvernement. – Mme Gisèle Printz, M. le ministre délégué, Mme Marie-Thérèse Hermange, MM. Alain Vasselle, rapporteur ; Guy Fischer, André Lardeux, Bernard Cazeau. – Rejet de l'amendement n^o 226 rectifié ; adoption des amendements n^{os} 283, 284 et 93 rectifié, le sous-amendement n^o 285 étant devenu sans objet.

Adoption de l'article modifié.

Article 31 *bis*. – Adoption (p. 7363)

Article 32 (p. 7363)

Amendement n^o 273 rectifié du Gouvernement. – MM. le ministre délégué, Alain Vasselle, rapporteur ; le rapporteur pour avis. – Adoption.

Amendements n^{os} 89 rectifié *bis* de M. Gérard Dériot et 227 de Mme Christiane Demontès. – MM. Gérard Dériot, Alain Vasselle, rapporteur ; le ministre délégué. – Adoption de l'amendement n^o 89 rectifié *bis* ; rejet de l'amendement n^o 227.

Amendement n^o 229 de M. Bernard Cazeau. – MM. Bernard Cazeau, Alain Vasselle, rapporteur ; le ministre délégué. – Rejet.

Amendement n^o 82 rectifié *bis* de M. Dominique Leclerc. – MM. Dominique Leclerc, Alain Vasselle, rapporteur ; le ministre délégué. – Adoption.

Amendement n^o 228 de M. Bernard Cazeau. – MM. Bernard Cazeau, Alain Vasselle, rapporteur ; le ministre délégué, Gérard Delfau. – Rejet.

Amendement n^o 288 du Gouvernement. – MM. le ministre délégué, Alain Vasselle, rapporteur ; François Autain, Guy Fischer. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 32 (p. 7368)

Amendement n^o 181 de M. Guy Fischer. – MM. Guy Fischer, Alain Vasselle, rapporteur ; le ministre délégué. – Rejet.

Amendements n^{os} 182 et 183 de M. Guy Fischer. – MM. Guy Fischer, Alain Vasselle, rapporteur ; le ministre délégué. – Retrait des deux amendements.

M. le président.

Amendement n^o 231 de Mme Christiane Demontès. – Mme Gisèle Printz, MM. Alain Vasselle, rapporteur ; le ministre délégué. – Retrait.

Article 32 *bis* (p. 7371)

Amendements n^{os} 29 de la commission et 290 du Gouvernement. – MM. Alain Vasselle, rapporteur ; le ministre délégué. – Retrait de l'amendement n^o 29 ; adoption de l'amendement n^o 290.

Adoption de l'article modifié.

Article 33 (p. 7372)

MM. Guy Fischer, le rapporteur pour avis.

Amendement n^o 30 de la commission. – MM. Alain Vasselle, rapporteur ; le ministre délégué, François Autain. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 34 (p. 7374)

Amendement n^o 274 du Gouvernement. – MM. le ministre délégué, Alain Vasselle, rapporteur ; André Lardeux, Gérard Delfau, Bernard Cazeau. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 35 (p. 7377)

Amendement n^o 184 de M. Guy Fischer. – MM. François Autain, Alain Vasselle, rapporteur ; le ministre délégué. – Rejet.

Adoption de l'article.

Article 36 (p. 7377)

Amendement n° 185 de M. Guy Fischer. – MM. François Autain, Alain Vasselle, rapporteur ; le ministre délégué. – Rejet.

Adoption de l'article.

Article 36 *bis* (p. 7378)

Amendements n°s 137 rectifié de Mme Catherine Procaccia, 154 de Mme Marie-Thérèse Hermange et 256 de M. Nicolas About. – Mmes Catherine Procaccia, Marie-Thérèse Hermange ; MM. Nicolas About, Alain Vasselle, rapporteur ; le ministre délégué. – Retrait de l'amendement n° 154 ; adoption de l'amendement n° 137 rectifié, l'amendement n° 256 devenant sans objet.

Amendement n° 139 de Mme Catherine Procaccia. – Mme Catherine Procaccia, MM. Alain Vasselle, rapporteur ; le ministre délégué. – Retrait.

Amendement n° 33 de la commission. – MM. Alain Vasselle, rapporteur ; le ministre délégué. – Adoption.

Amendements n°s 140 de Mme Catherine Procaccia et 34 de la commission. – Mme Catherine Procaccia, MM. Alain Vasselle, rapporteur ; le ministre délégué. – Retrait de l'amendement n° 140 ; adoption de l'amendement n° 34.

Amendement n° 36 rectifié de la commission. – MM. Alain Vasselle, rapporteur ; le ministre délégué. – Adoption.

Amendement n° 35 de la commission. – MM. Alain Vasselle, rapporteur ; le ministre délégué. – Adoption.

Amendement n° 112 rectifié de M. Michel Mercier. – MM. Adrien Giraud, Alain Vasselle, rapporteur. – Retrait.

Amendement n° 138 rectifié de Mme Catherine Procaccia. – Mme Catherine Procaccia, MM. Alain Vasselle, rapporteur ; le ministre délégué, le président de la commission, François Autain. – Adoption

Adoption de l'article modifié.

Article additionnel avant l'article 37 (p. 7385)

Amendements n°s 37 rectifié de la commission et 289 du Gouvernement. – MM. Alain Vasselle, le rapporteur ; le ministre délégué, Guy Fischer, le président de la commission, François Autain. – Adoption de l'amendement n° 37 rectifié insérant un article additionnel, l'amendement n° 289 devenant sans objet.

Renvoi de la suite de la discussion.

11. Texte soumis au Sénat en application de l'article 88-4 de la Constitution (p. 7386).

12. Ordre du jour (p. 7386).

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTENCE DE Mme MICHÈLE ANDRÉ

vice-présidente

Mme la présidente. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à neuf heures trente-cinq.)

1

PROCÈS-VERBAL

Mme la présidente. Le compte rendu analytique de la précédente séance a été distribué.

Il n'y a pas d'observation ?...

Le procès-verbal est adopté sous les réserves d'usage.

2

COMMUNICATION D'UN AVIS D'UNE ASSEMBLÉE TERRITORIALE

Mme la présidente. M. le Président du Sénat a reçu de l'assemblée de la Polynésie française un avis du 3 novembre 2005 sur le projet de loi relatif à la lutte contre le terrorisme.

Acte est donné de cet avis.

Il sera transmis à la commission des lois.

3

FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2006

Suite de la discussion d'un projet de loi

Mme la présidente. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, adopté par l'Assemblée nationale (nos 63, 73, 71).

QUATRIÈME PARTIE

Débat sur l'assurance maladie *(suite)*

Mme la présidente. Dans la suite du débat sur l'assurance maladie, la parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis de la commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la nation. Madame la présidente, monsieur le ministre, mes chers collègues, dans ce débat un peu haché, ne voulant pas répéter ce qu'a excellemment dit hier notre collègue Alain Vasselle, je présenterai les conclusions de mon contrôle sur l'informatisation du système de santé, laquelle constitue un enjeu clé pour l'avenir de l'assurance maladie.

Dans un premier temps, j'insisterai sur le caractère disparate de l'informatisation du secteur de la santé en France. Alain Vasselle l'a évoqué hier, lorsqu'il a abordé la situation des hôpitaux.

Certes, les professionnels libéraux sont majoritairement informatisés – 80 % à 85 % –, mais seulement 40 % à 60 % d'entre eux ont recours à un dossier informatisé. Ils sont peu à disposer d'un dossier patient réellement ouvert, communiquant et utilisant une application moderne. De plus, leur utilisation de l'équipement informatique est principalement orientée vers la transmission des feuilles de soins électroniques.

En outre, j'attire votre attention sur un enjeu essentiel pour l'avenir : le déploiement du haut débit. En effet, seuls 20 % des médecins généralistes y ont accès aujourd'hui. Ce propos, qui peut sembler hors sujet, est au contraire au centre de notre débat, car l'accès au haut débit, qui est encore relativement limité en France, peut gêner l'informatisation dans ce domaine.

Dans ce panorama, le point noir résulte incontestablement du retard des hôpitaux publics en matière d'informatisation. Si les hôpitaux, publics comme privés, couvrent globalement le domaine de l'informatique de gestion, leurs applications sont vieillissantes et peu intégrées. En revanche, le dossier patient et les processus de soins sont insuffisamment informatisés, notamment dans les établissements publics. Ainsi, seuls 20 % à 25 % des établissements publics disposent d'un dossier patient électronique.

De manière générale, les investissements informatiques des hôpitaux publics étaient estimés à 206 millions d'euros pour 2004, ce qui représente près de 5 % du total de leurs investissements.

Toutefois, cette donnée générale recouvre des situations différentes suivant les établissements considérés. Les centres régionaux de lutte contre le cancer consacrent ainsi en moyenne 2 % de leur budget d'exploitation à l'informatique ; les centres hospitaliers et universitaires, les CHU, 1,5 % ; les centres hospitaliers ou participant au service public hospitalier, entre 1 % et 1,5 %, tandis que la proportion du budget des cliniques privées consacrée à l'informatique est de l'ordre de 0,5 % à 1 %.

Je souhaite souligner quelques réussites notoires, monsieur le ministre, comme l'hôpital européen Georges-Pompidou, dans lequel je me suis rendu, le CHU d'Amiens, l'Institut Gustave-Roussy ou encore le centre hospitalier d'Arras.

Si l'on effectue des comparaisons internationales, on remarque que la France se situe dans la moyenne des pays européens. Du point de vue du dossier patient, elle est en retard par rapport à ses voisins d'Europe du Nord, mais légèrement en avance par rapport à ceux d'Europe du Sud.

En revanche, les Etats-Unis sont, là encore, très en avance sur ce sujet : la moyenne des budgets des hôpitaux universitaires consacrée au système d'information varie entre 2,5 % et 5 %.

Ce contrôle m'a permis de mettre en évidence les principales faiblesses des systèmes d'information du secteur de la santé en France, qui sont au nombre de cinq.

Premièrement, l'insuffisance du pilotage global, les responsabilités étant éclatées entre une administration centrale sous-dotée en effectifs, des missions spécialisées et des structures annexes.

Deuxièmement, le retard des établissements publics de santé, notamment lié à l'absence, jusqu'à présent, de prise en compte du caractère stratégique des systèmes d'information et de leur nécessaire médicalisation.

Troisièmement, le cloisonnement des systèmes d'information, caractérisé par l'absence d'interopérabilité de ces systèmes, d'une part, au sein d'un même hôpital, d'autre part, entre les hôpitaux et, enfin, entre la médecine de ville et les établissements de santé.

Quatrièmement, la faible normalisation internationale des systèmes informatiques.

Cinquièmement, l'inadaptation de la formation des professionnels de santé aux enjeux de l'informatisation.

Cependant, plusieurs réformes structurantes pour les systèmes d'information ont été engagées récemment, ce dont il faut se féliciter.

Je voudrais ici relever deux points.

En premier lieu, le plan d'aide à l'investissement hospitalier « Hôpital 2007 » comprend 275 millions d'euros sur cinq ans pour les systèmes d'information, soit 3 % seulement du total des crédits du plan. Ces aides sont concentrées sur quelques projets, notamment ceux de l'assistance publique-hôpitaux de Paris, l'AP-HP, et la consommation des crédits paraît encore largement insuffisante.

En second lieu, la mise en œuvre de la tarification à l'activité, la TAA, contribue également à bouleverser le contexte informatique des établissements de santé, de même que la généralisation du dossier médical personnel, le DMP. Je m'attarderai maintenant sur ce dernier point.

Monsieur le ministre, la tarification à l'activité qui a été retardée dans les hôpitaux publics jusqu'en 2012 – certains demandent même une pause – me semble inquiétante. Elle me paraît indispensable pour améliorer la maîtrise des dépenses de santé, en particulier les dépenses hospitalières, qui représentent, comme Alain Vasselle l'a précisé hier, près de 55 % des dépenses de santé.

En effet, la mise en place du DMP révèle les carences des systèmes d'information et de leur pilotage.

L'organisation pour aboutir à une généralisation du DMP à la mi-2007 – c'est, je crois, ce que souhaitait M. le ministre de la santé et des solidarités – a tardé à se mettre en place. Ainsi, la constitution d'une structure *ad hoc* – le groupement d'intérêt public de préfiguration du dossier médical personnel, le GIP de préfiguration du DMP – n'est

intervenue que huit mois après le vote de la loi et n'a pas été accompagnée d'une réflexion sur le rôle des nombreuses structures existantes.

Le GIP de préfiguration du DMP a élaboré un calendrier en quatre phases devant conduire à une généralisation du déploiement du DMP à partir du 1^{er} janvier 2007 pour tous les patients de plus de seize ans.

J'observe toutefois que plusieurs questions stratégiques restent sans réponse. Peut-être profiterez-vous de ce débat, monsieur le ministre, pour apporter les précisions nécessaires.

Premièrement – je pose cette question lancinante depuis plusieurs mois –, la définition du contenu concret du DMP soulève de réelles difficultés.

Deuxièmement, quelle est l'articulation entre le DMP et le projet de « web médecins » développé par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la CNAMTS, qui devrait permettre aux médecins de consulter l'historique des remboursements des soins et prestations versés à chaque patient ?

Troisièmement, la maîtrise du patient sur son dossier soulève la question de la fiabilité des données stockées. Les médecins n'utiliseront le DMP que si celui-ci retrace réellement les affections du patient.

Quatrièmement, le cadre géographique de mise en œuvre du DMP n'est pas encore défini.

Cinquièmement, enfin, les différents acteurs doivent être convaincus de la pertinence du projet, ce qui constitue un enjeu majeur. Même M. Dominique Coudreau, le président du conseil d'administration du groupement d'intérêt public de préfiguration du dossier médical personnel, que j'ai reçu, nous a avoué ne pas en être convaincu !

Pour toutes ces raisons, la généralisation d'un dossier médical personnel substantiel, d'ici au mois de juillet 2007, paraît irréaliste, monsieur le ministre. Cela n'est pas seulement ma position personnelle, c'est aussi celle de la plupart de mes interlocuteurs, notamment le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins de votre ministère. Celui-ci estime que « la généralisation d'un dossier structuré assez complet demandera vraisemblablement une dizaine d'années. On peut cependant viser pour l'horizon 2007 un déploiement significatif d'un DMP simple, voire « rustique », pour plusieurs millions de patients. »

Il convient donc d'en tenir compte dans la conception du projet.

S'agissant du coût et des retombées de ce projet, j'observe que le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale ne permet pas réellement d'identifier les sommes consacrées au développement du DMP, les besoins étant estimés à 100 millions d'euros. C'est pourquoi je vous proposerai un amendement en conséquence.

En outre, des doutes demeurent sur le coût de fonctionnement de ce dossier en régime de croisière. En effet, il serait compris entre 10 euros et 20 euros par dossier actif et par an – ce n'est pas contestable –, soit entre 600 millions d'euros et 1,2 milliard d'euros au total. Les dépenses induites pour les hôpitaux sont évaluées à 100 millions d'euros en investissements et à 300 millions d'euros en exploitation, même si ce coût variera en fonction des établissements.

Le coût pour la médecine de ville reste difficile à évaluer. J'estime qu'il sera nécessaire de prévoir une aide en direction des médecins pour assurer le développement de ce projet.

Enfin, je constate que les économies potentielles demeurent floues et il ne m'a pas été possible d'établir un bilan coûts-économies.

J'en viens maintenant à mon analyse de l'expérience britannique d'informatisation du système de santé. Mon séjour à Londres m'a, en effet, permis de me rendre compte des erreurs du projet français.

Le projet anglais a été conçu dès 1998, pour aboutir en 2010. Je souhaite souligner l'importance du contexte politique anglais, marqué par la nécessité d'améliorer la qualité des soins, ce qui, jusqu'alors, n'était pas évident. En effet, les maladies nosocomiales sont nombreuses et on constate 10 % d'erreurs médicales.

Le projet britannique repose donc, premièrement, sur un doublement des dépenses informatiques ; deuxièmement, sur la définition, au niveau central, de standards nationaux pour la diffusion des données informatiques et l'équipement en matériel informatique ; troisièmement, sur la définition d'un programme national d'informatisation destiné à mieux maîtriser le développement généralisé des nouvelles technologies dans le secteur de la santé.

Il s'agit donc d'un programme global, qui inclut, outre le dossier médical personnel, des systèmes électroniques de prise de rendez-vous et de stockage numérique des images.

Le projet a été ciblé sur la seule Angleterre et cinq régions ont été définies au préalable, afin de limiter le risque de défaillance d'un système ou d'un industriel. En outre, le fichier central de données ne comprend qu'un résumé des informations médicales consignées par les médecins généralistes, que l'on appelle couramment les « GPs ».

J'ai été frappé de voir que ce projet s'appuie sur une véritable volonté politique se déclinant au niveau administratif. En effet, une véritable *task force* administrative a été mise en place au sein du NHS (*National Health Service*) – le ministère de la santé britannique, puis une agence *ad hoc* a été créée.

La mise en œuvre du programme britannique suit un cap clair et s'échelonne jusqu'en 2010. Toutefois, un retard d'environ dix-huit mois est d'ores et déjà envisagé.

Les personnes que j'ai rencontrées au Royaume-Uni ont souligné l'importance, d'une part, du travail de réflexion préparatoire pour aboutir à un cahier des charges valide sur le long terme, d'autre part, des campagnes de communication pour obtenir l'adhésion des patients comme des professionnels de santé.

Enfin, monsieur le ministre, je souhaite insister sur le fait que le projet britannique bénéficie de moyens importants, puisqu'un investissement de 6,2 milliards de livres sterling, soit 9,3 milliards d'euros, est prévu d'ici à 2010 pour les seules « dépenses centrales », tandis que les « dépenses locales » sont évaluées à un milliard de livres sterling par an pour l'ensemble du NHS. Je souhaite également souligner un élément très intéressant du projet britannique : les industriels ont été mis « sous pression », le NHS ayant obtenu une baisse de 60 % du prix de leur demande initiale et imposé le principe du *payment on reward*, c'est-à-dire on ne paie pas pour voir, mais on paie quand le travail est fait, ce qui n'est pas tout à fait ce que nous avons choisi.

Pour conclure, je pense qu'il est temps que le Gouvernement prenne la mesure des enjeux, clarifie ses orientations ainsi que le calendrier de mise en œuvre du

DMP – si tant est que l'on veuille un véritable DMP – et s'inspire sur ce point, ce qui n'est pas forcément ce que je souhaiterais pour d'autres choses, du modèle britannique.

Il faut surtout garder à l'esprit que l'informatisation du système de santé permettra, d'abord, d'améliorer la qualité du système de santé, ce qui se traduira, ensuite, j'en suis persuadé, par des économies, ce que nous souhaitons tous.

Je vous proposerai, au cours de la discussion des articles, divers amendements qui permettront de décliner mes principales propositions.

Mme la présidente. J'indique au Sénat que, compte tenu de l'organisation du débat décidée par la conférence des présidents, les temps de parole dont disposent les groupes pour cette discussion sont les suivants :

Groupe Union pour un mouvement populaire, 47 minutes ;

Groupe socialiste, 32 minutes ;

Groupe Union centriste-UDF, 14 minutes ;

Groupe communiste républicain et citoyen, 11 minutes ;

Groupe du Rassemblement démocratique et social européen, 9 minutes ;

Réunion administrative des sénateurs ne figurant sur la liste d'aucun groupe, 7 minutes.

Dans la suite du débat, la parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. Madame la présidente, monsieur le ministre, mes chers collègues, les craintes que nous avons énoncées l'an dernier se confirment malheureusement. Votre réforme de l'assurance accroît les inégalités et concourt inéluctablement et durablement au démantèlement du système de santé de notre pays.

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales. C'est faux !

M. Guy Fischer. Vous prévoyez de réduire les dépenses de 25 %...

M. Alain Vasselle, rapporteur. Oui !

M. Guy Fischer. ... et, pour cela, vous poursuivez la hausse des prélèvements et la réduction des remboursements, ce qui ne vous empêche pas de négocier avec les pharmaciens. Vous venez de leur céder et nous avons fait les comptes : il manquera 500 millions d'euros à la fin de l'année 2006, uniquement sur cette ligne-là.

La mesure phare est la franchise de 18 euros pour les actes lourds.

Vous procédez méthodiquement. Après avoir prélevé le maximum sur les assurés sociaux, ce qui a été fait en 2005 et ce qui se poursuivra en 2006, vous vous apprêtez à réduire de manière drastique les moyens de l'hôpital public, ou du moins ce que vous en avez laissé.

Pour parvenir à vos fins, vous faites un usage accru de la culpabilisation et de la menace, avec le renfort d'un formidable battage idéologique et médiatique mensonger et culpabilisant que je ne peux m'empêcher de mettre en parallèle avec la chasse, elle aussi sans précédent, aux chômeurs bénéficiaires de minima sociaux organisée par le Gouvernement de M. de Villepin.

M. Alain Vasselle, rapporteur. Caricature !

M. Guy Fischer. Combattre la fraude est votre *leitmotiv*, même si celle-ci n'est le fait avéré que d'une minorité.

M. François Autain. C'est marginal !

M. Guy Fischer. L'obligation de choisir un médecin traitant, la question du parcours de soins, les questions récurrentes autour du sort réservé à la carte Vitale et la mise en place du dossier médical personnalisé : toutes ces actions ou projets marquent la volonté d'un gouvernement qui prétend faire la chasse aux hypothétiques assurés fraudeurs, assurés gaspilleurs, médecins trop prescripteurs.

À Lyon se développe, comme partout en France, le contrôle des arrêts maladie par des entreprises privées.

M. Alain Vasselle, rapporteur. Et alors ?

M. Guy Fischer. Il y a une stigmatisation. Nous ne nions pas qu'il y ait des problèmes...

M. Alain Vasselle, rapporteur. Ah bon ?

M. Guy Fischer. ... mais de là à vouloir stigmatiser l'ensemble des assurés sociaux !

Bien sûr, toutes les officines patronales et privées placées sur ce créneau lancent l'offensive contre les salariés fraudeurs en estimant que 50 % des arrêts qu'elles contrôlent sont injustifiés.

Quant à la politique du médicament, elle est en pleine incohérence. Vous remboursez 156 médicaments, parmi les plus utilisés pour les troubles quotidiens,...

M. Alain Vasselle, rapporteur. Il faut laisser filer les déficits ?

M. Guy Fischer. ... alors qu'ils continuent à être prescrits.

Or, je le répète, cette année encore, si un médicament est à SMR – service médical rendu – insuffisant, il est inutile et il convient de le retirer tout simplement du marché plutôt que de créer une nouvelle classe de médicaments remboursables à 15 %, dont les mutuelles refusent la prise en charge complémentaire.

Je reviendrai non pas sur le problème des pharmaciens, mais sur le développement du médicament générique. Si l'idée était bonne à l'origine de faire tomber plus vite le médicament dans le domaine public pour baisser son prix de 20 % à 30 % par rapport au princeps, il est tellement aisé de contourner cette règle que vous ne maîtrisez plus rien.

Il suffit qu'un laboratoire modifie à la marge la molécule princeps pour faire durer son brevet.

M. François Autain. Eh oui !

M. Guy Fischer. Il faut par ailleurs noter que de nombreux génériques sont fabriqués maintenant en Chine, en Inde, en Thaïlande et au Brésil, sans véritable garantie de la qualité des composants, au détriment de ceux de nos laboratoires français qui les fabriquent eux-mêmes.

M. Gérard Dériot, rapporteur de la commission des affaires sociales. C'était obligé !

M. Guy Fischer. Il nous semble donc urgent de modifier la législation relative aux médicaments et de lancer une politique contractuelle avec les laboratoires.

Je ne possède pas de solution miracle, mais je pense qu'il doit y avoir un moyen de favoriser une baisse des prix des médicaments, d'inciter les laboratoires à s'orienter vers la recherche, vers l'innovation, dans des domaines tels que la démence, le cancer, l'arthrite articulaire, où les besoins sont criants.

Pour cela, je compte sur mon ami François Autain et je ne doute pas de son action.

M. Gérard Dériot, rapporteur. Quelle confiance !

M. Guy Fischer. Nous ne pouvons en effet plus accepter que, sur les quelque 500 médicaments qui sortent sur le marché chaque année, moins de 5 % correspondent à de véritables innovations.

Je voudrais m'attarder sur l'hôpital, l'hôpital sinistré.

Économies, rationnement de soins...

M. Gérard Dériot, rapporteur. À cause des 35 heures !

M. Guy Fischer. ... régulation comptable, la réforme lancée par le plan Hôpital 2007 se poursuit par une montée en charge à la fois des assurances complémentaires privées et l'offensive des établissements privés « commerciaux », j'emploie ce mot volontairement.

M. Alain Vasselle, rapporteur. C'est de la provocation !

M. Guy Fischer. Non, monsieur le rapporteur, ce n'est pas de la provocation, c'est la réalité.

M. Gérard Dériot, rapporteur. C'est la dialectique habituelle !

M. Alain Vasselle, rapporteur. C'est toujours la caricature, ce sont toujours les excès de langage de M. Fischer.

M. Guy Fischer. Nous reviendrons tout à l'heure sur certains éléments.

L'hôpital prévient de son asphyxie depuis des mois, je dirai même des années, sans susciter la moindre réaction du Gouvernement. C'est une crise historique.

Avant l'été, la Fédération hospitalière de France avait alerté la Haute Autorité de santé sur l'insuffisance de l'ONDAM – objectif national de dépenses d'assurance maladie – hospitalier.

Aujourd'hui, le déficit cumulé de l'hôpital public devrait dépasser 1,2 milliard d'euros et l'on estime à 500 millions d'euros le report des charges de 2004 sur 2005, un milliard d'euros fin 2006.

Une procédure budgétaire chaotique et le sous-financement chronique des hôpitaux se conjuguent toujours plus durement aux difficultés engendrées par la mise en œuvre de la TAA.

Dans le même temps, la CNAMTS – dont je suis assidûment les travaux à l'invitation de M. Frédéric Van Rœckeghem – pointe, dans son rapport au Parlement, une « forte dérive » des dépenses hospitalières et préconise l'extension de la maîtrise médicalisée des dépenses à l'hôpital.

Bien sûr, il va avoir le renfort de M. Vasselle.

M. Alain Vasselle, rapporteur. Bien sûr !

M. Guy Fischer. C'est proprement inacceptable, lorsque l'on sait que la montée en charge de la tarification à l'activité va accentuer la crise profonde que vit l'hôpital public, que les fermetures de services comme les blocs opératoires préfigurent sans doute de nouvelles fermetures d'établissements.

À travers cette crise de l'hôpital, c'est le principe même de l'universalité du service public qui se trouve mis à mal.

M. Alain Vasselle, rapporteur. Mais non !

M. Guy Fischer. Dans mon seul département, les exemples foisonnent, je les ai recueillis : écoutez, monsieur le ministre.

M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Je vous écoute.

M. Guy Fischer. Les hôpitaux sont tous dans le rouge.

Les Hospices civils de Lyon, deuxième centre hospitalo-universitaire de France, ne font pas exception. Ils avaient dû supprimer 312 postes en 2004 pour équilibrer leur budget ; leur déficit se situe aujourd'hui entre 25 millions et 27 millions d'euros. Un nouveau projet d'établissement définit les orientations pour 2005-2010. L'objectif est clair : faire tourner les malades pour remplir les caisses, pour résister au privé qui passe à l'offensive dans les secteurs traditionnellement réservés au public. Et, à Lyon, croyez-moi, le privé met tout en œuvre.

M. Gérard Dériot, rapporteur. Il ne s'en prive pas !

M. Guy Fischer. Le privé participant au service public hospitalier, le PSPH, est aussi dans la tourmente. Le centre hospitalier Saint-Joseph-Saint-Luc, qui appartient à l'évêché, considéré comme l'un des établissements les plus chers de France en raison d'un ratio personnel-lits élevé, s'était trouvé fin 2003 au bord du dépôt de bilan et avait fini l'année 2004 avec un déficit de 1,4 million d'euros. Cette année, l'impasse budgétaire devrait s'élever à 4,5 millions d'euros malgré une augmentation de l'activité de 13 %. On s'attend à un nouveau plan social qui pourrait concerner une cinquantaine de personnes.

Partout, les déficits se creusent avec manque de moyens et de personnel, fermeture de lits et de services. À Sainte-Foy-lès-Lyon, en gériatrie, il y a trois aides-soignantes, seules, pour 107 patients la nuit !

Et nous pourrions parler de la psychiatrie, pour laquelle le manque de lits est catastrophique.

Alors que la demande de prise en charge psychiatrique, quelle qu'elle soit, augmente tous les ans de 5 %, ce secteur est asphyxié par les fermetures de lits. À l'hôpital du Vinatier à Lyon, le projet d'établissement prévoit la fermeture de cent lits en 2006, dont vingt-cinq en gérontopsychiatrie, alors que le Gouvernement prétend prendre des mesures en faveur des personnes âgées.

Par ailleurs, la ligne directrice des schémas régionaux d'organisation sanitaire et sociale, les SROSS, de troisième génération, qui est l'accélération des regroupements d'établissements, la création de pôles, est aussi un moyen de tirer vers le bas les droits des salariés.

Bien sûr, j'ai entendu votre interpellation sur les 35 heures, je ne suis pas sourd !

M. Alain Vasselle, rapporteur. Cela vous chatouille l'oreille !

M. Guy Fischer. En regroupant, on prend la convention collective la moins favorable.

C'est très grave lorsque l'on sait que c'est déjà l'hôpital public qui concentre le plus grand nombre d'emplois précaires.

Pendant ce temps-là, le secteur privé poursuit son expansion. J'avais été le seul à dénoncer, dès 2002, l'ascension de Générale de santé avec l'argent des assurés sociaux et des mutualistes, puisqu'elle est maintenant cotée sur le marché. L'introduction en bourse de ses établissements à cette

époque marquait un tournant sans précédent dans notre système de santé. En effet, plus de 85 % du chiffre d'affaires du groupe est assuré par la sécurité sociale !

Il est donc hautement immoral, mais logique selon vos critères, de voir l'argent public conforter la spéculation boursière et participer à la création d'un système de soins à deux vitesses.

M. Alain Vasselle, rapporteur. C'est un véritable amalgame !

M. Guy Fischer. À Lyon, ils ont fait encore plus fort : ils ont construit un établissement qui regroupait trois cliniques, puis ils se sont aperçus qu'il y avait des malfaçons. Ils ont tout rasé et ils reconstruisent. Je voudrais bien savoir quel est le coût pris en charge par la sécurité sociale dans ce gâchis sans précédent.

M. François Autain. C'est le plan Hôpital 2007.

M. Guy Fischer. Pour toutes ces raisons, le syndicat national des cadres hospitaliers, qui représente les directeurs d'hôpitaux dans leur majorité, propose six solutions de rééquilibrage de bon sens visant à revenir sur la TAA, qui menace les missions de service public de l'hôpital.

Il s'agit notamment du passage à plein tarif des activités alternatives, notamment des consultations externes et de l'hospitalisation de jour des hôpitaux ; de l'établissement d'une liste des activités par nature hors champ d'une tarification à l'activité ; de la déconnexion totale du financement des urgences hospitalières publiques de l'activité ; la suspension immédiate de la convergence tarifaire public, sur laquelle je constate que vous avez dû reculer,...

M. François Autain. C'est un aveu d'échec !

M. Guy Fischer. ... du report de la fusion des enveloppes publiques et privées de financement tant que les objectifs quantitatifs d'activité pour le secteur public et le secteur commercial ne seront pas fixés, en lien avec les SROSS de troisième génération.

Pour permettre à l'hôpital public de fonctionner *a minima*, il faudrait une progression de l'ONDAM de 4,32 %, comme le préconise la Fédération hospitalière de France, la FHF, alors que vous vous en tenez à une évolution irréaliste de 3,44 % !

Il faudrait également y ajouter les quelque 2,5 % nécessaires pour effacer les reports de charges, mettre un terme aux restructurations et aux fermetures, suspendre l'application de la tarification à l'activité.

Il conviendrait aussi, et nous vous y invitons chaque année, de supprimer la taxe sur les salaires versés par les hôpitaux et de baisser la TVA sur les travaux de restauration et d'entretien.

M. Gérard Dériot, rapporteur. Et qui va payer ?

M. Alain Vasselle, rapporteur. Quelle sera la compensation ?

M. Guy Fischer. D'une manière plus générale, il faudrait mettre en œuvre des recettes pérennes qui épargneraient pour une fois les salariés et les retraités modestes.

Mais, pour la droite ultra-libérale au pouvoir comme pour le MEDEF,...

M. Gérard Dériot, rapporteur. Voilà, vous l'avez dit !

M. Guy Fischer. ... il faut bien que je le dise (*Sourires*), il en va de la santé et de la protection sociale comme du reste : il faut les soumettre aux lois du marché, donc les livrer aux assurances privées. C'est inscrit dans le marbre. Ceux qui pourront payer seront soignés, tant pis pour les autres !

M. François Autain. Eh oui !

M. Guy Fischer. N'oubliez pas cependant que cette inacceptable conception est rejetée par l'immense majorité de nos concitoyens. Les résultats de la consultation sur le projet de traité établissant une Constitution pour l'Europe en sont la preuve.

Un nombre grandissant d'hommes et de femmes aspirent à une réforme en profondeur de notre système de santé et de protection sociale, à un système de santé « démarchandisé », renouant avec les principes fondamentaux de la création de la sécurité sociale, d'universalité, de solidarité. Ils sauront vous le rappeler. (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC et du groupe socialiste.*)

M. Alain Vasselle, rapporteur. Nous ne faisons rien d'autre, monsieur Fischer !

Mme la présidente. La parole est à Mme Muguette Dini.

Mme Muguette Dini. Madame la présidente, monsieur le ministre, mes chers collègues, la lecture du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, en particulier son volet consacré à l'assurance maladie, ne fournit, à nos yeux, que bien peu d'occasions de se réjouir.

On a pu lire, ça et là, que « la réforme de 2004 a permis d'enrayer la spirale des déficits antérieurs ». Ce n'est pas ce que semblent révéler les chiffres.

Nous les avons rappelés lors de la discussion générale, la branche maladie devrait enregistrer 9,4 milliards d'euros de déficit en 2005.

M. Alain Vasselle, rapporteur. Il s'agit de 8,4 milliards d'euros ! On dira à M. Mercier de mieux s'informer.

Mme Muguette Dini. Certes, c'est moins que l'année passée, mais, avec le deuxième plus gros déficit de l'histoire de l'assurance maladie, il nous paraît difficile de partager votre optimisme.

Autre point supposé positif, en 2005, l'ONDAM devrait être respecté pour la première fois depuis 1997. Malheureusement, là encore, il semblerait plus prudent de ne pas se réjouir trop hâtivement.

La Cour des comptes a souligné, dans son rapport, l'importance des « défauts d'imputation » qui faussent l'ONDAM, dont le montant total s'élèverait à près de 14,5 milliards d'euros en 2004.

Sans vouloir remettre en cause la sincérité de votre projet de loi de financement, nous nous interrogeons. Seuls deux points dans le PLFSS pour 2006 nous semblent authentiquement positifs.

M. Gérard Dériot, rapporteur. Il y en a tout de même deux !

Mme Muguette Dini. D'abord, la revalorisation de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé est une mesure d'équité à laquelle nous sommes particulièrement sensibles. Elle permet de lutter contre les effets de seuils, induits par le dispositif de la couverture maladie universelle complémentaire.

Ensuite, dans la continuité de ce que nous étions parvenus à faire adopter lors de l'examen de la réforme de l'assurance maladie, le présent projet de loi permet de mieux lutter contre les disparités territoriales en matière d'offre de soins.

Toutefois, en matière de démographie médicale, il est possible et nécessaire d'aller plus loin. Nous souhaitons que les mesures portées par le PLFSS puissent concerner les jeunes médecins généralistes fraîchement installés, mais aussi les généralistes nouvellement réinstallés, soit après avoir interrompu leur activité, soit après avoir choisi de changer d'aire géographique d'exercice.

En revanche, d'autres aspects de ce projet de loi suscitent notre inquiétude. Comme je l'ai déjà indiqué, d'importantes dérogations au parcours de soins demeurent. Si le médecin traitant est le pilier de la grande réforme du 13 août 2004, alors donnons-lui les moyens d'atteindre ses objectifs.

La réforme Douste-Blazy, celle qui devait être « la der des der », laissait de côté toute la politique hospitalière, pourtant responsable de 55 % des dépenses.

En matière hospitalière, le passage à la tarification à l'activité, pose de sérieux problèmes, en particulier pour les hôpitaux et pour les établissements privés à but non lucratif, M. Jégou vient de le rappeler.

Sur le plan des principes, nous ne sommes pas opposés à ce changement de mode de financement.

Notre collègue Valérie Létard le faisait d'ailleurs remarquer il y a deux ans : « À partir du moment où l'on encourage les coopérations et les complémentarités entre établissements publics et privé, il est en effet logique d'aboutir, pour des actes techniques bien répertoriés, à un mode de financement unique, quel que soit l'établissement.

« Chacun s'accorde également à reconnaître les limites de la dotation globale pour les hôpitaux publics : ce système a figé les situations et ne prend pas suffisamment en compte l'activité médicale et le service rendu. »

La TAA appelle à la transparence des coûts, ce qui va faciliter les coopérations public-privé, vers lesquelles s'orientent tous les bassins de vie. Elle doit permettre également de mettre en adéquation les moyens accordés avec le niveau d'activité des établissements.

Cependant, l'hospitalisation privée y était, du fait de son fonctionnement, plus préparée et y a basculé plus tôt.

Les choses sont plus compliquées pour les hôpitaux et les établissements privés à but non lucratif.

Déjà, l'année dernière, nous relayions l'inquiétude légitime de ces établissements. Aujourd'hui encore, nous avons, hélas ! le sentiment qu'ils sont insuffisamment aidés pour assurer la transition dans de bonnes conditions.

Les hôpitaux publics se heurtent à une situation financière difficilement tenable à court terme. Outre le sous-financement chronique auxquels ils doivent faire face, le passage à la TAA paraît faussé pour ces établissements.

La convergence des tarifs entre le secteur privé à but lucratif et les autres établissements est, selon la Fédération hospitalière de France, impossible à réaliser, compte tenu des missions particulières qui sont dévolues au public.

Le privé à but lucratif et le public semblent ne pas faire face aux mêmes contraintes, public auquel il faut associer le privé à but non lucratif.

En effet, la situation de ces établissements est comparable, car ils remplissent, le plus souvent, des missions voisines de celles des hôpitaux publics, en particulier la mission d'accueil de tous les patients, quels que soient leur pathologie, leur niveau socioculturel ou leurs moyens financiers. Leur situation financière actuelle n'est guère meilleure que celle des hôpitaux publics.

L'année dernière, à l'image de ce qui avait été promis aux hôpitaux publics, nous avons demandé que ces établissements soient assurés qu'un effort serait fait pour les aider à combler leur déficit structurel, avant leur entrée dans le dispositif de la TAA.

Ils sont également inquiets de la mise en place du tarif unique par pathologie, au regard du niveau de charges sociales auxquels ils sont confrontés, et qui est sensiblement supérieur à celui qui est supporté par les hôpitaux publics, le tout dans un contexte de disparition des allègements de charges lié à la réduction du temps de travail.

Depuis lors, nous ne sommes pas sûrs que la situation de ces établissements ait significativement évolué. Dans ce contexte, nous saluons les assouplissements portés par le présent PLFSS, tels que l'abandon de l'objectif de convergence des tarifs à 50 % en 2008,...

M. Alain Vasselle, rapporteur. Nous ne l'abandonnons pas !

Mme Muguette Dini. ... et la mise en œuvre de travaux d'évaluation du processus de convergence.

Mais la question centrale reste entière : où en est-on dans l'identification et la justification des divergences tarifaires actuelles ? Sait-on selon quelles modalités particulières le public et le privé non lucratif pourront sans heurts passer à la TAA ?

Enfin, vous me permettez, monsieur le ministre, de profiter de ce débat consacré aux dépenses de l'assurance maladie pour dire un mot de la branche voisine, la branche accidents du travail et maladies professionnelles, dits AT-MT.

L'examen du PLFSS pour 2006 est l'occasion de mettre en place quelques-unes des réformes préconisées par la mission commune d'information du Sénat sur le drame de l'amiante.

Nous défendrons en particulier trois amendements sur ce sujet.

Le premier vise à officialiser une voie d'accès au Fonds de cessation anticipé d'activité des travailleurs de l'amiante, le FCAATA, sur une base individuelle, pour les salariés exposés à l'amiante dont l'entreprise ne figure pas sur une liste.

Le deuxième tend à permettre au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, le FIVA, d'accorder aux victimes le bénéfice qui s'attache à la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur, afin que ces dernières ne soient plus incitées à emprunter la voie judiciaire.

Le troisième a pour objet de déterminer clairement les parts respectives de l'Etat et de la sécurité sociale dans le financement du FCAATA et du FIVA.

Mais, par-delà ces amendements, une réforme plus globale de la branche AT-MP, en partie inspirée des conclusions de ce rapport, pourrait être mise en œuvre assez rapidement.

La réforme que nous appelons de nos vœux tendrait à renforcer l'individualisation de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles et à revoir le statut de la médecine du travail.

En conclusion, le constat global dubitatif que nous faisons à l'occasion de l'examen du PLFSS pour 2006 n'est que la conséquence de l'absence d'ambition de la réforme de 2004, que nous déplorions déjà à l'époque. (*Applaudissements sur les travées de l'UC-UDF*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Raymonde Le Texier.

Mme Raymonde Le Texier. « Notre système de protection sociale n'est plus financé. Nous risquons de laisser aux générations qui suivent un lourd passif à épurer. »

Madame la présidente, monsieur le ministre, mes chers collègues, voilà ce qu'écrit la Cour des comptes dans son rapport sur le financement de la sécurité sociale. Le verdict est aussi limpide qu'inquiétant, surtout lorsqu'on fait un parallèle avec la phrase d'introduction de ce même rapport : « Le régime général accuse un déficit de 13,2 milliards d'euros en 2004, ce qui est sans précédent dans l'histoire de la sécurité sociale. De la même manière toutes les branches sont pour la première fois déficitaires. » Certaines le sont même de façon récurrente, c'est le cas de l'assurance maladie. Ce cas est d'autant plus révélateur que l'essentiel du déficit des régimes de sécurité sociale provient de celui de la branche maladie.

Une réforme de l'assurance maladie, dite « de la dernière chance » et portée par M. Douste-Blazy, a donc été votée en août 2004. Son objectif était de permettre le retour à l'équilibre des comptes en 2007. Il s'agit d'une véritable gageure alors que le déficit pour 2005 est estimé à 8,3 milliards d'euros et que la réduction de son montant par rapport à 2004 résulte d'artifices comptables et repose pour l'essentiel sur les efforts imposés aux assurés sociaux.

Augmentation des prélèvements et diminution des remboursements permettent au Gouvernement de se prévaloir d'une réduction du déficit. Certes, mais pour quel résultat et surtout à quel prix ? Le déficit reste plus que préoccupant, les prévisions pour 2006 ne sont pas considérées comme crédibles et la réforme d'août 2004 n'est pas à la hauteur des enjeux. Une véritable réforme structurelle de l'assurance maladie, fondée sur une meilleure organisation du système de soins, et la mise en œuvre d'une politique de santé publique restent encore à faire.

D'ailleurs, les résultats obtenus par la réforme de 2004 sont tellement peu brillants que le Gouvernement tente d'en rehausser l'éclat en se référant à des déficits potentiels abyssaux qui auraient pu se chiffrer au double de celui qui est finalement réalisé ! On peut vous comprendre, monsieur le ministre, un déficit de l'assurance maladie estimé à 8,3 milliards d'euros, c'est lourd à assumer... En revanche, dire que le déficit aurait dû atteindre 16 milliards d'euros et qu'on a réussi à le diviser par deux, c'est nettement plus glamour.

Ainsi, plutôt que de se féliciter de l'efficacité de son plan, le Gouvernement ferait mieux de remercier les assurés sociaux. Car ce sont eux qui assument le financement de la réforme de l'assurance maladie. Ce sont eux qui ont amorti les effets de sa mauvaise gestion, en supportant une franchise d'un euro par consultation, la hausse du forfait hospitalier, l'augmentation de la contribution sociale généralisée, la CSG, et celle de la contribution au remboursement de la dette sociale, la CRDS.

Et, puisqu'ils ont payé hier, ils paieront demain. Le plan de financement de la sécurité sociale pour 2006 ne les épargne pas. Une fois de plus, les assurés sociaux seront mis à contribution, en remboursant de façon anticipée les prélèvements sur les revenus de leur plan d'épargne logement, en subissant un moindre remboursement s'ils ne font pas le choix du médecin traitant, en faisant les frais de la liberté tarifaire sauvage que pratiquent de plus en plus certains médecins, en encaissant une nouvelle hausse du forfait hospitalier, en endurant la mise en place d'une franchise de dix-huit euros pour les actes d'un montant supérieur à quatre-vingt-onze euros et en supportant la diminution du taux des indemnités journalières pour les arrêts maladie de plus de six mois.

Ainsi, pendant que les médecins et les laboratoires voient leurs marges progresser, les assurés sociaux voient, eux, augmenter leurs cotisations, tandis que s'amenuise leur prise en charge. C'est une situation d'autant plus injuste qu'ils sont déjà, en tant que citoyens, victimes de l'échec global de la politique du Gouvernement.

En effet, les recettes de l'assurance maladie, assises essentiellement sur les revenus du travail, dépendent du dynamisme économique de notre pays. Or, croissance en berne et emploi en panne étant devenus les fondamentaux de votre politique, les Français ont droit à la double peine : une vie quotidienne de plus en plus difficile et une protection sociale réduite, des contributions en hausse et la culpabilisation en prime.

Pis encore, le financement de l'assurance maladie, en s'appuyant essentiellement sur les assurés sociaux, ne permet pas de s'attaquer à la réforme nécessaire de notre système de santé et met à mal certains fondements essentiels de notre pacte social.

Selon les principes de 1945, notre système d'assurance maladie doit atteindre trois objectifs : permettre l'accès de tous à des soins de qualité, avoir un haut niveau de prise en charge des dépenses de santé et assurer un financement pérenne fondé sur la solidarité.

Le rôle de l'assurance maladie, vue trop souvent comme un simple organisme payeur, ne se limite pourtant pas aux remboursements, il est également qualitatif.

Parce que l'égal accès aux soins est un droit, l'assurance maladie organise le système de soins, assure le contrôle des actes, a un rôle en matière de formation et d'information des personnels de santé comme des assurés et fixe également l'allocation budgétaire des hôpitaux. Or, malgré la réforme d'août 2004, non seulement le déficit de l'assurance maladie n'est pas maîtrisé, mais les inégalités dans l'accès aux soins ne cessent de croître, certains territoires deviennent des déserts médicaux et l'hôpital public est en crise.

On est en train de passer d'un système où chacun contribue selon ses moyens et reçoit selon ses besoins, à un système où seuls ceux qui auront les moyens auront accès à des soins de qualité, tandis que les autres ne bénéficieront bientôt plus que d'une protection minimale.

M. Alain Vasselle, rapporteur. On ne peut pas dire cela !

Mme Raymonde Le Texier. Une telle évolution est symptomatique du passage d'une démarche de solidarité à une logique de privatisation. Progressivement, c'est une médecine à plusieurs vitesses que le Gouvernement instaure dans notre pays.

Un tel sentiment est conforté par l'analyse de certaines nouvelles recettes mises en place dans ce projet de loi de finances pour 2006.

Alors que nul ne peut ignorer l'augmentation des charges qui pèseront sur notre système de santé, du simple fait du vieillissement de la population, le Gouvernement ne semble guère se soucier de la pérennité des recettes qu'il décide, encore moins de leur efficacité.

Commençons par l'annonce de l'anticipation des prélèvements sur les revenus des plans d'épargne logement.

M. Philippe Bas, ministre délégué. C'est une bonne idée !

Mme Raymonde Le Texier. C'est sévère, monsieur le ministre !

Naguère opérés à la clôture du plan, ces prélèvements seront dorénavant perçus à partir de la dixième année ou en janvier 2006 si le plan a plus de dix ans.

M. Philippe Bas, ministre délégué. Cela ne change rien !

Mme Raymonde Le Texier. Grâce au stock des plans ayant dépassé dix ans, le Gouvernement compte récupérer ainsi un milliard d'euros au 1^{er} janvier 2006.

Premier problème : en anticipant ces prélèvements, vous gonflez artificiellement la présentation des comptes pour 2006, vous siphonnez des ressources futures, vous repoussez ainsi les dettes *sine die*.

M. Guy Fischer. Très bien !

Mme Raymonde Le Texier. Deuxième problème : un tel moyen de se procurer des recettes est, par construction, exceptionnel et non reductible. Or c'est de recettes pérennes que notre système de santé a besoin.

Continuons avec le nouveau système de compensation des allègements de cotisation sociale. Celui-ci a pour objet de substituer à la subvention globale de l'État le produit de pas moins de neuf taxes et droits : droits sur les alcools, taxes sur le tabac, taxes sur les primes d'assurance automobile, droits sur les bières et boissons non alcoolisées, etc.

Derrière cette mesure technique, le Gouvernement vise à faire prendre en charge, par la sécurité sociale, le coût de sa politique d'allègement de cotisations sociales. Le manque à gagner pour l'assurance sociale dépendra du choix du montant et de l'étendue des allègements décidés par l'État.

L'État fait donc là une excellente affaire. En effet, les recettes de ces taxes ne sont pas très dynamiques : en substituant à une dépense budgétaire lourde, résultant de sa politique de l'emploi, une recette moindre et déconnectée de ladite politique, l'État diminue ses charges et s'exonère de ses responsabilités. Au mieux, une telle décision aggrave les problèmes de trésorerie, au pire, elle accroît le déficit, faute de recettes.

Terminons avec votre proposition d'augmenter la contribution des laboratoires pharmaceutiques, assise sur leur chiffre d'affaires de 2006, en portant le taux de 0,6 % à 1,96 %. Voilà enfin une mesure qui étendait à d'autres acteurs que les assurés sociaux la participation au financement de notre système de santé !

Mais si, pour les assurés sociaux, les déremboursements et hausses de cotisation s'inscrivent dans le temps, la participation de l'industrie pharmaceutique se fait à titre exceptionnel et pour une année seulement. Cela devait sembler encore trop aux plus ardents partisans de la privatisation de la santé, à savoir les députés de votre propre majorité, qui ont réduit le taux de cette taxe à 1,5 %.

Il vous a fallu, monsieur le ministre, faire preuve de beaucoup de conviction pour amener votre majorité à revenir sur cette décision, ici même, lundi soir.

Pendant ce temps, l'inégalité d'accès aux soins ne cesse de s'aggraver, le rôle des assurances complémentaires de s'étendre, la qualité des soins de s'amoindrir...

Quoi de plus significatif que la question de l'instauration du ticket modérateur de dix-huit euros pour les actes médicaux de plus de quatre-vingt-onze euros. Comme lors de l'institution de la franchise d'un euro sur tous les actes, le Gouvernement développe et poursuit sa logique de partage des coûts de la santé entre l'assurance maladie et les patients.

Que l'augmentation de ce qui reste à la charge des patients puisse être susceptible, à terme, de freiner l'accès aux soins, le Gouvernement refuse de l'entendre : les complémentaires paieront ! Tel est son credo.

C'est oublier que les complémentaires répercuteront l'augmentation de leurs charges sur les cotisations, ce qui ne sera pas sans effet sur le niveau de couverture choisi par les patients, voire à terme sur leur capacité à payer une mutuelle. C'est oublier également que, s'agissant des actes de plus de quatre-vingt-dix euros, on est rarement dans la médecine de confort !

Si certains actes étaient pris en charge à 100 %, c'est qu'ils relevaient pour la plupart d'interventions lourdes et concernaient des risques importants. En introduisant un ticket modérateur pour ces actes et en en faisant supporter le coût aux assurances complémentaires, vous introduisez les complémentaires dans ce qui était jusqu'alors le régime de base. C'est le principe d'une co-intervention des régimes obligatoires et complémentaires, indépendamment de la nature du risque, qui est promu par ce biais.

Sachant que l'économie attendue – 100 millions d'euros – est dérisoire, on peut se demander pourquoi le Gouvernement, après avoir maladroitement essayé de passer sous silence cette décision, l'a défendue envers et contre tous.

Vous avez ainsi provoqué le désaveu du conseil de l'assurance maladie, l'exaspération des partenaires sociaux, la colère de la mutualité et l'incompréhension de l'opinion publique.

Cette mesure prouve que l'objectif du Gouvernement n'a jamais été de maîtriser la dépense médicale totale, mais seulement de réduire la part prise en charge par le régime de base, dont le financement repose sur la solidarité. Ce n'est donc pas son rapport financier qui en fait la valeur aux yeux de la droite, mais c'est son caractère symbolique.

À ce titre, un autre aspect de cette même politique jette le doute sur la volonté de mettre en place une véritable politique de maîtrise médicalisée des dépenses. Ainsi, par exemple, les augmentations tarifaires consenties aux médecins n'ont pas donné les résultats que l'on était en droit d'attendre en matière de diminution des prescriptions.

La Cour des comptes, dans son dernier rapport, indique que le niveau élevé de consommation médicale de la France par rapport à ses voisins ne se justifie pas par une nécessité médicale particulière. Aussi bien en termes de niveau que de contenu des prescriptions, le fait est constaté. Or, une réduction significative du déficit de l'assurance maladie pourrait être obtenue par une diminution de ces dépenses.

Les économies potentielles sont chiffrées entre cinq et six milliards d'euros. Le moins que l'on puisse dire est que nous sommes loin du compte !

Nous sommes loin du compte parce que vous n'êtes pas très exigeant en matière de contrepartie vis-à-vis des médecins et, quand vous leur en demandez, cela rapporte plus aux acteurs médicaux que cela ne leur coûte.

La hausse de la consultation à vingt euros en 2002, par exemple, s'était accompagnée de l'engagement d'une prescription accrue de génériques. Cette hausse de la consultation a coûté entre 300 et 400 millions d'euros, mais les économies réalisées grâce aux génériques n'ont été que de 70 millions d'euros.

De plus, le pharmacien pouvant jouer un rôle de substitution, il est difficile d'évaluer la part liée au changement de comportement des médecins. D'après la Cour des comptes, elle n'est pas significative : « Au total, les actions visant à modifier les comportements par le biais de la rémunération se soldent par un échec. Ni l'objectif financier ni celui de santé publique ne sont atteints. »

La conclusion du rapport sur ce point est d'ailleurs d'une limpidité rare : « Les négociations font aujourd'hui prévaloir la satisfaction de revendications financières, l'objectif de qualité et de changement des pratiques leur servant la plupart du temps d'alibi. L'effet d'annonce et l'intérêt immédiat de faire aboutir une négociation l'ont presque toujours emporté sur les objectifs de fond et de long terme. » C'est la Cour des comptes qui s'exprime.

Les accords de bon usage des soins illustrent cet échec. À l'exception de celui relatif aux antibiotiques, les autres n'ont servi qu'à entériner des pratiques existantes et à justifier des revalorisations tarifaires.

Que dire aussi des contrôles qui se durcissent envers les assurés sociaux, mais qui semblent à peine concerner les médecins. Non seulement ceux-ci sont très rarement contrôlés, mais lorsqu'ils le sont, toujours selon la Cour des comptes, « les caisses manifestent une certaine réticence à mener à terme les procédures pouvant aboutir à des sanctions ».

Pour finir, enfin, quel dommage qu'une profession, qui, bien qu'ayant la chance de connaître des progrès et des avancées scientifiques notables, ne se préoccupe pas de formation professionnelle continue ! La formation ne concerne que 9 % des professionnels libéraux et est financée massivement par les laboratoires. Légalement obligatoire, la formation continue reste l'angle mort de la médecine de ville.

Monsieur le ministre, ne serait-il pas temps d'associer plus étroitement les médecins au sauvetage de notre système et de renverser quelques vaches sacrées, comme la tarification à l'acte et la liberté totale d'installation, au lieu de ne viser qu'à une maîtrise comptable des résultats sur le dos des assurés sociaux ?

Aujourd'hui, des pans entiers de notre territoire sont en train de devenir des déserts médicaux, remettant en cause, de fait, l'égalité d'accès aux soins. Les mesures incitatives contenues dans ce projet de loi ne sont pas à la hauteur des besoins et des injustices constatés.

Un débat sur la formation des médecins, la règle du *numerus clausus* et la liberté totale d'installation des médecins s'impose, comme s'impose également l'évolution de la rémunération des professions de santé. Le système actuel de paiement à l'acte a fait la preuve de sa dérive infla-

tionniste. Il est temps de réfléchir à des solutions mixtes ou forfaitaires, notamment dans le cas des affections de longue durée.

Enfin, je voudrais dire quelques mots sur l'hôpital. Nul n'ignore ici l'ampleur des difficultés financières qu'il rencontre, encore moins l'utilité des services qu'il rend et surtout le symbole qu'il incarne en termes d'égalité d'accès aux soins comme de qualité des soins dispensés.

Or, avec une augmentation de l'ONDAM des dépenses hospitalières estimée à 3,44 %, alors que les représentants des hôpitaux la chiffrent à 4,32 % à effectif et moyens constants, l'hôpital public est loin de trouver les moyens de sortir de la crise !

Dans les prévisions actuelles, le seul glissement vieillesse technicité suffit à absorber l'augmentation envisagée. Quasiment rien n'est prévu pour faire face à l'augmentation des charges liées au développement de l'innovation médicale et à l'arrivée sur le marché de médicaments de plus en plus coûteux. Rien n'est prévu pour faire face à l'augmentation du coût de l'énergie, ni pour régler les problèmes liés à la pénurie de personnel.

Quant au différentiel de 1 % entre les calculs des représentants des professions hospitalières et les prévisions du Gouvernement, il se traduira par la continuation des reports de charges d'une année sur l'autre. En poussant ainsi la dette devant soi, on peut cacher temporairement la misère, mais la réalité du déséquilibre s'accroît. Il est vrai qu'il n'y a pas là de quoi faire peur à un gouvernement qui vient de transférer à la CADES un peu plus de 35 milliards d'euros de dettes cumulées pour l'exercice 2002-2004 ! Ce transfert, qui ne concerne que la branche assurance maladie, monte à plus de 100 milliards d'euros la dette sociale que gère la CADES.

Autre motif qui nous cause de l'inquiétude, la volonté exprimée par la droite libérale d'accélérer la mise en place de la tarification à l'activité pour les hôpitaux, non pas pour mieux connaître l'architecture des dépenses et travailler à des réformes basées sur des informations fiables, mais pour accélérer la convergence tarifaire entre le public et le privé.

En effet, la Cour de comptes a émis de sérieuses réserves sur la façon dont l'ONDAM et ses sous-objectifs étaient définis, indiquant que « la régulation efficace des dépenses d'un secteur de la santé est difficile, si l'enveloppe de ces dépenses n'est pas correctement identifiée ». D'autres voix se sont fait entendre pour s'étonner que l'enveloppe consacrée aux dépenses hospitalières ne distingue pas le public du privé.

Enfin, dans son rapport, la Cour des comptes a mis en évidence les dérives financières constatées pour les cliniques privées depuis la mise en place, en 1992, du système de la tarification à l'activité dans ce secteur.

Le système reposait sur une régulation *a posteriori* des tarifs : si le secteur faisait plus d'actes que prévu, les tarifs devaient baisser afin que la dépense globale soit toujours maîtrisée. Hélas, les ajustements tarifaires destinés à contenir la progression en volume n'ont pas eu lieu ! Ce système s'est donc révélé très inflationniste et peu maîtrisé. À cette aune, on comprend difficilement la volonté de ce gouvernement d'aller à marche forcée vers la tarification à l'acte dans le public, alors que le bilan en termes de maîtrise médicalisée des dépenses laisse pour le moins dubitatif.

Mais ce qui inquiète le plus les personnels et les gestionnaires des hôpitaux publics, c'est la volonté affichée de faire converger dans les délais les plus brefs les tarifs des cliniques et ceux des hôpitaux.

M. Alain Vasselle, rapporteur. En 2008 !

Mme Raymonde Le Texier. Par une campagne de presse habilement menée, on a tenté de convaincre l'opinion que, les cliniques privées coûtant 40 % moins cher que les hôpitaux publics, il fallait aligner les coûts du public sur ceux du privé.

Sous cet angle, la démarche est tentante. Mais c'est oublier ce qui fait la différence de coût entre le public et le privé, à savoir les missions d'intérêt général que remplit l'hôpital, les contraintes imposées par l'obligation d'accueillir tout le monde, et ce vingt-quatre heures sur vingt-quatre, bref le rôle fondamental que joue l'hôpital dans notre société.

M. Alain Vasselle, rapporteur. Personne ne le conteste !

Mme Raymonde Le Texier. De fait, l'hôpital public et les cliniques ne pratiquent pas la même activité. Leur différence est structurelle.

M. Guy Fischer. Très bien !

M. Alain Vasselle, rapporteur. On n'a jamais contesté cela ! On a dit qu'il fallait rapprocher les tarifs ! (*Protestations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC.*)

Mme Raymonde Le Texier. On imagine le sens dans lequel cela va se faire !

À l'hôpital, le coût pour le patient est « tout compris ». En clinique, le tarif affiché ne correspond pas au prix réel ; il ne comprend en effet ni les honoraires du chirurgien et de ses assistants, ni le coût des prothèses, ni tout ce qui est externalisé : radios, examens biologiques, etc.

M. Guy Fischer. Et voilà !

Mme Raymonde Le Texier. S'agissant des pathologies, le secteur commercial est toujours positionné sur les opérations les moins coûteuses, mais les plus rentables.

M. Bernard Cazeau. Bien entendu !

Mme Raymonde Le Texier. Les cas qui sont les plus lourds et qui demandent des soins postopératoires particuliers sont laissés au secteur public ! (*M. Alain Vasselle, rapporteur, s'exclame.*)

Il existe aussi une différence entre le fait d'opérer dans la journée, en semaine et sur rendez-vous – ce qui est le cas dans les cliniques – et la mise en place d'une permanence de soins et d'un accueil des urgences !

Quant à l'âge des patients, il donne également une indication forte entre ce qui relève d'une activité d'intérêt général et ce qui appartient à une logique commerciale. L'hôpital accueille les patients les plus âgés, les plus faibles, les plus démunis et, au début de la chaîne de vie, les patients qui viennent pour des accouchements thérapeutiques, ainsi que les grands prématurés. Enfin, les contraintes de sécurité et de qualification sont plus exigeantes pour les hôpitaux publics.

Monsieur le ministre, la volonté de mettre en place sans garde-fou la convergence tarifaire menace l'hôpital public à court terme. En effet, en favorisant les cliniques privées, la convergence risque de faire glisser des pans entiers de l'activité hospitalière vers le secteur commercial. Même si les missions non rentables sont au cœur des missions de l'hôpital public, la qualité, la performance et le dynamisme du service public découlent aussi de la diversité de l'offre de prise en charge.

Notre modèle social est bâti sur l'idée que le risque individuel peut être réduit grâce à la garantie collective et selon le principe de solidarité. C'est dans cet esprit qu'une vraie réforme doit être menée. À la lecture du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, cette réforme de l'assurance maladie est encore à faire ! (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC.*)

M. Bernard Cazeau. Recettes de poche !

Mme Raymonde Le Texier. Aujourd'hui, les objectifs de maîtrise médicalisée ne sont pas tenus, le parcours de soins s'avère une entreprise bureaucratique rendant illisible le système de remboursement et la seule variable d'ajustement du système reste l'assuré social,...

M. Alain Vasselle, rapporteur. Mais non ! C'est un mauvais procès d'intention !

Mme Raymonde Le Texier. ... un assuré social de plus en plus contraint de mesurer le budget qu'il accorde à sa santé, en fonction de la catégorie sociale à laquelle il appartient.

D'après les travaux du Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé, environ un Français sur six déclare renoncer aux soins pour raisons financières et, parmi eux, 30 % des chômeurs.

M. Alain Vasselle, rapporteur. Qui a créé la CMU ?

Mme Raymonde Le Texier. Malgré la création de la CMU, entre un quart et un tiers des ayants droit n'ont pas pu se soigner, faute de moyens.

M. Alain Vasselle, rapporteur. Qui a créé des seuils ?

Mme Raymonde Le Texier. Vous me répondez tout à l'heure, monsieur le rapporteur !

M. Alain Vasselle, rapporteur. Qui, du fait de ces seuils, a exclu certains patients de l'accès aux soins ? Faites votre *mea culpa* !

Mme Raymonde Le Texier. Les ménages ouvriers consacrent deux fois moins d'argent aux visites chez les spécialistes que les familles de cadres. Je vous rappelle que ces informations proviennent du Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé !

Monsieur le ministre, au lieu de vous attaquer aux inégalités dans l'accès aux soins et de mettre en place un vrai système de maîtrise médicalisée des dépenses, vous préférez réduire de plus en plus la part des remboursements pris en charge par la solidarité nationale pour favoriser l'essor des assurances privées.

Or cette privatisation du système n'est en rien source de maîtrise des dépenses de santé. Ainsi, les Etats-unis, pays de la libre assurance, détiennent le record en la matière, alors que leur système exclut de l'accès aux soins ceux qui ne peuvent pas payer. En 2001, ils ont consacré à leur santé 13,9 % des richesses produites, contre 10,7 % pour l'Allemagne et 9,5 % pour la France. Les Français seraient donc moins profiteurs qu'on ne le suppose quelquefois !

Pourtant, le vieillissement de la population, l'allongement de la durée de vie, l'évolution des pathologies et le progrès médical vont peser de plus en plus lourd sur les dépenses en matière de santé. Nul ne nie qu'une réforme soit nécessaire si l'on veut protéger l'esprit de notre modèle social, car notre système d'assurance maladie ne se résume pas à des questions financières. Il joue aussi un rôle important dans la construction du lien social et fait, de la participation de tous, le garant de la prise en charge de chacun.

Notre modèle social est bâti sur l'idée que le risque individuel peut être réduit grâce à la garantie collective et selon le principe de solidarité. C'est dans cet esprit qu'une vraie réforme doit être menée. À la lecture du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, cette réforme de l'assurance maladie est encore à faire ! (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC.*)

Mme la présidente. La parole est à M. André Lardeux.

M. André Lardeux. Madame le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, n'ayant pas la prétention d'être exhaustif sur un aussi vaste sujet, je me bornerai à formuler quelques remarques qui n'engagent que moi.

Je voterai, bien sûr, le volet « assurance maladie » de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale. Mais, monsieur le ministre, l'essentiel est-il dans ce projet de loi nécessaire, par le biais duquel on vous demande de résoudre la quadrature du cercle, d'aucuns vous proposant d'augmenter les prestations servies aux usagers tout en exigeant le maintien, voire la diminution, des cotisations,...

M. Alain Vasselle, rapporteur. Eh oui !

M. André Lardeux. ... à l'instar d'un célèbre humoriste qui préconisait de demander plus à l'impôt et moins aux contribuables ?

M. Gérard Dériot, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les accidents du travail. Très bien !

M. Alain Vasselle, rapporteur. Belle citation !

M. André Lardeux. Ils évitent soigneusement de dire comment ils s'y prendraient, si l'occasion leur en était donnée, pour appliquer cette politique de Gribouille !

M. Roland Muzeau. On vous l'a dit !

M. Guy Fischer. On vous le redira !

M. André Lardeux. Monsieur le ministre, vous avez fait, et c'est tout à votre honneur, des choix entre des inconvénients, avec une marge de manœuvre fort étroite vu les circonstances. Mais il nous faudra un jour trancher dans le vif.

Boucher le trou de l'assurance maladie paraît relever du mythe de Sisyphe, même si la situation est loin d'être aussi catastrophique que celle des comptes de l'Etat. Toutefois, comme l'a écrit un éminent collègue membre de l'UMP, qui, certes, dans son propos, visait plus les comptes de l'Etat que ceux des organismes sociaux, « le déficit est une lâcheté » et l'on ne peut payer nos dépenses avec le carnet de chèques de nos enfants, petits-enfants et arrière-petits-enfants. L'assurance maladie ne peut continuer à être une truie à huit mamelles chargée de nourrir neuf porcelets ! Il faut absolument mettre fin à la rapacité de la génération présente pour protéger les générations suivantes.

Certains principes doivent être réaffirmés, comme l'étalement absolu entre les différentes branches.

La chasse aux abus, gaspillages ou incohérences, dont la liste est interminable, doit être intensifiée. Permettez-moi de vous citer quelques exemples aberrants qui m'ont été rapportés de-ci de-là.

Je commencerai par ce que d'aucuns appellent le syndrome du revenu paradoxal. En effet, certains types de contrats d'assurance, notamment liés à l'immobilier, permettent d'avoir des revenus plus élevés en arrêt maladie qu'en activité. Ce n'est pas une incitation au travail dans certains cas !

Que penser, ensuite, de la situation d'un salarié qui est en arrêt maladie depuis dix ans ? En la circonstance, des choses n'ont manifestement pas été faites. Il fallait soit prendre les mesures nécessaires si le salarié était inapte au travail, soit le remettre au travail s'il était jugé apte.

Que penser encore des pressions, parfois menaçantes, qui sont exercées sur les médecins du travail par des salariés pour que leur soient accordés des arrêts de travail ?

Enfin, que penser de la prise en charge des accidents de sport pour lesquels l'assurance maladie subit manifestement des charges indues ?

M. Dominique Leclerc. Très bien !

M. André Lardeux. Il y a lieu de s'interroger aussi sur la surconsommation médicale des bénéficiaires de la CMU ; on comprend mal que les principes de prise en charge soient différents de ceux des autres assurés. Je sais que des mesures vont dans le sens de l'harmonisation. C'est une bonne chose, mais il faut probablement aller plus loin dans le déremboursement de ce qui n'est pas nécessaire. Ainsi peut-on s'interroger sur l'efficacité de nombre de cures, à moins qu'il ne s'agisse de soutenir l'industrie touristique de certaines régions...

M. Dominique Mortemousque. Bravo !

M. André Lardeux. Pourquoi maintenir le remboursement à 15 % de médicaments inefficaces, ce qui va accroître les coûts de gestion ? Est-on sûr que le mode de financement des lits médicalisés en maison de retraite est le plus rationnel ? Il semble qu'un achat pour l'établissement amorti sur huit ans, soit environ 1 600 euros, et répercuté dans le forfait soins, coûterait moins cher à l'assurance maladie que la prise en charge de la location par le patient à 16 euros par semaine, soit 832 euros par an. Dans ces circonstances, le lit est payé en deux ans.

On attend avec impatience la réforme de l'hôpital, une boîte noire, nous a-t-on dit. Elle est urgente et sera douloureuse, car la carte des services hospitaliers ne peut être maintenue en l'état, ce qui perpétuerait de profondes inégalités régionales. Il faut une réforme des urgences, en coordination avec la médecine de ville ; celles-ci ne peuvent demeurer gratuites pour tout ce qui relève de la « bobologie ».

Des efforts de rationalisation de l'organisation du réseau des caisses doivent être réalisés. Il faut notamment que le terme « productivité » devienne un élément culturel de ces organismes. Est-il nécessaire qu'il y ait autant de CPAM et même de CAF ? Cela n'a pour effet que de multiplier les conseils d'administration, dont la valeur ajoutée n'apparaît guère ! (*M. Guy Fischer s'exclame.*)

M. Roland Muzeau. Et les ordres des médecins et des pharmaciens ?

M. André Lardeux. J'aborderai maintenant la question de la démographie.

En effet, le nombre de personnes âgées dépendantes va s'accroître considérablement et la diminution de la prévalence de la dépendance ne le compensera pas ; la preuve en est l'actuelle augmentation rapide du GMP dans les établissements d'accueil pour personnes âgées, ce qui ne peut qu'accroître la consommation médicale. Pour y faire face, il faut, me semble-t-il, réexaminer les conventions tripartites et éliminer de celles-ci les effets pervers que l'on commence à constater.

Par ailleurs, l'évolution des techniques rend celles-ci de plus en plus coûteuses ; les médicaments en sont un exemple. En effet, les larmes de crocodile versées sur le déremboursement de ce qui est inutile ne doivent pas faire oublier que, dans le même temps, près de deux cents spécialités nouvelles, parfois coûteuses, ont été prises en compte.

Je profite de cette occasion pour évoquer la fameuse affaire du TFR. Un accord a été passé, ou est sur le point de l'être, entre l'Etat et les représentants des officines pharmaceutiques.

Dans ma région, les Pays de la Loire, cette décision a provoqué des réactions très vives au sein des responsables des officines. Ceux-ci ont d'ailleurs maintenu leur mot d'ordre de grève des gardes. Si les pharmaciens des pays de la Loire, notamment du Maine-et-Loire, qui sont en général fort calmes, ont réagi ainsi, c'est parce que la façon dont cette mesure leur a été présentée leur est apparue quelque peu déloyale. En effet, comme trop souvent en France, on punissait la vertu et on encourageait le vice, puisque certaines régions n'avaient pas accompli autant d'efforts dans ce domaine que d'autres.

J'en viens à la demande sociale. Même si les comportements évoluent, ce qui est heureux, on ne peut empêcher la prégnance du souhait de chacun de mourir en bonne santé.

Aussi, si l'année 2007 ne voit pas un retour à l'équilibre, il sera urgent d'envisager des hypothèses désagréables pour y parvenir.

La première est l'augmentation des ressources de l'assurance maladie, à savoir pour l'essentiel la contribution sociale généralisée, la CSG. Il serait en effet très simple d'ajuster les recettes au montant des dépenses constatées. Cependant, vu ses effets économiques négatifs, cette opération serait peu raisonnable. De plus, ce serait une course sans fin, qui conduirait à la déresponsabilisation de tous les acteurs du système. Ainsi, le prélèvement sur les plans d'épargne logement n'a rien de choquant en soi, mais, dès l'an prochain, il faudra trouver une recette de substitution.

D'après un sondage, seuls 4 % des Français sont favorables à cette hypothèse et, selon le même pourcentage seulement, ils envisagent la diminution des remboursements. On est en pleine schizophrénie ! En effet, ceux qui défendent ce prélèvement refusent de l'assumer, s'indignant du fait que ce sont toujours les assurés qui vont payer. Mais je ne connais pas de système d'assurance dans lequel ce ne sont pas les assurés qui payent ! Sinon, c'est la faillite garantie !

M. Roland Muzeau. Et la solidarité nationale !

M. André Lardeux. Ceux qui paient les cotisations sont ceux qui paient les impôts ! C'est toujours la même chose !

M. Roland Muzeau. Les riches en paient de moins en moins !

M. André Lardeux. Les riches sont si peu nombreux que cela ne représente pas des recettes considérables à l'arrivée !

M. Roland Muzeau. Ils sont toujours plus riches !

M. André Lardeux. Selon un proverbe chinois, ce n'est pas parce que l'on fait maigrir les gros que l'on fait grossir les maigres. (*Très bien ! et applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

Si les recettes ne sont pas suffisantes, il faut modifier le périmètre de la couverture ; c'est la seconde hypothèse.

En effet, si l'on ne veut pas augmenter les prélèvements, ce qui est juste, il faut remettre les choses à plat en réformant en profondeur le panier de soins. En cela, les 18 euros prélevés sur certains actes sont logiques, mais il est souhaitable qu'ils soient les prémices d'une révision des prises en charge.

À cet égard, je citerai quelques exemples.

S'agissant de la consommation de tranquillisants, sommes-nous le peuple le plus inquiet de la terre ? D'autres peuples ont, hélas ! plus de raisons d'être inquiets que nous !

En ce qui concerne l'utilisation des génériques, les différences régionales sont-elles justifiées ? Le vaccin contre la grippe est une excellente chose. Mais est-il rationnel de payer les indemnités journalières d'une personne souffrant de la grippe si celle-ci a refusé sans raison valable la vaccination prise en charge par son employeur ?

M. Jean-Jacques Jégou, *rapporteur pour avis*. C'est une bonne idée !

M. André Lardeux. Il faut revenir à l'origine de l'assurance maladie, c'est-à-dire d'abord la prise en charge des risques les plus lourds. C'est à ce prix que l'on dégagera des marges de manœuvre, notamment pour prendre en charge la grande dépendance.

À terme, il faudra probablement que la loi de financement de la sécurité sociale devienne contraignante sur un certain nombre de points, en particulier pour la prise en charge, la carte sanitaire et la médecine de ville.

Certes, des mesures d'ordre financier sont prévues pour inciter les médecins à s'installer à la campagne. Mais elles ne seront jamais suffisantes eu égard aux autres contraintes ou objectifs des médecins.

M. Alain Vasselle, *rapporteur*. C'est vrai !

M. André Lardeux. Les écarts entre les régions sont considérables. Actuellement, l'Île-de-France compte 83 % de médecins par habitant de plus que la Bourgogne, région la moins bien lotie.

Ces quelques réflexions n'épuisent pas le sujet. Nous devons avoir, les uns et les autres, beaucoup de courage. Sinon, l'assurance maladie deviendra une fiction : tout le monde s'efforcera de vivre aux dépens des autres. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'UC-UDF ainsi que sur certaines travées du RDSE.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Aymeri de Montesquiou.

M. Aymeri de Montesquiou. Madame la présidente, monsieur le ministre, mes chers collègues, ce débat sur l'assurance maladie dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 nous donne l'occasion de dresser un premier état des lieux après la réforme du 13 août 2004.

Cette réforme a marqué une rupture en mettant en œuvre une nouvelle politique fondée sur la maîtrise médicalisée des dépenses et la responsabilisation de tous les acteurs. Il semble aujourd'hui qu'elle porte ses premiers fruits.

Le déficit de l'assurance maladie devrait s'élever cette année à 8,3 milliards d'euros, marquant ainsi une diminution significative, même si elle reste insuffisante, par rapport à 2004. L'ONDAM sera très probablement, et surtout inhabituellement, respecté.

Les dépenses de soins de ville devraient connaître un net infléchissement par rapport aux années antérieures, avec un taux d'évolution de 2,7 % contre 6 % à 8 % entre 2000 et 2003. La baisse sensible des indemnités journalières et l'évolution modérée des honoraires, déjà constatés au premier semestre de 2005, prouvent que les comportements commencent à changer.

Ces premiers résultats sont certes encourageants, mais enrayer la spirale infernale n'est point salut ! Il faut consolider les acquis et déployer de nouveaux efforts. L'année 2006 sera, à n'en pas douter, une année vérité.

Qu'en est-il de ce projet de loi de financement pour la sécurité sociale ? Le Gouvernement a fixé le taux de progression de l'ONDAM à 2,5 %.

M. Philippe Bas, *ministre délégué*. Oui !

M. Aymeri de Montesquiou. Il s'agit d'un choix incontestablement ambitieux. Cependant, certaines des mesures qu'il propose ont été ressenties comme très contraignantes : augmentation de la taxe pesant sur l'industrie pharmaceutique, forfait de 18 euros sur les actes K 50. Mais avions-nous le choix ?

Monsieur le ministre, quelles mesures entendez-vous prendre pour intensifier les contrôles et lutter contre toutes les formes de fraude, qui sont certainement des facteurs importants du déficit ?

Pour qu'une réforme réussisse, ne l'oublions pas, il ne faut pas faire fi de la concertation nécessaire avec les parties concernées. La réussite du redressement de la situation dépend de l'adhésion des professions de santé et des assurés. Un sentiment d'incompréhension est aujourd'hui très nettement perceptible. Tout un chacun est susceptible de comprendre, à condition que le dialogue soit effectif.

Élément majeur de régulation des dépenses de soins de ville, le parcours de soins se met progressivement en place.

Ainsi, 32 millions d'assurés ont d'ores et déjà déclaré à l'assurance maladie le nom de leur médecin traitant, ce qui souligne le succès de ce dispositif. La mise en œuvre de celui-ci devrait s'achever au début de l'année prochaine, avec l'application d'une majoration de participation pour les assurés qui ne respecteraient pas les différentes étapes. Il semble néanmoins que l'élaboration du cahier des charges des « contrats responsables » avec les assurances complémentaires ait pris du retard. Monsieur le ministre, pouvez-vous nous rassurer sur ce point ?

Le dossier médical partagé constitue, avec le médecin traitant, le second pilier du parcours de soins. Pour des raisons techniques, son déploiement n'est prévu qu'à l'horizon 2007. Compte tenu du retard dans le calendrier initial, cette échéance est-elle encore très réaliste ? En tout cas, il est clair que l'on ne pourra en attendre des résultats en termes d'économies dans l'immédiat.

Quoi qu'il en soit, des réponses claires devront être apportées quant à l'accès et au contenu de ce dossier. Sera-t-il, par exemple, communiqué aux professions paramédicales ? Monsieur le ministre, pouvez-vous déjà nous apporter des précisions sur ce point et sur la capacité de l'État à financer la mise à niveau des systèmes d'information des acteurs de santé dont dépend l'efficacité de ce projet ?

Autre élément de régulation des dépenses de soins de ville : le plan médicament ; fondé notamment sur le développement des génériques, il constituait un axe majeur de la réforme de 2004.

Malgré une évolution favorable du taux de pénétration des génériques et la fixation d'objectifs chiffrés pour les prescriptions de certaines classes de médicaments dans la convention conclue entre les médecins et l'assurance maladie, les économies prévues en 2005 ne sont pas au rendez-vous.

Vous proposez, monsieur le ministre, une dégressivité accrue des prix des médicaments sous brevet, un déremboursement des médicaments à service médical rendu insuffisant ou encore la mise en place de nouveaux conditionnements ; toutes ces mesures vont dans le bon sens.

En revanche, les tarifs forfaitaires de responsabilité n'ont pas eu que des effets favorables. Lorsque le médicament princeps est au même prix que le générique, c'est toute la logique de substitution qui est mise à mal ! L'extension prévue des TFR, associée à une baisse de 13 % du prix des génériques inscrits au répertoire, a d'ailleurs suscité des réactions très vives, notamment de la part des pharmaciens d'officine. Plus qu'un désaccord sur le fond, je crois que se pose là une question de méthode.

Ce volet relatif au médicament n'a peut-être pas été suffisamment le fruit de concertations. Certaines dispositions ont même été brutales.

Par exemple, vous demandez à l'industrie pharmaceutique de fournir un effort pour rétablir l'équilibre des comptes en 2006. C'est sans doute justifié, mais ne la fragilisons pas ; il faut préserver la recherche et son indépendance. Le projet de loi initial multipliait par trois la taxe sur son chiffre d'affaires, qui passait ainsi de 0,6 % à 1,96 %. Cette mesure ne risque-t-elle pas d'avoir des conséquences négatives sur sa pérennité ?

Il me semble indispensable que les relations entre l'Etat et l'industrie pharmaceutique s'inscrivent dans une véritable contractualisation pluriannuelle et dans la transparence, afin d'éviter les à-coups qui font du médicament une variable de bouclage financier commode.

Le dernier point sur lequel je souhaite insister concerne la nécessaire réforme de l'hôpital.

L'hôpital a pu se sentir moins concerné par le débat relatif à la réforme de 2004. De fait, l'évolution modérée des dépenses de soins de ville cache un dérapage inquiétant des dépenses hospitalières en 2005, puisque l'objectif fixé par le Gouvernement pourrait être dépassé de 650 millions d'euros. Au total, les établissements de santé auront bénéficié de 2,5 milliards d'euros supplémentaires.

La tarification à l'activité est l'un des outils de la modernisation. Si le secteur privé a fait preuve d'un grand sens des responsabilités avec une mise en œuvre complète de la réforme dès le mois de mars 2005, le secteur public semble avoir des difficultés à s'approprier cette mutation.

Pour les directeurs de CHU, la poursuite de la mise en œuvre de la réforme doit se faire à plusieurs conditions : tarifs stables en 2006-2007, liste stable des dispositifs ou des médicaments coûteux, missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation, les MIGAC, mieux évaluées et chiffrées.

Nous devons faire en sorte que les hôpitaux s'inscrivent dans une autre démarche et que les meilleurs soient récompensés. Pour autant, cela ne signifie pas qu'il ne faille pas accompagner les hôpitaux en difficulté ; c'est d'ailleurs le rôle des ARH, au travers de contrats clairs de modernisation et de restructuration.

Qui peut accepter l'idée que les prix entre l'hôpital public et l'hôpital privé ou, pis encore, entre les CHU, soient aussi disparates, allant du simple au triple pour un séjour en médecine, chirurgie, obstétrique, la MCO ?

Abandonner l'étape intermédiaire de convergence des tarifs fixés pour 2008 eût été un signal de renoncement et compromettrait, me semble-t-il, l'objectif de 100 % en 2012. Je me réjouis donc que l'Assemblée nationale ait rétabli le taux de 50 %.

L'instauration de la TAA s'inscrit dans le cadre plus large du plan « Hôpital 2007 », notamment avec la mise en œuvre d'une nouvelle gouvernance.

Il serait injuste de ne pas reconnaître les progrès réalisés par la communauté hospitalière dans ce domaine. Mais il convient aussi de souligner que la maîtrise médicalisée et les bonnes pratiques telles qu'on les diffuse dans le secteur ambulatoire n'ont pas encore trouvé leur place à l'hôpital.

Enfin, pour conclure, j'évoquerai rapidement un sujet qui n'est pas tout à fait lié à notre débat, mais qui a suscité une vive émotion chez les médecins ; il s'agit de la réforme de l'avantage social vieillesse, l'ASV, prévue par l'article 47 du projet de loi.

Tout le monde reconnaît que la situation de ce régime est préoccupante et requiert des mesures. Certains, dont la Caisse autonome de retraite des médecins de France, la CARMF, se sont prononcés en faveur de la fermeture pure et simple de l'ASV. J'ai bien compris que cette option ferait peser sur l'assurance maladie des charges exorbitantes et inacceptables.

La création d'une cotisation supplémentaire a été, vous le savez, très mal acceptée par les professionnels concernés, qui se plaignent de ne pas avoir été consultés. Je sais, monsieur le ministre, que vous les avez entendus en faisant adopter un amendement qui répartit la charge de cette cotisation sur le principe un tiers-deux tiers, principe conforme à l'esprit conventionnel. Que pouvez-vous leur dire de plus pour les rassurer ?

Monsieur le ministre, voilà des interrogations auxquelles vous apporterez, nous l'espérons, des réponses. *(Applaudissements sur les travées de l'UMP)*

M. Roland Muzeau. C'est dur de défendre l'indéfendable !

Mme la présidente. La parole est à M. le ministre délégué.

M. Philippe Bas, *ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille.* Mesdames, messieurs les sénateurs, je répondrai brièvement à chacun d'entre vous.

Monsieur Vasselle, vous avez souligné, à juste titre, l'importance des efforts qui sont mis en œuvre pour le redressement de nos comptes. Ces efforts ne sont pas simplement ceux du Gouvernement et de la représentation nationale, ce sont aussi, et d'abord, les efforts des Françaises et des Français, ainsi que ceux des prescripteurs et de l'ensemble des professions de santé, qui se sont heureusement engagés dans cette réforme.

Vous avez indiqué qu'il fallait poursuivre l'effort engagé dans le domaine de la maîtrise médicalisée des dépenses. Grâce à celle-ci, nous aurons réalisé, à la fin de l'année 2005, une économie d'au moins 650 millions d'euros, et certainement davantage.

M. François Autain. Sur le dos de qui ?

M. Philippe Bas, ministre délégué. Nous avons la même exigence s'agissant de la mise en place du parcours de soins. Trente-trois millions de Français ont déjà choisi leur médecin traitant.

M. François Autain. Vous l'avez déjà dit !

M. Philippe Bas, ministre délégué. Car ils en ont bien compris l'intérêt. L'institution du médecin traitant renvoie à une vieille tradition française, à laquelle nous sommes tous attachés, à savoir le médecin de famille, le médecin de campagne ; ceux-ci ont joué un rôle important dans le passé.

La prochaine étape est celle de la mise en place des contrats responsables : ils seront opérationnels dès le 1^{er} janvier 2006, monsieur de Montesquiou.

Monsieur Vasselle, vous vous êtes inquiété de l'imputation à l'assurance maladie d'une partie de la charge que représente le financement de la grippe aviaire. Face à ce défi, il ne doit pas y avoir de restriction d'ordre financier. L'Etat apporte lui aussi sa contribution, à hauteur de 177 millions d'euros. Xavier Bertrand et moi-même usons de ce dispositif, mais sans en abuser. Cette crise, si elle devait survenir, serait grave. Si nous y échappons, cette dépense n'a pas lieu d'être augmentée.

Vous avez rappelé l'importance de la réforme engagée depuis l'ordonnance de 1996. Celle-ci n'a jamais été contestée en matière hospitalière et elle s'est poursuivie avec le plan « Hôpital 2007 », annoncé par Jean-François Mattéi. Naturellement, Xavier Bertrand continue ce plan avec un total engagement.

Une autre réforme a été mise en place dans le cadre de l'assurance maladie : la TAA ; tous les orateurs l'ont évoquée. Sa mise en œuvre est progressive, dans le secteur public comme dans le secteur privé. L'objectif de convergence auquel le Gouvernement et le Parlement sont également attachés est clairement réaffirmé par ce texte. Il doit toutefois se réaliser en tenant compte des différences dans la nature des charges supportées par chacun des secteurs. L'inspection générale des affaires sociales, saisie par Xavier Bertrand, fera des propositions dès la fin de l'année 2005 sur cette question. Les établissements de santé ont bénéficié de plus de 2 milliards d'euros supplémentaires en 2005.

M. François Autain. C'est trop !

M. Philippe Bas, ministre délégué. Ce sera encore le cas en 2006. On ne peut donc parler, mesdames, messieurs les sénateurs de l'opposition, d'une réduction des moyens. Au contraire, ceux-ci connaissent une forte augmentation, qui est justifiée par des besoins réels.

M. Guy Fischer. Où passe l'argent ?

M. Philippe Bas, ministre délégué. L'augmentation, en 2006, de 3,44 % de l'ONDAM pour le secteur hospitalier permettra de faire face à l'augmentation des charges, notamment salariales, et à la mise en œuvre des plans de santé publique, qui doit impérativement se poursuivre en 2006.

L'hôpital participe – c'est normal – à l'effort de maîtrise médicalisée des dépenses de l'assurance maladie. A cet égard, il faut raisonner par analogie avec ce qui se pratique déjà grâce à la convention des médecins pour la médecine de ville. C'est la raison pour laquelle, conformément à la loi du 11 août 2004 relative à l'assurance maladie, nous allons développer les accords de bon usage et la mise en place de bonnes pratiques de soins. C'est l'illustration de cette volonté de maîtrise médicalisée des dépenses hospitalières.

Les missions d'intérêt général des établissements publics font l'objet, depuis 2005, d'une enveloppe spécifique, qui sera légèrement supérieure à 4 milliards d'euros.

La situation des établissements privés à but non lucratif associés au service public hospitalier a été évoquée à plusieurs reprises. Ces établissements ont rencontré des difficultés, car nombre d'entre eux ont été contraints de souscrire des accords de réduction du temps de travail dans le cadre de la première loi Aubry. En contrepartie, leur ont été accordées des exonérations très importantes de cotisations sociales, qui n'ont pas été reconduites par la seconde loi Aubry et qui sont arrivées à expiration récemment.

Pour remédier à ces difficultés liées – personne ne peut le nier – à l'imperfection du dispositif instauré en 1998, nous avons débloqué 100 millions d'euros cette année, qui ont été attribués aux établissements à la mi-octobre pour les accompagner dans la mise en œuvre de la nouvelle tarification.

Monsieur Jégou, je vous remercie non seulement de votre intervention, mais également du travail approfondi que vous avez réalisé sur le dossier médical personnel.

M. Gérard Dériot, rapporteur. Très bien !

M. Philippe Bas, ministre délégué. J'ai commencé à en prendre connaissance. Votre contribution nous aidera à mettre en œuvre cette grande réforme, qui est au cœur de celle de l'assurance maladie. Il s'agit avant tout d'une réforme de santé publique. (*M. Roland Muzeau s'exclame.*)

M. François Autain. Comment peut-on dire de telles choses ?

M. Philippe Bas, ministre délégué. Elle est destinée à assurer la qualité des soins. De même, l'institution du médecin traitant a avant tout pour objet d'améliorer la qualité des soins et, partant, notre santé à tous. Le dossier médical personnel permettra d'éviter un certain nombre de risques sanitaires et d'assurer la convergence des actions des différents professionnels de santé autour du malade et, par conséquent, leur bonne coordination.

Dès notre arrivée aux responsabilités, Xavier Bertrand et moi-même avons pris conscience, plus globalement, de la nécessité de placer l'informatisation du système de santé au cœur de la stratégie de l'Etat en matière de santé publique. Les directions centrales y travaillent très activement. Des propositions nous seront faites au cours des prochaines semaines pour la mise en place d'un nouveau schéma directeur destiné à assurer l'interopérabilité des différents systèmes d'information de santé. C'est essentiel dans un objectif de santé publique.

La mise en place du dossier médical personnel est prioritaire ; celui-ci constitue même le deuxième pilier de la réforme. C'est un projet structurant. Son objet est d'améliorer la qualité des soins. Notre volonté d'aboutir est totale et l'aide que vous nous apportez à cet égard est donc particulièrement appréciée. Nous devons faire preuve de pragmatisme afin d'atteindre nos objectifs. Ceux que nous nous sommes fixés pour juillet 2007 seront tenus.

À cet égard, je veux insister sur trois éléments fondamentaux.

D'abord, il faut accélérer le calendrier juridique nécessaire à la mise en œuvre du dossier médical personnel. Un certain nombre de décrets doivent donc être pris. Le premier décret concerne les hébergeurs ; il sera publié prochainement.

D'autres textes sont en préparation sur le contenu du dossier médical personnel et sur les identifiants. C'est la condition du développement de ce nouveau système.

En réponse à M. de Montesquiou, je tiens à dire qu'il faudra veiller à ce que le dossier médical personnel soit accessible aux professionnels autres que les médecins, en tant qu'ils sont concernés par une partie du dossier médical, à la condition *sine qua non* que le patient y consente. C'est dire la complexité du dispositif ! Il doit être assorti de clef d'accès garantissant que ceux qui auront obtenu le droit d'accéder aux informations ne puissent le faire qu'en tant qu'ils sont intéressés par lesdites informations, c'est-à-dire pas pour les autres. Ces questions juridiques sont essentielles !

Naturellement, monsieur Jégou, il est indispensable que dans ce processus d'élaboration, puis de mise en place, puis de généralisation du dossier médical personnel, les moyens financiers nécessaires soient mobilisés.

À cet égard, notre intention, pour l'année 2006, est de réaliser des essais grandeur nature en développant ce qui est en germe à partir des expériences déjà réalisées en France. L'objectif à atteindre est ambitieux : 3 millions de dossiers médicaux personnels en 2006.

Je souscris à l'évaluation que vous avez faite concernant le coût d'un dossier médical personnel. À l'intérieur de la fourchette que vous avez donnée, nous avons estimé le prix de chaque dossier à 19 euros. Le coût total pour 3 millions de dossiers est donc légèrement inférieur à 90 millions d'euros, somme qui est budgétée dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale. Par conséquent, nous considérons que les moyens dont nous avons besoin sont inscrits dans ce projet de loi ; nous y avons veillé, car c'est pour nous une priorité essentielle.

Enfin, je voudrais insister sur la nécessité de placer les usagers et les professionnels au cœur des décisions qui sont prises. D'ailleurs, l'une des premières décisions que nous avons arrêtées avec Xavier Bertrand, à notre arrivée, a été d'intégrer ces interlocuteurs prioritaires dans le conseil d'administration du groupement d'intérêt public, avec voix délibérative.

Heureusement, dans notre pays, nous ne partons pas de rien ! Il est un certain nombre de préalables sans lesquels le succès de la mise en place du dossier médical personnel ne pourrait être obtenu.

D'abord, il y a eu l'instauration du système « Césame Vitale », qui nous permet aujourd'hui de bénéficier d'une véritable infrastructure et d'une sécurité des échanges. Même si cette dernière doit encore être améliorée, ce capital d'expérience est indispensable à la réussite du dispositif.

Grâce à ce système, 85 % des médecins libéraux disposent aujourd'hui d'une carte de professionnel de santé permettant la signature électronique des documents ainsi que leur authentification, atout énorme pour l'informatisation des dossiers médicaux personnels.

Aujourd'hui, près de 23 000 pharmacies d'officine sont équipées, et nous devons en tirer partie pour la mise en place du dossier médical personnel. Il est important que les pharmaciens aient accès, avec l'accord de l'assuré social, à une partie des informations du dossier médical personnel.

Le succès de la réforme en ce qui concerne le choix du médecin traitant va aussi nous aider à adapter le dossier médical personnel, car c'est bien la logique de coordination des soins qui est à l'œuvre.

Je répondrai maintenant à l'intervention de M. Fischer. Que cela lui plaise ou non, nous réduisons fortement les déficits ! Tout à l'heure, Mme Le Texier a utilisé une belle expression, dont je la remercie.

Mme Raymonde Le Texier. J'ai pensé que cela vous plairait !

M. Philippe Bas, ministre délégué. Mais c'est bien plus que du « glamour », madame la sénatrice.

M. François Autain. C'est de la rage ! (*Sourires.*)

M. Philippe Bas, ministre délégué. C'est un résultat que devons à l'engagement des Français : le déficit, qui s'élevait à 16 milliards d'euros, ne sera plus que de 8,3 milliards d'euros à la fin de l'année.

M. Raymond Courrière. Belle réussite !

M. Philippe Bas, ministre délégué. C'est beaucoup trop ! Vous avez certainement des propositions à formuler pour accélérer ce rythme ! L'année prochaine, nous baisserons le déficit de 25 %. Si vous voulez que nous nous rapprochions des 50 %, dites-nous comment faire, madame Le Texier, monsieur Fischer !

M. François Autain. Nous n'arrêtons pas de vous le dire, mais vous ne nous entendez pas !

M. Philippe Bas, ministre délégué. Certainement en augmentant les impôts ! Je sais que c'est la pratique que vous recommandez ! (*Mme Marie-Thérèse Hermange applaudit. – Protestations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC.*) Pour notre part, nous avons toujours pensé que cette solution était à éviter.

M. Raymond Courrière. Nous vous avons dit tout à l'heure ce qu'il fallait faire !

M. François Autain. Un sonotone pour M. le ministre !

M. Philippe Bas, ministre délégué. Il faut réussir à redresser notre assurance maladie en préservant l'égal accès aux soins, au progrès médical, mais sans pénaliser l'emploi dans notre pays en augmentant les prélèvements sur les entreprises.

M. Roland Muzeau. Sans pénaliser la Bourse !

M. Philippe Bas, ministre délégué. Notre honneur, c'est d'avoir réussi à diminuer une bonne partie du déficit – et de continuer à le faire – en faisant appel à la responsabilité de chacun et en favorisant l'évolution des comportements, tout en préservant un haut niveau de protection sociale. (*Exclamations sur les travées du groupe CRC.*)

M. François Autain. Vous mentez, monsieur le ministre !

M. Philippe Bas, ministre délégué. Les chiffres n'ont pas été démentis depuis que je les ai énoncés à cette tribune !

M. Roland Muzeau. Ce n'est pas beau !

M. Philippe Bas, ministre délégué. En 1994, la couverture des soins de ville assurée par l'assurance maladie était de 77,7 % ; elle est aujourd'hui de 79,8 %.

Notre système de soins prend donc en charge les dépenses d'assurance maladie pour tous les Français. Nous l'améliorons encore en facilitant l'accès à une couverture complémentaire. Cela, mesdames, messieurs les sénateurs de l'opposition, ce n'est pas vous qui l'avez fait, c'est nous ! Et nous continuons dans cette voie !

Mme Raymonde Le Texier. Il faut bien que vous fassiez quelque chose !

M. Philippe Bas, ministre délégué. Monsieur Fischer, on dirait que vous êtes hostile à ce que vous avez qualifié « la chasse à la fraude ».

M. Guy Fischer. Ah !

M. Philippe Bas, ministre délégué. Mais la fraude, c'est la mort de la solidarité !

M. François Autain. C'est marginal ! (*Exclamations sur les travées de l'UMP*)

M. Christian Cambon. Venez voir dans le Val-de-Marne si c'est marginal !

M. Philippe Bas, ministre délégué. Quand la fraude existe, chacun se sent dispensé des efforts qu'il doit aux autres dans le cadre de la solidarité nationale pour assurer l'équilibre de notre sécurité sociale. (*Protestations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC.*) Eh oui ! Je ne rougis pas de présenter au Parlement ce projet de loi de financement de la sécurité sociale !

MM. de Montesquiou et Lardeux y sont légitimement attachés, comme nombre d'entre vous, je le sais. Nous continuons à agir avec fermeté contre la fraude. Nous ne voulons pas qu'un ressortissant européen, disposant de moyens importants dans son propre pays, ayant acheté une belle maison dans l'un de nos beaux départements, puisse profiter de la CMU, comme c'était le cas avec les dispositions que vous avez prises. (*Nouvelles protestations sur les mêmes travées.*)

Nous avons pris des dispositions pour y mettre fin ! Nous avons en effet multiplié les contrôles, et nous n'en rougissons pas, avec l'assurance maladie pour éviter les abus dans les indemnités journalières et les arrêts de travail. (*Bravo ! et applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'UC-UDF.*) Aujourd'hui, 700 000 contrôles ont porté sur les arrêts de travail. Ils augmentaient de 5 % à 7 % par an au cours des années précédentes. Cette année, ils baisseront de 2,5 % !

M. Guy Fischer. Pour conserver leur emploi, les gens n'auront plus le droit d'être malades !

M. Christian Cambon. D'être des faux malades !

M. Philippe Bas, ministre délégué. Et nous sommes décidés à poursuivre cette politique, qui nous paraît indispensable. Les Français nous le demandent et nous le ferons ! (*Très bien ! et applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

M. Guy Fischer. Les pharmaciens pourraient nous expliquer comment ils couvrent les fraudes à la carte Vitale ! (*Exclamations sur les travées de l'UMP.*)

M. Philippe Bas, ministre délégué. Monsieur Fischer, j'ai indiqué tout à l'heure à M. Vasselle qu'il n'y aurait pas de réduction de moyens. Là encore, il suffit de regarder les chiffres : 2 milliards d'euros supplémentaires en 2005, 3,44 % de progression de l'ONDAM hospitalier en 2006, et 6 milliards d'euros pour le plan « Hôpital 2007 » qui se poursuit ; ce n'est pas rien !

De plus, 500 millions d'euros seront consacrés l'année prochaine à la lutte contre la vétusté, ainsi qu'à l'humanisation de nos maisons de retraite et de nos maisons d'accueil spécialisées pour handicapés. Cela représente, en une seule année, le double de ce qui a été fait au cours des cinq années précédentes. Avez-vous mis en œuvre un plan pour lutter contre la vétusté de nos maisons de retraite ? Je ne le crois pas !

M. Bernard Cazeau. La journée fériée de solidarité, ce n'est pas vous !

M. Philippe Bas, ministre délégué. Madame Dini, je crois avoir démontré avec Xavier Bertrand que le Gouvernement s'est lui aussi fixé un objectif fondamental dans la mise en œuvre de la réforme : assurer un haut niveau de protection sociale à tous les Français, c'est-à-dire un égal accès aux soins et au progrès médical.

C'est la raison pour laquelle nous revalorisons si fortement – et je sais que vous y êtes sensible – l'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire de santé. Si vous adoptez ce texte, cette aide atteindra 60 % du coût de la mutuelle pour une personne de plus de soixante ans. Les Français qui ont du mal à bénéficier d'une couverture complémentaire en seront très heureux.

S'agissant de la démographie médicale, vous vous félicitez des dispositions du projet de loi, et je vous en remercie. C'est l'un des volets de l'égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire national. Tous les sénateurs, sur l'ensemble des travées, y sont très attachés. Nous allons favoriser les remplacements et augmenter les moyens du fonds pour l'amélioration de la qualité des soins de ville. Nous souhaitons en effet renforcer les outils de cette politique.

En revanche, vous vous inquiétez de la réforme de l'hôpital, notamment de la montée en charge de la tarification à l'activité. L'IGAS rendra, à la fin de l'année 2005, un rapport sur les voies et moyens de la convergence en tenant compte des différences, dans la nature des charges, entre les établissements privés et les établissements publics.

Enfin, vous avez évoqué la situation de la branche accidents du travail et maladies professionnelles. Je me réjouis qu'après une trop longue attente les partenaires sociaux aient enfin ouvert une discussion. Je les appelle à la conclure par une réforme substantielle de ce régime, qui permettra d'améliorer la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et d'assurer, par une nouvelle forme de gouvernance, une bonne prise en charge de ces accidents et de ces maladies.

Je salue la qualité des travaux de votre Haute Assemblée s'agissant du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante. Dans quelques semaines seront finalisés les rapports de l'Assemblée nationale et de l'IGAS.

Je partage votre souci d'une révision de l'organisation et du financement de la branche.

Madame Le Texier, vous semblez déplorer que l'on n'aille pas plus vite. J'aimerais beaucoup pouvoir le faire ! Mais s'il faut, à cet effet, décider de nouveaux impôts ou des déremboursements, je m'y refuse !

Mme Raymonde Le Texier. J'espère bien !

M. Philippe Bas, ministre délégué. Au fond, ce qui nous différencie dans la prise en charge de l'avenir de notre sécurité sociale, c'est que, nous, nous misons sur la responsabilité et sur les changements de comportements.

M. Bernard Cazeau. C'est l'erreur !

M. Philippe Bas, ministre délégué. Nous avons compris que seule une évolution de nos pratiques individuelles au regard de l'assurance maladie et de notre approche de la solidarité permettra d'assurer durablement un bon équilibre de nos comptes, en faisant en sorte que chaque euro dépensé par l'assurance maladie soit réellement utile à la santé.

Si nous nous limitons à prendre des mesures de correction financière, la courbe d'augmentation des dépenses non justifiées par l'exigence de soins poursuivra sa trajectoire, et nous serons condamnés, dans un an, deux ans, trois ans, à élaborer de nouvelles dispositions financières.

Mais si nous changeons en profondeur les comportements des malades et des prescripteurs, alors, nous aurons les meilleures chances de parvenir à un système équilibré qui nous permettra de prendre en charge les besoins sociaux de l'avenir.

C'est la raison pour laquelle je me réjouis, encore une fois, que nos compatriotes se soient si massivement engagés dans le choix de leur médecin traitant.

S'agissant de la franchise de 18 euros, cette mesure, qui sera prise en charge par les régimes complémentaires, ne pèsera pas sur le montant des cotisations des assurés. En effet, grâce à l'ensemble des mesures de ce projet de loi, les régimes complémentaires pourront réaliser des économies, notamment en raison de notre politique du médicament qui atténue leurs charges de remboursement.

Par ailleurs, vous avez curieusement qualifié de « dérisoire » l'impact financier de cette mesure. S'il est si faible – cette mesure ne devrait en effet rapporter que 100 millions d'euros – pourquoi craignez-vous que cette disposition puisse avoir, à elle seule, un impact aussi fort sur le montant des cotisations versées aux régimes complémentaires ?

Mme Raymonde Le Texier. Pour les assurés !

M. Philippe Bas, ministre délégué. Madame la sénatrice, votre argumentation n'est pas cohérente !

Mme Raymonde Le Texier. Nous ne vivons pas sur la même planète !

M. Philippe Bas, ministre délégué. S'agissant du rôle des médecins dans la réforme de l'assurance maladie, j'assume parfaitement, comme M. Xavier Bertrand, la décision qui a été prise par le gouvernement précédent de faire le choix de la confiance. Nous poursuivons dans cette voie, car le Gouvernement et l'ensemble des Français sont récompensés...

M. François Autain. Ils ne s'en aperçoivent pas !

M. Philippe Bas, ministre délégué. ... du fait que les médecins s'impliquent fortement dans la réforme.

Comment voulez-vous engager une réforme qui repose sur la responsabilité et le changement des comportements sans passer par un bon accord avec les médecins, qui sont les prescripteurs de la dépense d'assurance maladie ?

Mme Raymonde Le Texier. Nous sommes d'accord sur ce point !

M. Philippe Bas, ministre délégué. Vous reprenez une antienne bien connue : c'est la faute des médecins, qui prescrivent trop, ne se forment pas, ne respectent pas leurs engagements...

M. Roland Muzeau. Ils ne sont jamais responsables !

M. Philippe Bas, ministre délégué. Précisément, ils respectent leurs engagements, ils sont responsables !

Mme Raymonde Le Texier. Pas tous ! Une partie seulement !

M. Philippe Bas, ministre délégué. Par ailleurs, aucune des nombreuses conventions médicales qui ont été signées jusqu'à présent ne comportait des dispositifs aussi simples d'application et aussi efficaces !

La France, record d'Europe dans les prescriptions d'anti-dépresseurs, record d'Europe dans les prescriptions d'antibiotiques, record d'Europe dans les arrêts de travail.

M. François Autain. Record d'Europe toutes catégories !

M. Philippe Bas, ministre délégué. Eh bien ! les médecins, avec l'assurance maladie, ont décidé d'y mettre fin ! Ce faisant, ils démontrent qu'en soignant mieux on fait des économies.

M. François Autain. Ils ne l'ont pas démontré !

M. Philippe Bas, ministre délégué. Les deux sont liés !

Je me félicite donc de la signature de cette convention et je veille, avec Xavier Bertrand, à sa bonne application. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP*) Je tiens à remercier de leur engagement, les médecins et les autres professionnels de santé

M. François Autain. Les engagements ne sont pas tenus !

M. Philippe Bas, ministre délégué. Pour assurer la répartition des médecins sur le territoire national, vous voulez leur imposer des obligations, assorties de sanctions financières.

Mme Raymonde Le Texier. Je n'ai pas dit cela ! Vous m'avez mal écoutée !

M. Philippe Bas, ministre délégué. Ce n'est pas la voie que le Gouvernement a choisie ! Il a préféré celle de l'incitation, parce que les mesures de contraintes aboutissent à un seul résultat : la crise des vocations et des installations.

Mme Raymonde Le Texier. Je suis vraiment déçue que vous m'ayez si peu écoutée !

M. Philippe Bas, ministre délégué. Monsieur Lardeux, vous avez parlé de quadrature du cercle s'agissant du redressement de l'assurance maladie. C'est effectivement un défi ; il n'est pas impossible à relever, à la différence de la quadrature du cercle, qui n'a toujours pas été résolue par les mathématiciens.

C'est par la modification des comportements, la responsabilisation de chacun que nous réussissons à redresser durablement les comptes, comme nous avons commencé à le faire. Ainsi, l'ONDAM pour 2005 est respecté.

M. François Autain. C'est faux !

M. Philippe Bas, ministre délégué. C'est la première fois depuis 1997, si mes souvenirs sont bons.

La progression des dépenses de soins de ville est modérée : plus 2,2 % par rapport à 2004. Trente-trois millions de Français ont désigné leur médecin traitant.

M. Bernard Cazeau. Il n'y avait pas d'autres solutions !

M. Philippe Bas, ministre délégué. Je ne me satisfais pas de ces résultats, mais ils sont encourageants et ils doivent tous nous inciter à poursuivre dans cette voie. Les Français sont récompensés de la discipline qu'ils s'imposent en choisissant un médecin traitant.

Par ailleurs, pour faire face à l'augmentation des coûts de prise en charge des personnes âgées dépendantes dans les établissements de retraite, le Gouvernement a accompli un effort important. Au moment où il fait progresser de 2,5 % les dépenses d'assurance maladie en 2006, il augmente les

dépenses pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes de plus de 9 %, et de plus de 13 % en ajoutant l'apport de la journée de solidarité.

C'est la preuve que, lorsqu'on maîtrise les dépenses d'assurance maladie, on se donne vraiment les moyens de répondre à de nouveaux besoins.

Le processus de médicalisation des maisons de retraite se poursuivra. L'amélioration de la tarification des maisons de retraite médicalisées doit continuer ; j'y veillerai.

Monsieur de Montesquiou, il est en effet ambitieux d'avoir fixé un objectif de 2,5 % d'augmentation pour l'année prochaine. J'ai noté que vous souteniez cet objectif et je vous en remercie.

J'ai également noté votre engagement personnel dans la lutte contre les fraudes. J'ai eu l'occasion de m'exprimer sur ce sujet ; je n'y reviens pas.

S'agissant du dossier médical personnel, comme je l'ai indiqué tout à l'heure à M. le rapporteur pour avis, les professionnels de santé autres que les médecins doivent pouvoir avoir accès à la partie du dossier qui les concerne, avec l'accord du patient.

S'agissant de la politique des génériques, à l'évidence, elle a déjà eu des effets très importants. Il faut la poursuivre ; nous nous y engageons !

Enfin, mesdames, messieurs les sénateurs, n'oublions surtout pas qu'au moment où nous poursuivons notre effort de réduction des déficits il faut en donner le sens à nos compatriotes. Nous n'agissons pas simplement pour la beauté du geste ! La réduction des déficits a pour objet de maintenir ce système de santé performant, auquel nous sommes tous, sur l'ensemble des travées, profondément attachés, parce que tous les Français y sont profondément attachés. Et ce n'est qu'en maîtrisant les dépenses que nous y parviendrons.

C'est la raison pour laquelle nous sommes à ce point engagés, avec détermination, dans la mise en œuvre de cette réforme.

Alors même que certains médicaments dont l'intérêt médical n'est pas grand ont été retirés de la liste des médicaments remboursables, nous avons assumé, cette année, le coût de cent quatre-vingt-seize nouveaux médicaments issus de la recherche et du développement de l'industrie pharmaceutique.

N'oublions pas l'annonce de Xavier Bertrand concernant la prise en charge de l'examen de l'ostéodensitométrie. (*M. Bernard Cazeau s'exclame.*)

N'oublions pas la mise en œuvre du plan « Hôpital 2007 » !

N'oublions pas l'effort, sans précédent en France, concernant les personnes âgées et les personnes handicapées.

N'oublions pas non plus l'effort exceptionnel en faveur de la famille : plus 7,5 % par an pendant quatre ans, c'est-à-dire un cumul de plus 2,4 milliards d'euros pour la branche famille, pour l'action sociale et pour la construction de crèches.

Cette gestion responsable de notre sécurité sociale nous donne les moyens de faire face aux besoins de l'avenir, et c'est la raison pour laquelle nous devons absolument poursuivre notre effort. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'UC-UDF, ainsi que sur certaines travées du RDSE.*)

Mme la présidente. Mes chers collègues, nous avons achevé le débat sur l'assurance maladie.

Nous allons examiner les articles de la quatrième partie concernant les dispositions relatives aux dépenses pour 2006.

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Articles additionnels avant l'article 26

Mme la présidente. L'amendement n° 225, présenté par Mme Demontès, MM. Cazeau et Domeizel, Mmes Printz, Le Texier et Campion, M. Godefroy, Mme Alquier et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Avant l'article 26, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 251-2 du code de l'action sociale et des familles ainsi rédigé :

« Art. L. 251-2. – La prise en charge, assortie de la dispense d'avance des frais concerne :

« 1° Les frais définis aux 1°, 2°, 4°, 6°, 7^{et} 8° de l'article L. 321-1 et à l'article L. 331-2 du code de la sécurité sociale par application des tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie ;

« 2° Le forfait journalier, instauré par l'article L. 174-4 du même code. »

La parole est à Mme Gisèle Printz.

Mme Gisèle Printz. Par cet amendement, nous entendons renouer avec la tradition d'accueil, de solidarité et de prévention qui fut celle de notre pays.

L'article 57 de la loi de finances rectificative pour 2002, introduit par la majorité parlementaire, a mis en place une forme de ticket modérateur sur le montant de l'aide médicale gérée par l'Etat en direction de ses ressortissants. Dans les faits, depuis la loi du 15 juillet 1893, les populations les plus fragiles de notre pays, qu'elles soient françaises ou étrangères, pouvaient bénéficier d'un accès gratuit aux soins sans distinction statutaire.

Cette disposition a remis en cause le principe constitutionnel d'égalité.

Pour expliquer ce recul de plus d'un siècle, la majorité de l'époque avait argué de la nécessité de soumettre au droit commun les personnes étrangères, qu'elles soient en situation régulière ou non.

Il s'agissait de respecter l'équité, mais, comme le reconnaissait la majorité, avec la mise en place de la CMU, le dispositif de l'AME s'adressait majoritairement aux étrangers en situation irrégulière.

Or ces personnes ont bien souvent un parcours sanitaire cahoteux, pour ne pas dire quasi inexistant.

Par ailleurs, comme tout citoyen français, elles peuvent se prévaloir des dixième et onzième alinéas du préambule de notre Constitution : « La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement.

« Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de

la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence. »

Cette disposition avait également pour objet d'« éviter que nos compatriotes eux-mêmes ne se présentent au service des urgences en prétextant être des étrangers en situation irrégulière ».

À l'époque, nous n'avions pas partagé cette analyse. Elle culpabilisait déjà les assurés sociaux, alors que l'IGAS elle-même considère les dépenses liées à l'AME comme peu fiables.

Vous aviez également estimé cette mesure indispensable pour désengorger les hôpitaux, prétendant qu'en basculant cette population sur les soins de ville une amélioration notable s'ensuivrait.

Mais, bien évidemment, cette disposition ne concernait certainement pas les cliniques privées, ni les laboratoires ou tout autre établissement devant pratiquer des examens radiologiques.

Quant aux médecins, certains font preuve d'humanisme, d'autres pas. En fait d'équité et de soumission au droit commun, cette mesure obéissait seulement à une logique comptable. Elle visait à réaliser des économies sur le dos des plus pauvres, tout en risquant de les mettre en péril. Elle ne s'inscrivait nullement dans une démarche humaniste, méconnaissant les péripéties fantastiques auxquelles avaient été soumis nombre d'ayants droit.

Ces dépenses non négligeables – entre 300 et 450 millions d'euros entre 1999 et 2002 –, couvraient des soins nécessaires et permettaient d'éviter une aggravation des pathologies constatées.

En effet, selon l'association Médecins du Monde, la mise en œuvre de cette disposition, à laquelle s'ajoutent malheureusement la réforme de 2004, ainsi que les récentes circulaires de cet été, « met tous les jours la santé de milliers de personnes en danger. Les progrès réalisés ces dix dernières années dans le cadre des dispositifs AME et CMU doivent être consolidés au lieu d'être ruinés. C'est pourquoi nous demandons de revenir au dispositif AME qui existait avant décembre 2003 et qui permettait aux plus vulnérables d'avoir un accès effectif et immédiat au système de droit commun. »

Parce que l'atteinte au dispositif de l'AME constitue une remise en cause du principe constitutionnel d'égalité, parce qu'elle déroge aux dixième et onzième alinéas du préambule de la Constitution, parce qu'elle ne correspond nullement à une démarche de prévention et qu'elle met en cause la notion même de santé publique, nous souhaitons, par cet amendement, revenir à la rédaction initiale de l'article L. 251-2 du code de l'action sociale et des familles.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Vasselle, rapporteur. Les amendements présentés par nos collègues du groupe socialiste et du groupe CRC sur les dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie sont récurrents : nous les examinons, pour la plupart, chaque année.

M. Roland Muzeau. Et alors ?

M. Alain Vasselle, rapporteur. Le Sénat s'est donc déjà maintes fois prononcé.

M. Roland Muzeau. Et, à chaque fois, il s'est trompé !

M. Alain Vasselle, rapporteur. Dès lors, afin de ne pas allonger les débats et de terminer si possible cette nuit l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, mes réponses seront brèves. Je vous prie, mes chers collègues, de m'en excuser, mais nos collègues de l'opposition, qui connaissent notre avis, le comprendront bien. (*Protestations sur les travées du groupe CRC et du groupe socialiste.*)

Par conséquent, je donnerai, sur la plupart de ces amendements, un avis lapidaire négatif. (*Très bien ! sur les travées de l'UMP.*) Je ne fournirai une explication que si l'amendement le justifie !

En tout cas, s'agissant de cet amendement relatif à l'AME, la commission émet un avis défavorable. (*Exclamations sur les travées du groupe socialiste.*)

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Philippe Bas, ministre délégué. Sans entrer dans un débat de fond, l'aide médicale d'Etat est payée par l'Etat, et non par la sécurité sociale. L'amendement est donc hors sujet : avis défavorable !

M. Roland Muzeau. Laconisme méprisant !

M. François Autain. Vous ne respectez pas l'opposition !

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote.

M. Bernard Cazeau. C'est bien connu, M. Autain vient de le rappeler, l'opposition n'est pas respectée dans cette maison ! (*Protestations sur les travées de l'UMP.*)

Monsieur le ministre, ce que vous préconisez me semble dangereux ; je ne parle pas de M. Vasselle qui, lui, n'y connaît rien. En effet, vous laissez des gens malades, certes parfois en situation irrégulière, errer et contaminer leur famille voire, parfois, leur voisinage. Dans le cas de la tuberculose, par exemple, certaines personnes venant d'Afrique crachent du BK. Or ils peuvent attendre longtemps avant d'être pris en charge. Je crois que vous faites une mauvaise action !

Mme Raymonde Le Texier. Je suis d'accord !

Mme la présidente. La parole est à M. le ministre délégué.

M. Philippe Bas, ministre délégué. Monsieur le sénateur, croyez-moi, au chapitre de la générosité et de la santé publique, je serai présent ! Les situations d'urgence ne cesseront pas d'être prises en charge, les soins seront assurés ; cette réforme de l'aide médicale d'Etat est humaine et juste.

MM. Roland Muzeau et Guy Fischer. Non, elle est injuste !

M. Bernard Cazeau. Elle est injuste et dangereuse !

Mme Raymonde Le Texier. Vous mettez en péril la santé publique !

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 225.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 172, présenté par MM. Fischer, Muzeau et Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Avant l'article 26, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Avant le 30 juin 2006, le Gouvernement doit présenter devant le Parlement un rapport relatif à l'accès aux soins des personnes dont le revenu est inférieur au seuil de pauvreté. Ce rapport fait l'objet d'un débat dans les deux assemblées.

La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. Prévoyant le sort qui allait être réservé à l'amendement de notre collègue Gisèle Printz, nous avons déposé celui-ci !

Cet amendement a pour objet d'engager une réelle concertation concernant l'accès aux soins et le niveau sanitaire des plus démunis et, plus généralement, des personnes pauvres. Je souhaite ainsi demander que soit présenté au Parlement un rapport du Gouvernement avant le 30 juin prochain sur ce thème. Ce rapport répondrait, selon moi, à une double urgence.

Premièrement, il convient d'évaluer l'état de santé des personnes pauvres, dont le nombre grandit malheureusement chaque jour, ce qu'illustre d'ailleurs la croissance des travailleurs pauvres dans notre société. Un rapport sur les personnes en situation de précarité ou de grande précarité livre d'ailleurs un certain nombre d'arguments.

Il y a donc urgence à faire le point sur le niveau sanitaire de ces catégories de population, mais aussi sur la qualité des soins qu'ils reçoivent et que la société leur doit, au nom des principes de solidarité et de justice.

Deuxièmement, ce rapport apporterait un éclairage sur les récentes dispositions prises par le Gouvernement concernant l'accès aux soins des personnes modestes.

Vous connaissez notre total désaccord au sujet des décrets relatifs à l'aide médicale d'Etat, volontairement publiés par le Gouvernement au milieu de l'été. Dans la mesure où ils durcissent les conditions d'accès à l'AME, ils ont nécessairement pour conséquence de « laisser sur le bord de la route » un certain nombre de personnes, et pas n'importe lesquelles : les sans-papiers, les sans domicile fixe, c'est-à-dire ceux qui, parmi nous, sont le plus en souffrance.

Au regard de la complexité de la procédure d'accession à l'aide médicale d'Etat qui, aujourd'hui, agit comme un moyen de dissuasion imparable pour ces populations, il n'est vraiment plus certain que le droit à la santé sur notre territoire soit encore garanti.

D'où la nécessité, selon nous, de faire le point sur ce sujet au travers de ce rapport. D'ailleurs, nous avons été sollicités par bon nombre d'associations caritatives et d'organisations non gouvernementales.

M. Roland Muzeau. Bien sûr !

M. François Autain. Par l'abbé Pierre aussi !

M. Guy Fischer. Par l'abbé Pierre, le Secours catholique, le Secours populaire, Médecins du Monde, les Petits Frères des pauvres...

Par ailleurs, ce même rapport, pour répondre à la logique de responsabilisation qui semble être ici le maître mot, pourrait contenir une évaluation de l'accueil réservé aux patients de la CMU par les praticiens libéraux. La récurrence des discriminations à l'égard de ces patients qu'il risque de mettre en lumière nous permettrait de réfléchir aux moyens d'y remédier. *(Très bien ! et applaudissements sur les travées du groupe CRC.)*

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Vasselle, rapporteur. Défavorable.

M. Roland Muzeau. C'est tout !

Mme Raymonde Le Texier. C'est scandaleux !

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Philippe Bas, ministre délégué. Le Gouvernement émet également un avis défavorable.

Monsieur Fischer, la nouvelle loi organique relative aux lois de finances comporte une obligation de rendre compte de l'application de ce type de réforme dans les rapports qui sont annexés à la loi de finances. Le Parlement sera donc tenu informé, non pas au mois de juin, mais au mois d'octobre, à l'occasion de l'examen de la loi de finances.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 172.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 26

I. – Après l'article L. 161-13 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 161-13-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 161-13-1. – Les personnes ayant relevé des dispositions de l'article L. 381-30 retrouvent, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, à l'issue de leur incarcération, pour la détermination des conditions d'attribution des prestations en espèces, le bénéfice des droits ouverts dans le régime dont elles relevaient avant la date de leur incarcération, augmenté, le cas échéant, des droits ouverts pendant la période de détention provisoire. Ce décret fixe notamment la durée maximale d'incarcération ouvrant droit au bénéfice de ces dispositions et la durée de maintien des droits aux prestations en espèces pour les personnes n'ayant pas repris d'activité professionnelle à la fin de leur incarcération. »

II. – Le premier alinéa de l'article L. 311-5 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Elle continue à en bénéficier, en cas de reprise d'une activité insuffisante pour justifier des conditions d'ouverture du droit à prestation fixées à l'article L. 313-1, pendant une durée déterminée par décret en Conseil d'Etat. »

III. – Le cinquième alinéa de l'article L. 323-4 du même code est supprimé.

III bis. – L'article L. 361-2 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 361-2. – Dans le cas où, entre la date de cessation d'activité et le décès de l'assuré, survient une augmentation générale des salaires, ce capital fait l'objet d'une révision. »

IV. – Les dispositions du III ne s'appliquent pas aux arrêts de travail en cours d'indemnisation depuis plus de six mois au 1^{er} janvier 2006.

V. – L'article L. 381-30-1 du même code est ainsi modifié :

1° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Durant leur incarcération, les détenus titulaires d'une pension d'invalidité liquidée par le régime dont ils relevaient avant leur incarcération bénéficient du maintien de son versement. Leurs ayants droit bénéficient, le cas échéant, du capital-décès prévu à l'article L. 361-1. » ;

2° Au début du deuxième alinéa, le mot : « Toutefois » est remplacé par les mots : « Par dérogation au premier alinéa ».

Mme la présidente. L'amendement n° 100, présenté par M. Godefroy, Mme Campion, M. Cazeau, Mme Demontés, M. Domeizel, Mmes Le Texier, Schillinger et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Avant le III de cet article, insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... – Le premier alinéa de l'article L. 323-4 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« La revalorisation du montant des indemnités journalières est indexée sur l'évolution générale des salaires. »

La parole est à Mme Claire-Lise Campion.

Mme Claire-Lise Campion. Par cet amendement, nous proposons que la revalorisation du montant des indemnités journalières soit indexée sur l'évolution générale des salaires. On observe, en effet, depuis plusieurs années, une réduction du pouvoir d'achat des titulaires de revenus de remplacement en raison de l'indexation sur les prix.

Certes, le pouvoir d'achat des salariés, à l'exception des cadres dirigeants, ne connaît pas une évolution très significative. Le ministre de l'emploi lui-même a dû le reconnaître et a demandé l'ouverture de négociations de branches sérieuses. Faut-il rappeler que de nombreuses branches, aujourd'hui, ont des minima conventionnels inférieurs au SMIC ?

Il y aurait donc beaucoup à dire sur l'évolution des salaires, notamment sur les écarts considérables, qui vont en s'aggravant, des échelles de salaires et des avantages annexes.

La situation, en ce qui concerne les prix, est encore plus problématique. Il existe, comme chacun le sait, plusieurs modalités de calcul de l'indice des prix.

M. Breton, ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le sait également, puisque, dès son arrivée, il nous a annoncé la création d'un « Caddie de référence » pour obtenir une meilleure approche de l'inflation sur les produits de consommation courante.

Depuis, nous n'en avons plus entendu parler, ce qui est fort regrettable. Nous en sommes donc réduits à nous référer aux chiffres officiels, qui sont pourtant, et ce n'est pas nouveau, sérieusement contestés. Avec un peu d'ironie, permettez-moi de vous demander, monsieur le ministre, si le déremboursement de nombreux médicaments ou le nouveau forfait de 18 euros sur les actes lourds laissé à la charge des patients vont entrer dans le calcul officiel de l'inflation.

Sans entrer dans une discussion qui aura plus sa place dans le débat sur la loi de finances, il est cependant clair que le pouvoir d'achat des revenus de remplacement baisse régulièrement : 1 % par an en moyenne selon l'Observatoire français des conjonctures économiques, l'OFCE, ce qui, sur la durée, finit par être considérable.

Nous proposons donc de mettre un terme à cette dérive, en indexant à l'avenir les revenus de remplacement sur l'évolution générale des salaires et non sur les prix.

MM. Guy Fischer et Roland Muzeau. Très bien !

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Vasselle, rapporteur. Je veux d'abord rappeler que les indemnités journalières ne sont pas imposables, ce qui constitue un avantage non négligeable pour certains bénéficiaires.

Ensuite, vous présentez chaque année cette demande,...

Mme Raymonde Le Texier. Nous sommes constants !

M. Alain Vasselle, rapporteur. ... sur laquelle le Sénat s'est maintes fois prononcé défavorablement.

Je vous renvoie, madame la sénatrice, au groupe de travail sur les minima sociaux, au sein duquel nous pourrions réfléchir aux éventuelles mesures à prendre dans ce domaine.

La commission a donc émis un avis défavorable sur cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Philippe Bas, ministre délégué. Même avis.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 100.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 26.

(L'article 26 est adopté.)

Article additionnel après l'article 26

Mme la présidente. L'amendement n° 109, présenté par M. Mercier et les membres du groupe Union centriste – UDF, est ainsi libellé :

Après l'article 26, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement transmettra au Parlement, au plus tard le 1^{er} juin 2006, un rapport sur les indemnités de frais de déplacement des professionnels de santé, indiquant en particulier les effets de l'augmentation du coût des carburants et ses conséquences sur le montant de l'indemnité de déplacement. Cette étude analysera l'indexation des indemnités de déplacement sur les hausses du coût du pétrole et la mise en place d'un tarif professionnel harmonisé pour les professionnels de santé.

La parole est à Mme Muguette Dini.

Mme Muguette Dini. Monsieur le ministre, cet amendement vise à favoriser la couverture optimale du territoire national par les professionnels de santé. Il paraît nécessaire de prendre en compte l'évolution du coût des carburants dans leurs déplacements, en particulier pour ceux d'entre eux, notamment les médecins en milieu rural, qui font de longs déplacements à domicile.

Le présent amendement a pour objet le dépôt d'un rapport analysant cette question.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Vasselle, rapporteur. La flambée des prix des carburants a une portée nationale ; ses conséquences touchent notre économie en général et toutes les professions. Le problème rencontré par les professionnels de santé s'inscrit dans cet ensemble.

Je souhaite que le Gouvernement nous livre son sentiment. Pour sa part, la commission des affaires sociales n'a pas jugé bon d'accéder à cette demande ; celle-ci pourrait être abordée dans le cadre d'un groupe de réflexion sur ce point particulier.

La commission a donc émis un avis défavorable, à moins que Mme Dini n'accepte de retirer son amendement au vu des explications de M. Bas.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Philippe Bas, ministre délégué. Il existe effectivement un problème de fond, qui relève des relations conventionnelles entre la CNAM et les professions de santé.

M. Raymond Courrière. Tous ceux qui travaillent sont concernés !

M. Philippe Bas, ministre délégué. Celui-ci a d'ailleurs été pris en compte dès cet été pour les ambulanciers, et les discussions sont en cours pour les masseurs-kinésithérapeutes. Le conseil d'administration de la CNAM doit justement délibérer des orientations de l'ensemble de ces négociations.

Je ne pense pas qu'un rapport supplémentaire contribuerait à résoudre le problème que vous avez évoqué. Naturellement, je m'engage à informer le Parlement sur le déroulement et la conclusion de ces négociations.

Telles sont les raisons pour lesquelles je vous demanderai, madame la sénatrice, de bien vouloir retirer cet amendement.

Mme la présidente. Madame Dini, l'amendement n° 109 est-il maintenu ?

Mme Muguet Dini. Non, je le retire, madame la présidente.

Je voulais seulement indiquer que les professions de santé ont du mal à vivre dans les milieux ruraux. Il est très important que le soin puisse être assuré, y compris en favorisant le remboursement de certains frais inhérents aux déplacements.

M. Roland Muzeau. Ce serait bien pour tous les travailleurs !

Mme la présidente. L'amendement n° 109 est retiré.

Article 26 bis

Le cinquième alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, l'article L. 162-26, les dépassements d'honoraires prévus au 18° de l'article L. 162-5 et le huitième alinéa de l'article L. 324-1 du même code ne sont pas applicables aux soins nécessaires au traitement de l'affection des patients reconnus atteints d'une affection mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 322-3 du même code avant le 15 novembre 2005 et ayant désigné leur médecin traitant, et ce, jusqu'à la remise du protocole de soins, et au plus tard jusqu'au 1^{er} juillet 2008. – (Adopté.)

Article additionnel après l'article 26 bis

Mme la présidente. L'amendement n° 215, présenté par MM. Fischer, Autain et Muzeau, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 26 bis, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement présente au Parlement, avant le 31 décembre 2005, un rapport d'évaluation sur l'application du dispositif du médecin référent.

La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. Au travers de cet amendement, je souhaite attirer votre attention sur le problème des médecins référents.

Les médecins référents ne connaissent toujours pas le sort qui leur est réservé par les partenaires conventionnels. Or le délai fixé par la convention médicale pour la conclusion d'un accord avec les médecins référents expirait mardi dernier.

En effet, le texte prévoyait que le 15 novembre au plus tard un avenant conventionnel fixerait les conditions de convergence de l'option « médecin référent ». Ce dispositif avait été mis en place le 4 décembre 1998 par un arrêté ministériel. On estime que 6 000 médecins généralistes y ont adhéré, soit 14 % de l'ensemble des omnipraticiens libéraux. C'est peu et beaucoup à la fois.

La nouvelle convention qui a été signée au début de l'année prévoit la fin de ce dispositif dans des conditions qui doivent être déterminées par les partenaires sociaux avant la fin de 2005. Or nous ne possédons aucune évaluation officielle de cette pratique, qui existe pourtant depuis bientôt sept ans, si ce n'est une étude sommaire engagée il y a quelques années par la CNAMTS.

Cette étude est trop lacunaire pour que l'on puisse en tirer des conclusions définitives. Elle montre cependant que le système du médecin référent produisait des effets positifs, non seulement en termes sanitaires, mais également en termes macroéconomiques.

La moindre des choses, me semble-t-il, aurait été de procéder à une évaluation exhaustive de cette pratique avant d'en envisager la suppression, ne serait-ce que pour répondre à l'inquiétude légitime, voire à l'amertume de ces médecins, qui ont le sentiment d'avoir été trahis par un Etat qui ne tient pas sa parole.

Ils se sont investis pendant des années dans une amélioration de leur pratique, qui va dans le sens d'un respect de l'éthique et donne une plus grande place aux principes qui fondent notre santé publique, en essayant de respecter un certain nombre d'impératifs.

Une prescription de médicaments plus mesurée, entraînant une économie pour l'assurance maladie de 20 000 euros par médecin et par an : voilà une illustration concrète de ce que peut être la maîtrise médicalisée.

Malheureusement, lorsque cette pratique produit des résultats effectifs, que nous pouvons mesurer, le Gouvernement s'associe à ceux qui veulent la supprimer.

On a pu observer qu'elle limitait le nombre de dépassements d'honoraires et que les médecins référents recouraient plus que la moyenne à la formation médicale continue. Or le Gouvernement reste silencieux, pour ne pas dire qu'il favorise la remise en cause d'une telle pratique.

Ce comportement a des conséquences plus importantes que celles que l'on pourrait imaginer : de nombreux praticiens, qui n'ont pas souscrit à cette option du médecin référent, y voient un manque de respect de la parole de l'Etat et une vengeance syndicale des partenaires conventionnels.

Le Gouvernement devrait essayer de dépasser les rivalités syndicales, afin de trouver une solution susceptible d'apporter une réponse à ces médecins conventionnels.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Vasselle, rapporteur. M. Autain n'apporte pas d'élément nouveau sur le sujet,...

M. François Autain. Non, puisque j'en demande !

M. Alain Vasselle, rapporteur. ... qui soit susceptible de justifier de la part du Sénat une prise de position différente de celle qu'il a adoptée l'année dernière sur le même amendement.

C'est la raison pour laquelle j'émetts un avis défavorable.

Nous gagnerions du temps si nos collègues prenaient en considération, avant de déposer un amendement identique à celui de l'année dernière, l'absence d'élément nouveau pouvant justifier le dépôt d'un tel amendement !

Mme Raymonde Le Texier. Quelle réaction insupportable ! Evoluez un peu, monsieur Vasselle !

M. Alain Vasselle, rapporteur. On devrait d'ailleurs, madame la présidente, changer le règlement intérieur : en l'absence d'élément nouveau justifiant le dépôt d'un amendement, ce dernier devrait être rejeté systématiquement.

M. Roland Muzeau. N'importe quoi !

Mme Raymonde Le Texier. On peut rêver que vous soyez touchés par la grâce ! Bougez un peu !

M. Alain Vasselle, rapporteur. La commission ne l'examinerait pas et l'on gagnerait du temps !

Mme la présidente. Nous ne changerons pas le règlement aujourd'hui, monsieur le rapporteur ! (*Sourires.*)

Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Xavier Bertrand, ministre. Le Gouvernement partage l'avis de la commission.

Je souligne tout simplement qu'il s'agit d'un domaine conventionnel, et que ce sont les partenaires conventionnels qui ont décidé la sortie du dispositif du médecin référent.

Je tiens à préciser, monsieur Autain – je n'ai cessé de le dire ! – que je serai très attentif au contenu de cet avenant conventionnel, car j'aurai à le régulariser.

Mme la présidente. La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

M. Guy Fischer. Je veux dire deux choses.

Premièrement, si M. le rapporteur croit qu'il va nous imposer sa façon de débattre dans cet hémicycle, sur un projet de loi aussi important,...

Mme Raymonde Le Texier. Si M. Vasselle cherche la bagarre, il va l'avoir !

M. Guy Fischer. ... s'il pense que la discussion n'aura pas lieu, je puis lui assurer que son attitude nous inciterait plutôt à terminer l'examen de ce texte demain soir dans la nuit !

M. François Autain. Oui !

M. Roland Muzeau. Exactement ! Ça commence à bien faire !

M. Guy Fischer. Ce n'est pas vous qui nous empêcherez de parler, monsieur le rapporteur ! Nous avons travaillé, nous avons écouté les Françaises et les Français, et nous entendons être porteurs de ce qu'ils nous ont dit !

M. Alain Vasselle, rapporteur. Vous répétez toujours la même chose ! Vous laissez les Français !

M. Guy Fischer. Ne croyez pas que vous allez nous faire taire !

Deuxièmement, au travers des propositions d'amendements que nous faisons ou des questions que nous posons, nous souhaitons être informés. Nous pensons que le ministre est en mesure de nous apporter un certain nombre de réponses que nous n'avons pas encore obtenues.

Monsieur le ministre, dites-nous exactement ce que vous voulez, plutôt que de continuer à informer la représentation nationale par le biais de la presse, comme cela se fait de plus en plus fréquemment ! C'est ainsi, notamment, que nous avons appris le contenu des accords qui sont passés avec les pharmaciens.

Prenons, par exemple, l'article précédent et les affections de longue durée, problème sur lequel la Haute Autorité de santé est en train de travailler.

Nous nous situons actuellement dans une période de transition, mais il est certain que, dans le courant de l'année 2006 – et vous le savez fort bien, monsieur le ministre, car c'est l'un de vos objectifs, parmi tant d'autres –, le nombre des assurés sociaux qui pourront bénéficier du régime des affections de longue durée sera réduit.

Dans un premier temps, vous avez instauré l'ordonnance bizonne ; maintenant, vous définissez des critères d'accès plus difficiles à satisfaire.

J'avertis donc aujourd'hui les Françaises et les Français : à l'avenir, ils auront bien plus de difficulté à bénéficier des affections de longue durée. Là-dessus, monsieur le ministre, vous ferez des économies !

M. Roland Muzeau. Très bien !

Mme la présidente. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Monsieur le rapporteur, je n'ai pas déposé cet amendement l'année dernière ; c'est d'ailleurs la première fois que je le présente !

M. Alain Vasselle, rapporteur. Ce n'est pas ce qui m'a été dit !

M. François Autain. Je trouve donc curieux que vous lui réserviez le même traitement qu'à l'amendement de mes collègues. Je me sens victime d'une injustice ! Je ne comprends pas que vous agissiez de cette façon, compte tenu des rapports très amicaux que nous entretenons par ailleurs.

Je vous demande donc de bien vouloir me fournir une réponse un peu plus complète que celle que vous m'avez apportée. Manifestement, je ne méritais pas une telle réponse !

M. Alain Vasselle, rapporteur. Dont acte !

M. François Autain. En ce qui concerne la réponse de M. le ministre, il est facile de se réfugier derrière la négociation conventionnelle, surtout lorsque celle-ci ne remplit plus son rôle. En l'occurrence, les partenaires s'en lavent les mains !

Il est important, me semble-t-il, que l'autorité politique intervienne quand la négociation conventionnelle ne fonctionne plus.

Cela se traduit quand même par une perte de revenu de 10 % à 30 % pour ces médecins référents, ce qui n'est pas négligeable. Je sais que vous êtes très attentif au sort des médecins, monsieur le ministre, vous l'avez montré. Les médecins référents sont des médecins comme les autres, voire des médecins pionniers. Ils méritent peut-être plus que les autres que l'on soit attaché à leur situation.

Je souhaiterais que vous adoptiez à leur égard une mesure que vous avez prise pour d'autres : les médecins référents devraient pouvoir bénéficier d'un moratoire comparable à celui des spécialistes, qui sont pénalisés par les tarifs de la nouvelle nomenclature technique. Vous l'avez fait pour les spécialistes ! Pourquoi ne le feriez-vous pas pour les médecins référents ?

À défaut, on aura tendance à considérer qu'il y a deux poids, deux mesures : des médecins que vous aimez bien et d'autres que vous n'aimez pas ! Or je sais que tel n'est pas le cas. Alors, démontrez-nous que les médecins référents sont des médecins comme les autres et que vous prenez en considération leur situation. Nous en serions très heureux, et les médecins référents aussi, car ils sont très inquiets. Ils viennent d'ailleurs de publier un livre Blanc. Je vous en conseille la lecture, monsieur le ministre, pour préparer les décisions que vous seriez amené à prendre en ce qui les concerne.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 215.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 26 ter

Le premier alinéa de l'article L. 162-15-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans la première phrase, après les mots : « d'un organisme local d'assurance maladie avec ses usagers », sont insérés les mots : « , notamment les réclamations liées à l'élaboration du protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1 du présent code » ;

2° Après la première phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Le conciliateur peut également être sollicité dans les conditions déterminées par la convention médicale prévue à l'article L. 162-5. » – *(Adopté.)*

Article additionnel avant l'article 26 quater

Mme la présidente. L'amendement n° 216, présenté par MM. Fischer, Autain et Muzeau, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Avant l'article 26 quater, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 1111-3 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ils sont tenus d'afficher, de manière visible et lisible leur situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie, y compris leur secteur d'appartenance conventionnelle et leur droit à dépassement permanent, ainsi que leurs honoraires ou fourchettes d'honoraires. »

La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. Pour comprendre cet amendement, il faut le situer...

M. Xavier Bertrand, ministre. Cette mesure existe déjà !

M. François Autain. Justement, monsieur le ministre, et c'est un peu la raison pour laquelle j'interviens : je suis tout à fait au courant de la législation actuelle, qui n'est pas appliquée ou qui est difficilement applicable !

Il faut, dis-je, situer cet amendement dans le contexte actuel, où les dépassements tarifaires illégaux ont tendance à se multiplier, ce qui a d'ailleurs entraîné, à juste titre, une réaction très vive de votre part.

Ces dépassements sont surtout sensibles chez les praticiens du secteur II, même si, je le reconnais, ces derniers ont droit à certains dépassements, à condition qu'ils soient appliqués avec tact et mesure.

Qu'est-ce que le tact et la mesure ? Le Conseil d'État a proposé récemment de les quantifier à 17,5 % du montant d'un acte. *(Sourires.)*

Le parcours coordonné de soins que vous avez institué a multiplié les situations tarifaires : les tarifs, qui étaient au nombre de huit avant la réforme, sont passés à trente-trois, ce qui n'est pas négligeable.

Et encore, ne sont pas prises en compte les variations tarifaires liées à l'état de santé, à la visite, à la spécialité, aux situations d'urgence et d'éloignement, à la région... Sans parler des taux de remboursement qui sont à l'avenant, malgré l'arrêté du 11 juin 1996 !

Cette complexité rend encore plus nécessaire qu'auparavant l'information des assurés.

Rares sont les médecins qui appliquent l'article L. 1111-3 du code de la santé publique, qui dispose : « Les professionnels de santé d'exercice libéral doivent, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie. »

Mes chers collègues, vous avez sans doute consulté des médecins. À combien d'entre vous ceux-ci ont-ils donné, avant la consultation, le montant des honoraires et le taux de remboursement ? La chose est suffisamment rare pour que l'on puisse considérer que cette législation n'est pas appliquée. Je me demande même, d'ailleurs, si elle est applicable, compte tenu de la nature de la relation qui lie le médecin au patient. Dès lors, il faudrait peut-être la supprimer.

C'est la raison pour laquelle je préconise que l'on renforce l'affichage dans les cabinets médicaux, lequel est malheureusement lacunaire.

Je n'ai pas le sentiment que l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'UNCAM, déploie beaucoup d'énergie, si ce n'est en parole, ni qu'elle se donne les moyens pour faire appliquer toutes ces dispositions. Il y a donc beaucoup à faire en la matière.

C'est pourquoi je propose, au travers de cet amendement, d'introduire dans la loi les dispositions de l'arrêté du 11 juin 1996. Celles-ci viendront compléter les mesures qui existent déjà, qui ne sont pas appliquées et qui sont difficilement applicables.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Vasselle, rapporteur. J'ai entendu l'appel de M. Autain et j'ai noté le « coup de gueule » de M. Fischer. Je vais donc essayer de tempérer mes propos, chers collègues, mais j'aimerais bien que nous fassions chacun un effort dans la bonne direction, c'est-à-dire que vous ayez l'amabilité, lorsqu'il s'agit d'un amendement récurrent,...

M. François Autain. Il n'est pas récurrent !

M. Alain Vasselle, rapporteur. ... de faire votre exposé le plus bref possible ; quant à moi, je veux bien ne pas être trop lapidaire sur vos amendements !

M. Raymond Courrière. Très bien !

M. Alain Vasselle, rapporteur. En la circonstance, monsieur Autain, votre amendement est d'ordre réglementaire et, de surcroît, il est satisfait par des dispositions elles-mêmes réglementaires. Si M. le ministre veut les compléter pour vous satisfaire, il vous le dira lui-même dans son avis, auquel cas, je compte sur vous, cher collègue, pour retirer cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Xavier Bertrand, ministre. J'aurais eu grand plaisir à donner satisfaction à M. Autain sur ce point, mais je me dois de faire observer que l'arrêté de juin 1996 trouve sa source dans la loi et que la mesure réglementaire a donc déjà une base législative.

M. François Autain. Non !

M. Xavier Bertrand, ministre. Mais si, monsieur le sénateur, et je vous renvoie sur ce point au code de la consommation. Nous n'allons pas introduire dans la loi des redondances alors que l'objet de la réforme, notamment dans ce PLFSS, est précisément de les éviter. Voilà pourquoi, et j'en suis désolé, le Gouvernement émet un avis défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Monsieur le ministre, j'aurais volontiers retiré mon amendement si vous m'aviez garanti que vous alliez renforcer les contrôles et prendre les mesures nécessaires pour l'application d'un arrêté déjà vieux de dix ans, qui manifestement n'est pas appliqué.

M. Xavier Bertrand, ministre. Vous êtes allé voir dans tous les cabinets médicaux ?

M. François Autain. Cet arrêté n'est pas ou est mal appliqué ! Nous ne disposons ni l'un ni l'autre de statistiques, mais je ne doute pas que, si une enquête était diligentée, elle ferait apparaître la réalité de ce que je dénonce.

Vous ne m'avez rien dit des mesures que j'attends, et vous n'avez même pas reconnu que cet arrêté n'était pas appliqué.

Dans ces conditions, je ne peux évidemment pas retirer cet amendement, qui vise précisément à faire en sorte qu'une disposition aujourd'hui réglementaire, mais inappliquée, puisse effectivement être appliquée demain, une fois consacrée par la loi.

Malheureusement donc, je ne peux pas vous donner satisfaction, monsieur le ministre, de la même façon que vous me donnez rarement satisfaction. Tant pis ! *(Sourires.)*

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 216.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 26 quater

Après le premier alinéa de l'article L. 162-15-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les assurés peuvent également saisir le médiateur quand ils ont acquitté des dépassements d'honoraires qu'ils estiment irréguliers ou contraires au principe du tact et de la mesure. »

Mme la présidente. Je suis saisie de quatre amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

Les deux premiers sont identiques.

L'amendement n° 83 est présenté par MM. P. Blanc, Leclerc et Murat.

L'amendement n° 110 est présenté par M. Mercier et les membres du groupe Union centriste-UDF.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Dominique Leclerc, pour défendre l'amendement n° 83.

M. Dominique Leclerc. Dans le droit fil des propos qui viennent d'être tenus, nous pensons que cet article complique inutilement le dispositif. La législation actuelle permet déjà de contester les éventuels compléments d'honoraires demandés par les professionnels de santé du secteur libéral.

Monsieur le ministre, je profite de l'occasion de la défense de cet amendement pour attirer votre attention sur un certain nombre de problèmes.

Il est très difficile aux parlementaires que nous sommes d'apprécier certains aspects du PLFSS, faute de disposer toujours de toutes les informations nécessaires.

On parle beaucoup actuellement de la judiciarisation de la médecine. Qu'en est-il ? Quel en est l'impact ?

Il a également beaucoup été question des assurances professionnelles et de la flambée des primes. On constate aujourd'hui que l'augmentation continue et que beaucoup d'assureurs se désengagent, laissant les autres dans une situation de quasi-monopole. Confirmez-vous cette analyse ? Qu'en est-il de la réalité des sinistres ?

L'évaluation des actes est une autre source de conflits potentiels. Avec la nouvelle nomenclature des actes, je l'ai moi-même vérifié, on arrive à cinquante pages pour une spécialité ! Il n'est pas toujours évident de trouver le bon code. Il existe, en effet, des coefficients modificateurs, des annexes, des règles d'association, des règles générales, des règles dérogatoires.

Je peux vous dire que les professionnels de santé, notamment en chirurgie, estiment difficile dans un premier temps d'établir la bonne codification de l'acte qu'ils se proposent de faire. Quand le patient se retourne vers la caisse et les mutuelles pour s'assurer du bien-fondé du devis qui lui a été communiqué par le professionnel – on retrouve ici le problème de l'information –, il tombe souvent sur les abonnés absents !

Nous sommes au cœur d'une réforme fondée sur l'indispensable responsabilisation de tous les partenaires. Cela va du professionnel de santé au patient en passant par leurs interlocuteurs, la caisse et les mutuelles.

Mme la présidente. La parole est à Mme Muguette Dini, pour présenter l'amendement n° 110.

Mme Muguette Dini. Nous souhaitons, par cet amendement, supprimer l'article 26 quater introduit par l'Assemblée nationale.

En vertu de cet article, les assurés « peuvent également saisir le médiateur » – celui de la caisse – « quand ils ont acquitté des dépassements d'honoraires qu'ils estiment irréguliers ou contraires au principe du tact et de la mesure. »

Cet article jette une fois de plus la suspicion sur les médecins en général et sur les chirurgiens libéraux en particulier. Nous souscrivons pleinement à l'analyse d'un certain

collègue député lorsqu'il déclare avoir été frappé par la frustration des chirurgiens face au « récent amendement Fagniez qui, une nouvelle fois, ouvre un procès d'intention, fait naître le soupçon, contre des médecins ; cette fois, ce sont les chirurgiens. »

Cet article a d'ailleurs été adopté contre l'avis du président du Conseil national de la chirurgie.

Une telle mesure alimentera un esprit procédurier et courtelinesque avec d'autant plus de certitude que la notion de « tact et de mesure » est spécialement floue.

C'est pourquoi nous demandons la suppression de cet article.

Mme la présidente. L'amendement n° 19, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Dans le texte proposé par cet article pour compléter l'article L. 162-15-4 du code de la sécurité sociale, remplacer le mot :

médiateur

par le mot :

conciliateur

La parole est à M. Alain Vasselle, rapporteur.

M. Alain Vasselle, rapporteur. Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

Mme la présidente. L'amendement n° 217, présenté par MM. Fischer, Autain et Muzeau, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Compléter *in fine* le texte proposé par cet article pour insérer un nouvel alinéa après le premier alinéa de l'article L. 162-15-4 du code de la sécurité sociale par une phrase ainsi rédigée :

« Ces dispositions sont également applicables en cas de défaut d'affichage visible et lisible par les médecins de leur situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie, y compris leur secteur d'appartenance conventionnelle et leur droit à dépassement permanent, ainsi que leurs honoraires ou fourchettes d'honoraires. »

La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. Cet amendement s'inscrit directement dans la logique de celui que j'ai précédemment défendu. Donc, pour faire plaisir à mon collègue rapporteur, je n'en dirai pas plus ! (*Sourires.*)

Mme la présidente. Je suis certaine que M. le rapporteur appréciera !

Quel est l'avis de la commission sur les amendements identiques n° 83 et 110, ainsi que sur l'amendement n° 217 ?

M. Alain Vasselle, rapporteur. La commission sollicite l'avis du Gouvernement sur les amendements identiques de suppression n° 83 et 110.

Si ces amendements de suppression faisaient l'objet d'un avis favorable du Gouvernement et étaient adoptés, l'amendement n° 217, comme d'ailleurs celui que j'ai présenté au nom de la commission, n'aurait plus d'objet. M. Autain sera sans doute éclairé par l'avis du Gouvernement.

Monsieur le ministre, je comprends l'émotion des chirurgiens : aujourd'hui, ils peuvent être entraînés devant les tribunaux par des patients qui contestent des dépassements d'honoraires. C'est la loi !

L'Assemblée nationale avait imaginé un dispositif qui permettait aux usagers, plutôt que d'aller directement au contentieux, de passer par la voie de la conciliation, ou de la médiation. J'avais la faiblesse de penser que ce n'était pas une mauvaise idée et que cela éviterait sans doute aux chirurgiens une multitude de contentieux. Or, nous le savons les uns et les autres, lorsque l'on s'engage sur la voie contentieuse, on ne sait pas toujours comment on en sort !

Donc, l'objectif était de rendre service non seulement aux chirurgiens mais aussi au pays, singulièrement à la sécurité sociale !

Certains préfèrent visiblement que le dispositif disparaisse. Mais il ne faudra pas venir pleurer demain si les contestations contentieuses de dépassements d'honoraires se multiplient. Nul doute que les chirurgiens viendront se plaindre pour que nous fassions évoluer à nouveau la législation. Cela étant, je vous livre en cet instant mon sentiment personnel, et en aucune façon celui de la commission.

Il faut savoir également que les professionnels de santé peuvent sans aucune difficulté trouver une solution de conciliation ou de médiation par voie conventionnelle. Je les invite à explorer cette piste.

Une autre solution, à mon avis, aurait pu faire l'objet d'un consensus : la conciliation, ou la médiation, par l'intermédiaire du conseil de l'ordre. Je laisse cela à l'appréciation de M. le ministre. Le débat est ouvert. Nous allons en délibérer aujourd'hui mais, pour éviter que nous n'ayons de nouveau à légiférer sur le sujet à l'occasion de l'examen d'un prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale, je souhaite que la voie conventionnelle soit retenue, pour donner satisfaction aux usagers et surtout aux professionnels de santé.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Xavier Bertrand, ministre. L'amendement n° 217 découle de l'amendement n° 216 précédemment défendu. Le Gouvernement avait émis un avis défavorable ; il est tout aussi défavorable à cet amendement-là.

S'agissant de l'amendement n° 19, il n'aura plus d'objet si les deux amendements identiques de suppression sont adoptés. Le Gouvernement émettra un avis favorable sur ces deux amendements de suppression. Je voudrais vous expliquer pourquoi, mesdames, messieurs les sénateurs.

Quand le député Pierre-Louis Fagniez a déposé l'amendement qui a été adopté par l'Assemblée nationale, il voulait éviter le recours aux tribunaux en cas de dépassements au-delà « du tact et de la mesure ».

M. Alain Vasselle, rapporteur. Très bien !

M. Xavier Bertrand, ministre. Il voulait éviter la judiciarisation, qui n'est pas une fatalité, mais qui inquiète aujourd'hui beaucoup d'acteurs de santé, et pas seulement les professionnels de santé ; ce n'est d'ailleurs pas sans incidences au regard de l'accès à l'assurance.

En la matière, monsieur Leclerc, je tiens à vous rassurer : ce que l'on avait annoncé ne s'est pas produit ; je me suis employé personnellement, au nom du Gouvernement, à faire en sorte que nous ayons autant d'acteurs de l'assurance sur le marché de l'assurance médicale.

On nous avait dit qu'un acteur devait se retirer du marché ; il a été remplacé par un autre. L'accès à l'assurance est donc maintenu. Nous travaillons actuellement, notamment avec la Fédération française des sociétés d'assurances, la FFSA, afin d'avoir une meilleure lisibilité pour l'avenir.

L'explosion des primes d'assurance de responsabilité civile, c'est aujourd'hui du passé ; il faut le dire. Cette année, nous constatons une stabilité, mais nous restons particulièrement vigilants.

Je reviens un instant à la volonté du député Pierre-Louis Fagniez en la matière. L'idée était d'éviter la judiciarisation, c'est-à-dire non seulement les rapports à la justice, mais aussi les délais inhérents aux contentieux.

M. Roland Muzeau. C'est une bonne idée !

M. Xavier Bertrand, ministre. Depuis, un élément nouveau est intervenu. Lundi dernier, le conseil des ministres a en effet adopté un projet de loi ratifiant l'ordonnance du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique.

Cette ordonnance réorganise la procédure de conciliation par la création d'une commission chargée de la conciliation au sein des conseils de l'ordre départementaux. Cela signifie qu'il n'y aura plus comme auparavant un seul membre, le président du conseil de l'ordre, pour traiter de ces sujets, mais trois membres. Nous allons donc avoir des possibilités élargies de saisine du conseil de l'ordre en ces matières.

S'agissant du conciliateur, il aurait fallu aller au bout de la logique et modifier la loi. Le conciliateur est compétent pour les rapports entre la caisse et les assurés sociaux. Or les litiges dont nous parlons concernent les rapports entre l'assuré social et le médecin, ce qui n'entre pas dans les attributions du conciliateur en tant que tel.

Voilà pourquoi cet amendement posait un problème de compatibilité par rapport à la réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004.

Pour rester sur le sujet des dépassements d'honoraires au-delà du tact et de la mesure, je rappelle qu'au terme d'une étude réalisée sur un certain nombre de départements par la Caisse nationale d'assurance maladie entre 1,5 % et 2,5 % d'abus sont constatés. C'est trop, mesdames, messieurs les sénateurs !

J'ai donc souhaité rencontrer l'ensemble des syndicats signataires de la convention. Un contact a également été pris avec le conseil de l'ordre et la caisse nationale de l'assurance maladie, afin d'appeler les professionnels de santé à la plus grande vigilance et à une plus grande responsabilité. C'est essentiel !

Cela étant, nous ne devons pas compliquer les dispositifs de recours existant. En effet, en cas de dépassement au-delà « du tact et de la mesure », des sanctions conventionnelles sont prévues ; en cas de litige entre un assuré social et un médecin, le conseil de l'ordre peut intervenir.

Si la conciliation échoue, il est possible de se tourner vers une section pour traiter le contentieux. Dans une telle section, les médecins ne sont pas les seuls à siéger, un juge administratif est également présent.

M. Guy Fischer. Mais les assurés sociaux n'y siègent pas, eux !

M. Xavier Bertrand, ministre. À la suite de la publication de l'étude réalisée par la caisse nationale de l'assurance maladie, nous avons également voulu rappeler à tous les acteurs concernés les impératifs d'égalité d'accès aux soins.

Compte tenu du nouveau dispositif qui a été introduit par la ratification de l'ordonnance du 26 août 2005, l'amendement adopté par l'Assemblée nationale, qui avait été déposé dans le souci d'éviter la judiciarisation de la médecine, n'est plus pertinent. C'est la raison pour laquelle le Gouvernement est favorable aux amendements qui tendent à supprimer cet article.

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote sur les amendements identiques n^{os} 83 et 110.

M. Bernard Cazeau. Monsieur le ministre, vous faites preuve de beaucoup de bonne volonté et vous détaillez les différentes étapes que doit suivre un citoyen qui estime être victime d'un abus.

Néanmoins, il faut quand même le dire, ces abus sont de plus en plus nombreux depuis quelques années. Aujourd'hui, il faut trois à six mois avant d'obtenir un rendez-vous chez un ophtalmologiste, alors qu'il peut parfois s'agir de problèmes graves risquant d'empirer pendant ce laps de temps.

M. Xavier Bertrand, ministre. La démographie médicale !

M. Bernard Cazeau. Et je ne parlerai pas des problèmes en radiologie, ni des excès de certains praticiens hospitaliers.

Je veux tout de même vous faire part d'une expérience personnelle.

Étant dans l'obligation de recueillir l'avis d'un chef de service de l'hôpital Georges-Pompidou, que je ne citerai pas, j'ai essayé d'obtenir un rendez-vous, sans dire que j'étais sénateur ni même médecin, car ce n'est pas mon habitude. On m'en a fixé un à trois mois. Le membre de ma famille que j'accompagnais étant pressé, car inquiet, j'ai demandé une consultation dans le cadre des visites privées. Nous avons été reçus huit jours après !

M. Roland Muzeau. Eh oui, c'est le *business* !

M. Bernard Cazeau. Après avoir rapidement regardé les documents – il a dû mettre cinq minutes en tout et pour tout –, il nous a pris 100 euros, soit 25 euros la minute, c'est-à-dire 152 francs !

Le fait d'être chef de service ou d'avoir de la notoriété – celui-là en avait très certainement, puisqu'il était chef de service à Paris – ne justifie pas de tels excès.

Monsieur le ministre, je m'adresse à vous qui êtes en charge de ce secteur : ce serait à l'honneur du Gouvernement de mettre en place des solutions plus rapides et moins décourageantes pour les patients. Celles-ci doivent non seulement trouver la juste mesure en matière libérale, mais également permettre que les choses se déroulent à l'hôpital dans un contexte convenable et sans excès. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

M. Guy Fischer. Nous voterons contre les amendements de suppression de cet article.

Nous partageons l'avis de M. Cazeau : les dépassements d'honoraires se multiplient dans des proportions qui dépassent l'entendement.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. C'est le cas à Paris !

M. Guy Fischer. Je ne veux pas faire de délation, mais je pourrais citer des cas très précis, monsieur le ministre. J'ai en effet des proches qui ont dû se faire opérer dans certaines cliniques où ils ont déboursé 10 000 francs, 15 000 francs, voire plus.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Cela a coûté 1 500 euros pour ma fille !

M. Guy Fischer. Certaines consultations coûtent jusqu'à 90 ou 100 euros.

C'est pourquoi nous souhaitons le maintien de cet article, d'autant que l'on peut s'étonner que notre collègue député Pierre-Louis Fagniez, qui est quand même membre de la majorité, chirurgien...

M. Christian Cambon. Grand chirurgien ! Il a sauvé l'un de vos amis !

M. Guy Fischer. ... donc quelqu'un d'averti, n'ait pas été au courant de la ratification de l'ordonnance du 26 août 2005.

M. Roland Muzeau. Le Gouvernement non plus !

M. Guy Fischer. Tout à l'heure, M. Leclerc évoquait le niveau des primes d'assurance. Nous avons eu un débat sur ce sujet, notamment en ce qui concerne la hausse des primes d'assurance des chirurgiens.

Je ne crois pas me tromper en disant que les primes d'assurance, par décision conventionnelle et en négociation avec la CNAM, sont prises en charge à hauteur de 75 % par la CNAM. N'est-ce pas, monsieur le ministre ?

M. Xavier Bertrand, ministre. Seulement quand il y a accréditation !

Mme la présidente. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. La distinction que fait M. le ministre entre la sécurité sociale, le médecin et le malade ne me semble pas fondée. Si j'ai bien compris, un conflit portant sur les honoraires ne concernerait donc que le malade et son médecin, et pas la sécurité sociale. Or, en cas de dépassement illégal d'honoraires, il est évident que la sécurité sociale a son mot à dire, ne serait-ce que pour le remboursement. En la matière, le conciliateur a un rôle déterminant à jouer.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. L'assuré est captif !

M. François Autain. En l'espèce, je ne pense pas que le conseil de l'Ordre doive être sollicité. Je voterai donc l'amendement de la commission, qui se contente de remplacer le mot « médiateur » par le mot « conciliateur ».

M. Alain Vasselle, rapporteur. Cet amendement devrait ne plus avoir d'objet !

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 83 et 110.

(Les amendements sont adoptés.)

Mme la présidente. En conséquence, l'article 26 *quater* est supprimé, et les amendements n^{os} 19 et 217 n'ont plus d'objet.

La parole est à M. le ministre.

M. Xavier Bertrand, ministre. Les deux témoignages qui relatent des expériences médicales personnelles ne doivent pas faire oublier le travail réalisé par les médecins dans ce pays. *(Applaudissements sur les travées de l'UMP. – Vives protestations sur les travées du groupe CRC.)*

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. C'est une honte de dire ça !

M. Xavier Bertrand, ministre. J'ai indiqué tout à l'heure qu'il y avait 1,5 % à 2,5 % d'abus, que c'était encore trop et qu'ils étaient donc injustifiables.

M. Guy Fischer. Les assurés sociaux sont des fraudeurs !

M. Xavier Bertrand, ministre. Ces exemples ne doivent pas faire oublier le travail extraordinaire réalisé au quotidien par ces hommes et ces femmes qui s'occupent de notre santé.

M. Dominique Leclerc. Très bien !

M. Xavier Bertrand, ministre. La façon de présenter les choses peut parfois nuire à la confiance indispensable qu'entretiennent le patient et le médecin.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Les assurés sociaux sont des fraudeurs !

M. Roland Muzeau. Et les médecins sont des anomalies !

M. Xavier Bertrand, ministre. Mes propos vous dérangeaient-ils ?

M. Guy Fischer. Oui !

M. Xavier Bertrand, ministre. Vous êtes peut-être gênés par ceux que vous avez tenus.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Non, c'est ce que vous dites qui est grave !

M. Xavier Bertrand, ministre. On connaît la durée des études médicales. On sait quelle est la charge de travail.

M. Dominique Leclerc. La responsabilité !

M. Xavier Bertrand, ministre. Alors, ne vous trompez pas de débat ! Il ne s'agit pas seulement de discuter des tarifs pratiqués et des dépassements. Lorsque ceux-ci vont « au-delà du tact et de la mesure » ou de ce que prévoient les textes, il existe des sanctions conventionnelles ; le conseil de l'Ordre, voire la DGCCRF peuvent intervenir.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Il n'y a aucune sanction !

M. Xavier Bertrand, ministre. Il faut certainement rappeler les mesures qui sont à la disposition des patients confrontés à ce type de situation. Mais, je le répète, ne vous trompez pas de débat : quand vous dites que l'on attend trop longtemps avant de pouvoir obtenir un rendez-vous avec un spécialiste, c'est parce qu'il y a un problème de démographie médicale.

Les professionnels de santé s'investissent chaque semaine dans leur activité pendant un grand nombre d'heures, ils ont une charge de travail croissante et, en cas d'urgence, ils n'hésitent pas à prendre sur leur temps personnel pour apporter des soins. Ces professionnels de santé ne s'engagent ni pour eux ni pour leur activité professionnelle, ils s'engagent pour la santé des Français, ne l'oublions jamais ! *(Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'UC-UDF.)*

M. Alain Vasselle, rapporteur. Très bien !

Article 27

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

« Art. L. 162-1-7-1. – Les règles de hiérarchisation des actes effectués par les directeurs de laboratoire mentionnés à l'article L. 162-14 sont arrêtées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis de la commission mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7. »

II. – Après l'article L. 162-2-1 du même code, il est inséré un article L. 162-2-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-2-2. – Le médecin qui prescrit des soins de masso-kinésithérapie doit se conformer, pour apprécier l'opportunité de recourir, pour son patient, à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite ou de réadaptation mentionnés à l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, aux recommandations établies par la Haute Autorité de santé. »

III. – Après la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 162-5-3 du même code, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Les médecins exerçant dans le cadre de la même spécialité au sein d'un cabinet médical situé dans les mêmes locaux ou dans un centre de santé mentionné à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique peuvent être conjointement désignés médecins traitants. »

IV. – Dans l'article L. 4151-4 du code de la santé publique, après les mots : « peuvent prescrire », sont insérés les mots : « les dispositifs médicaux, dont la liste est fixée par l'autorité administrative, et ».

V. – La première phrase du 4^o du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « qui peut être modulée en fonction de leur niveau d'activité et de leurs modalités d'exercice, notamment pour favoriser l'exercice regroupé ».

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Cazeau, sur l'article.

M. Bernard Cazeau. Monsieur le ministre, je pense que vous avez bien mesuré la différence que nous faisons entre ceux qui font leur métier et les autres.

M. Xavier Bertrand, ministre. C'est bien de le rappeler !

M. Bernard Cazeau. Si vous ne l'avez pas mesurée, je peux vous y aider, car je suis un ancien professionnel.

M. Xavier Bertrand, ministre. Et moi, je suis un patient !

M. Bernard Cazeau. Il y a 80 % des médecins qui font bien leur métier et 20 % qui le font mal.

M. Xavier Bertrand, ministre. Ce n'est pas vrai !

M. Bernard Cazeau. C'est en soutenant ces 20 % que vous nuisez aux autres 80 %.

Mme Raymonde Le Texier. Très bien !

M. Alain Vasselle, rapporteur. Il y en a 1 %, pas 20 % !

M. Bernard Cazeau. Vous le savez très bien, la démographie médicale n'est pas la seule raison. Et même si tel était le cas, n'oublions pas que c'est sous le gouvernement de M. Juppé qu'on a commencé à y toucher.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Eh oui !

M. Bernard Cazeau. Sachant qu'il faut dix ans pour former un spécialiste, on voit le résultat aujourd'hui ! Donc, ne déformez pas nos propos !

M. Xavier Bertrand, ministre. Il n'est nul besoin de les déformer !

M. Bernard Cazeau. Nous apportons des preuves de ce qui se passe à l'hôpital, et, que je sache, l'hôpital est du ressort du Gouvernement.

M. Xavier Bertrand, ministre. Avez-vous changé les choses ?

M. Bernard Cazeau. Je maintiens donc ce que j'ai dit.

Je souhaite qu'à l'avenir vous vous impliquiez un peu plus, et que vous n'écoutez pas systématiquement ce que vous disent certains syndicats de médecins, notamment la Confédération des syndicats médicaux français, la CSMF, que vous privilégiez. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC.*)

M. Dominique Leclerc. N'importe quoi !

M. Claude Domeizel. Il a raison !

M. Alain Vasselle, rapporteur. Ce n'est pas très sérieux !

Mme la présidente. La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. L'accusation que vient de porter à notre rencontre M. le ministre est inacceptable, car nous ne critiquons pas l'ensemble des professions médicales et paramédicales. En revanche, monsieur le ministre, vous considérez tous les assurés sociaux comme des fraudeurs potentiels.

M. Xavier Bertrand, ministre. Ce que vous dites est inacceptable !

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. C'est la vérité !

M. Guy Fischer. Le Gouvernement auquel vous appartenez va même plus loin en estimant que tous les bénéficiaires des minima sociaux sont des fraudeurs potentiels.

M. Roland Muzeau. Exactement !

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Absolument !

M. Alain Vasselle, rapporteur. C'est un procès d'intention !

M. Guy Fischer. Nous saurons vous le rappeler ! (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC et du groupe socialiste.*)

M. Alain Vasselle, rapporteur. C'est votre stratégie électorale !

Mme la présidente. La parole est à Mme Marie-Thérèse Hermange.

Mme Marie-Thérèse Hermange. Je rappellerai simplement à M. Cazeau que les Parisiens et les Franciliens sont fiers de la médecine qui est dispensée par l'Assistance publique - hôpitaux de Paris, l'AP-HP, malgré les difficultés que cette dernière connaît.

M. Claude Domeizel. Cela n'a rien à voir !

M. François Autain. Quel est le rapport avec le débat d'aujourd'hui ?

Mme Marie-Thérèse Hermange. Nombreux sont d'ailleurs les habitants d'autres pays qui viennent s'y faire soigner. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'UC-UDF.*)

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Hors sujet !

Mme la présidente. La parole est à Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Madame Hermange, vous avez souhaité évoquer l'AP-HP et vous avez souligné que les Parisiens en étaient extrêmement fiers. Absolument !

Mais permettez-moi également de vous rappeler que le budget de l'AP-HP pour 2005 prévoit 880 emplois en moins, dont 694 emplois de personnels hospitaliers.

L'Assistance publique ne peut désormais plus faire face à l'accueil des personnes âgées dépendantes, alors qu'elle remplissait cette mission depuis cent ans.

Je voudrais à cet égard relayer l'appel de M. Alain Lhostis pour que l'Assistance publique ait les moyens d'accueillir les personnes âgées dépendantes.

Vous connaissez sans doute aussi bien que moi la ville de Paris, madame Hermange. Or, à Paris, il faut se lever de bonne heure pour trouver un médecin qui ne pratique pas de dépassements d'honoraires abusifs.

Mme Raymonde Le Texier. C'est vrai !

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Ainsi, lorsque j'ai dû emmener ma fille se faire opérer de la mâchoire dans une clinique conventionnée, j'ai dû déboursier 1 000 euros pour le chirurgien et 500 euros pour l'anesthésiste. Je rappelle qu'il s'agissait d'une clinique conventionnée !

En réalité, l'assuré social est captif. En effet, on lui dit : « C'est là que vous devez vous faire opérer, parce qu'il y a un spécialiste et qu'il s'agit d'une clinique conventionnée. »

Alors, je vous en prie, madame Hermange, mesurez vos propos : les Parisiens vous entendent ! (*Mme Hermange s'exclame.*)

La moitié des médecins et les deux tiers des spécialistes sont en secteur II ! C'est honteux ! (*Bravo ! et applaudissements sur les travées du groupe CRC et du groupe socialiste.*)

Mme la présidente. La parole est à M. André Lardeux.

M. André Lardeux. Ce débat est en train de prendre une tournure surprenante. (*Très bien ! et applaudissements sur les travées de l'UMP. – Protestations sur les travées du groupe CRC et du groupe socialiste.*) Je croyais que nous discutions des moyens que la nation voulait mettre à la disposition des services de soins et de santé de notre pays.

Permettez-moi tout de même de faire une mise au point. Les représentants de la majorité que nous sommes sont accusés de ne vouloir chasser les abus que d'un seul côté.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Oui ! Celui des assurés sociaux !

M. André Lardeux. Or, comme je l'ai évoqué tout à l'heure, il est bien clair pour nous, parlementaires de la majorité, que tous les abus doivent être poursuivis, ceux des assurés comme ceux des professionnels de santé.

M. Alain Vasselle, rapporteur. Très bien !

M. André Lardeux. Certes, nous sommes tous d'accord pour constater que ces abus sont minoritaires, tant chez les assurés que chez les professionnels. Cela étant, j'ignore si des équilibres savants entre les deux sont possibles. Le problème n'est d'ailleurs pas là.

Reconnaissons les uns et les autres que, dans notre pays, il y a une tendance, qui n'est pas nouvelle – elle ne date en effet ni d'hier, ni d'il y a dix ans, ni d'il y a cinquante ans –, selon laquelle l'Etat, c'est toujours les autres ; ce sont toujours les autres qui doivent faire des efforts !

Nous devrions peut-être faire des efforts dans ce domaine, en évitant de pratiquer l'amalgame et de nous jeter des épithètes dissonantes au visage. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

M. Alain Vasselle, rapporteur. Très bien !

Mme la présidente. Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux ; nous les reprendrons à quinze heures.

La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à douze heures cinquante, est reprise à quinze heures, sous la présidence de M. Christian Poncelet.*)

PRÉSIDENTE DE M. CHRISTIAN PONCELET

M. le président. La séance est reprise.

4

QUESTIONS D'ACTUALITÉ AU GOUVERNEMENT

M. le président. L'ordre du jour appelle les réponses à des questions d'actualité au Gouvernement.

Comme je l'ai écrit aux ministres et aux présidents de groupe, le respect du temps de parole de deux minutes trente est une condition incontournable de la réussite de cette séance.

Il y va de la courtoisie qui doit régner notamment dans une assemblée parlementaire et du respect de l'égalité entre tous les intervenants, sans oublier la nécessaire spontanéité des interventions et la souhaitable interactivité du dialogue avec le Gouvernement.

M. René-Pierre Signé. Alors, pas de questions téléphonées ! (*Sourires.*)

BUDGÉTISATION DES PROBLÈMES DES BANLIEUES

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

M. Bernard Vera. Monsieur le président, monsieur le Premier ministre, mesdames, messieurs les ministres, mes chers collègues, l'une des sources de la paix civile est la justice sociale. Il est donc urgent d'assurer à tous nos concitoyens une vie et un avenir dignes, afin que nul ne soit exclu ou victime de discrimination, que nul ne se sente ignoré ou rejeté.

Les violences inacceptables auxquelles nous avons assisté sont révélatrices d'une crise profonde, qui confirme un besoin de rupture avec le libéralisme, un besoin urgent de solutions alternatives, porteuses de progrès social, de justice, de citoyenneté et de fraternité.

Les souffrances qui minent nos quartiers populaires appellent un engagement résolu et durable en faveur des populations les plus démunies. Notre pays souffre du chômage, de la précarité, de terribles inégalités. Rien n'est plus urgent que de décréter une mobilisation forte pour s'attaquer à la résorption de toutes ces fractures.

Pourtant, au moment où le Président de la République entend dénoncer les « discriminations qui sapent les fondements même de notre République », un décret en date du 3 novembre dernier vient sèchement d'annuler des crédits à hauteur de 3 milliards d'euros, dont 205 millions en faveur de l'emploi des jeunes, 45 millions pour les villes et les quartiers sensibles, 55 millions pour les logements sociaux et 135 millions pour l'insertion des publics en difficulté.

Et la loi de finances pour 2006 va creuser encore les inégalités.

Entre la réduction de la progressivité de l'impôt, l'application d'un « bouclier fiscal » et les nouveaux abattements concernant l'impôt de solidarité sur la fortune, ce sont 1,2 milliard d'euros d'allègements fiscaux qui sont accordés

à une infime minorité de très riches privilégiés, soit l'équivalent du double des crédits affectés aux programmes de rénovation urbaine et d'équité sociale et territoriale.

Le plafonnement de la taxe professionnelle à 3,5 % prive l'Etat, c'est-à-dire les Français, de 1,5 milliard d'euros, soit trois fois le montant alloué aux zones d'éducation prioritaires.

Ma question est donc simple : face à l'urgence sociale, le Gouvernement va-t-il rétablir les crédits publics qu'il vient d'annuler et est-il prêt à modifier fortement le projet de loi de finances, afin de commencer à répondre à la détresse et aux besoins des populations de nos quartiers populaires ?

Plus généralement, va-t-il renoncer à une politique fiscale qui favorise les plus riches au détriment des plus pauvres ? (*Exclamations sur les travées de l'UMP*)...

M. Josselin de Rohan. Il y avait longtemps !

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Souriez, vous êtes filmés ! Cela fera plaisir à ceux qui vous regardent ! Montrez-vous tels que vous êtes !

M. Bernard Vera. ... et la finance au détriment de l'emploi ? En un mot, va-t-il diriger les richesses de notre pays vers la satisfaction des besoins du plus grand nombre ? (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC et du groupe socialiste.*)

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

Mme Catherine Vautrin, ministre déléguée à la cohésion sociale et à la parité. Monsieur le sénateur, vous venez d'évoquer les quartiers de nos villes. Or il y a un point sur lequel l'ensemble des membres de cette assemblée s'accorderont : durant les trente dernières années, la politique de la ville a rencontré les pires difficultés du fait d'un manque de lisibilité et d'efficacité des différents dispositifs mis en place. (*Bravo ! et applaudissements sur les travées de l'UMP. – Protestations sur les travées du groupe CRC.*)

Mme Eliane Assassi. C'est sûrement comme ça qu'on va avancer !

Mme Catherine Vautrin, ministre déléguée. Nous partageons tous ce constat. C'est la raison pour laquelle nous avons souhaité, dès 2002, trouver des réponses s'inscrivant dans la durée.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. On en voit les résultats !

Mme Catherine Vautrin, ministre déléguée. Je pense à l'action de l'Agence nationale de rénovation urbaine, l'ANRU.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Répondez à la question qui vous a été posée ! On vient de vous donner des chiffres !

Mme Catherine Vautrin, ministre déléguée. Le fonctionnement même de cette agence, avec un guichet unique, et les budgets mobilisés par l'ensemble des acteurs ont permis de mener une action de fond qui apporte des solutions.

M. Roland Muzeau. On vous a posé une question ! Vous pourriez quand même répondre !

Mme Catherine Vautrin, ministre déléguée. Aujourd'hui, l'ANRU est d'ailleurs en quelque sorte victime de son succès. C'est la raison pour laquelle nous avons décidé d'augmenter son budget, comme M. le Premier ministre l'a annoncé voilà une semaine.

M. René-Pierre Signé. C'est faux !

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. C'est le contraire ! Vous n'avez donc pas entendu ce qu'on vous a dit ?

Mme Catherine Vautrin, ministre déléguée. Le deuxième outil dont nous disposons est le plan de cohésion sociale qui, grâce à ses trois piliers, à savoir l'emploi, le logement et l'égalité des chances, a apporté des réponses.

M. Roland Muzeau. Avec quels crédits ?

Mme Catherine Vautrin, ministre déléguée. Aujourd'hui, c'est vrai, il faut aller plus vite et plus fort !

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Plus fort, mais comment ?

Mme Catherine Vautrin, ministre déléguée. C'est tout le sens du travail que nous réalisons sous la conduite du Premier ministre, avec, en particulier, le projet de loi portant engagement national pour le logement, que vous examinerez, mesdames, messieurs les sénateurs, lundi prochain. Ce texte vise à accentuer l'effort sur les dossiers de fond : l'accompagnement des tout-petits,...

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. On vient de vous donner des chiffres ! Apportez des réponses !

Mme Catherine Vautrin, ministre déléguée. ... le travail avec les associations, dont chacun loue l'implication, et le dispositif des adultes-relais.

En effet, c'est avec l'ensemble de ces acteurs que nous mettrons en place cette « cohésion sociale ». (*Très vives protestations sur les travées du groupe CRC et du groupe socialiste. – M. Alain Vasselle se lève pour tenter d'obtenir un retour au calme.*)

M. Roland Muzeau. Et la réponse ?

Mme Catherine Vautrin, ministre déléguée. C'est ainsi que nous pourrions travailler ensemble à un retour à l'emploi dans les quartiers, de manière à renforcer l'égalité des chances et la cohésion sociale. (*Vifs applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

M. Roland Muzeau. C'est incroyable ! Aucune réponse à nos questions !

M. René-Pierre Signé. Elle a appris par cœur !

M. le président. Mes chers collègues, je vous demande de bien vouloir retrouver votre sérénité !

L'APPRENTISSAGE

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

M. Georges Mouly. Nous pouvons aujourd'hui mesurer l'enjeu considérable que représente l'insertion sociale et professionnelle des jeunes. C'est bien un défi que notre société doit relever.

La piste de l'apprentissage fait partie des réponses avancées par M. le Premier ministre. Les jeunes âgés de quatorze ans qui souhaitent s'engager dans cette voie pourront désormais le faire.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. C'est ça ! Que les enfants des classes populaires se mettent au travail !

M. Georges Mouly. Le Gouvernement a déjà donné, dans le cadre du plan de cohésion sociale, une forte impulsion au développement de l'apprentissage puisqu'il s'agit d'atteindre le chiffre de 500 000 apprentis en 2009.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Il n'y a pas d'emplois !

M. Georges Mouly. Naturellement, nous ne pouvons que nous réjouir – c'est mon cas, en tout cas ! – des mesures ainsi prises.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Dès huit ans, au travail !

M. Georges Mouly. Pour autant, l'ouverture de l'apprentissage aux jeunes de quatorze ans soulève, à mon sens, un certain nombre de questions.

Tout d'abord, ces jeunes doivent avoir l'assurance qu'ils pourront acquérir également par cette voie le socle de connaissances fondamentales que notre système éducatif se doit de leur offrir.

Ensuite, des garanties doivent être apportées sur les conditions d'emploi de ces jeunes mineurs en milieu professionnel, dans le respect, d'ailleurs, de nos engagements internationaux.

L'apprentissage relève de la compétence des régions. Comment ces dernières seront-elles associées à la mise en œuvre d'une telle mesure ?

Par ailleurs, les entreprises, qui sont également au cœur de ce dispositif de formation en alternance, sont-elles en mesure de s'investir dans l'accueil de si jeunes apprentis ?

Selon quelles modalités le Gouvernement entend-il mettre en œuvre la mesure annoncée par M. le Premier ministre ?

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

M. Gérard Larcher, ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes. Monsieur Mouly, quelle est la situation des jeunes face à l'emploi ? Y a-t-il égalité à cet égard ?

M. Roland Muzeau. Il va sans doute nous parler de la polygamie !

M. Gérard Larcher, ministre délégué. Le taux de chômage des jeunes est deux fois supérieur au taux de chômage moyen national.

Mme Eliane Assassi. C'est une découverte !

M. Gérard Larcher, ministre délégué. Le taux de chômage dans les quartiers sensibles est quatre à cinq fois plus important que le taux de chômage moyen national.

Le taux de réponse aux candidatures des jeunes, diplômés ou non diplômés, est quatre à cinq fois moins important pour les minorités qu'on qualifie pudiquement de « visibles ».

M. Roland Muzeau. Les Arabes et les noirs !

M. Gérard Larcher, ministre délégué. Face à ce constat, le plan de cohésion sociale, avec le plan d'urgence pour l'emploi et la création de la Haute Autorité de lutte contre les discriminations, entend apporter des réponses.

Mais M. le Premier ministre nous a demandé d'aller plus loin ; d'où les mesures que nous présenterons dans quelques semaines.

Il faut également répondre à un problème que personne ne veut voir, à savoir la déscolarisation, le rejet de l'école de dizaines de milliers de jeunes, notamment après quatorze ans.

Mme Hélène Luc. Il faut en rechercher les raisons, monsieur le ministre !

M. Gérard Larcher, ministre délégué. Nous devons aujourd'hui inventer une nouvelle forme d'apprentissage, l'« apprentissage junior ».

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Faire travailler les enfants !

M. Gérard Larcher, ministre délégué. Le dialogue avec les partenaires sociaux, les régions et les entreprises doit naturellement éclairer une telle innovation.

Il est en effet nécessaire que celle-ci réponde à un certain nombre de conditions. Le lien avec l'éducation nationale, notamment, doit être conservé et des passerelles devront permettre aux jeunes, s'ils le désirent et s'ils en ont la capacité, de revenir vers la filière générale.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Des mots !

M. Gérard Larcher, ministre délégué. En même temps, un socle de connaissances fondamentales et d'apprentissages pratiques doit être acquis non seulement au sein de l'éducation nationale et du centre de formation d'apprentis, mais aussi dans l'entreprise.

Dans ce domaine, un certain nombre de garanties sont nécessaires, qu'il s'agisse du droit à la formation, du droit du travail ou du droit à la santé. Nous le devons à ces jeunes et à leurs familles.

M. René-Pierre Signé. Baratin !

M. Gérard Larcher, ministre délégué. Sous l'autorité du Premier ministre, avec Gilles de Robien et en liaison avec Renaud Dutreil (*Exclamations ironiques sur les travées du groupe CRC et du groupe socialiste*),...

M. Didier Boulaud. Ce sera complet !

M. Jacques Mahéas. Et Chirac ?

M. René-Pierre Signé. Il ne manque plus que Raffarin !

M. Gérard Larcher, ministre délégué. ... nous travaillons pour donner, demain, une nouvelle chance à ces jeunes et sortir de ces statistiques infernales qui font apparaître que, au cours des quinze dernières années, le taux de chômage a doublé dans les quartiers sensibles. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP*)

Mme Hélène Luc. Quand le Parlement se prononcera-t-il sur la déscolarisation des enfants de quatorze à dix-huit ans ?

SERVICE CIVIL VOLONTAIRE

M. le président. La parole est à M. Michel Houel.

M. Michel Houel. Monsieur le président, monsieur le Premier ministre, mesdames, messieurs les ministres, mes chers collègues, face aux violences urbaines des dernières semaines, il fallait qu'un message à la fois ferme et juste se fasse entendre.

Lundi dernier, le Président de la République, dans une déclaration aux Français, a clairement répondu aux attentes, aux interrogations et aux peurs de nos concitoyens.

M. Jacques Mahéas. Il a un peu tardé, quand même !

M. Michel Houel. Pour résoudre les difficultés que traverse notre pays, il est impératif d'allier non seulement la volonté de maintenir l'ordre public, la justice et le respect de la loi, mais aussi les principes d'humanité et de solidarité qui sont le ciment de notre pacte républicain.

La mesure phare qu'a évoquée le Président de la République dans sa déclaration est la création d'un service civil volontaire, dispositif associant accompagnement et formation, dont pourraient bénéficier 50 000 jeunes en 2007.

M. Raymond Courrière. Vous l'avez refusé quand nous l'avons proposé !

M. Michel Houel. Il s'agit d'une initiative forte, qui constitue une réponse concrète non seulement aux attentes des jeunes qui souhaitent s'engager dans des actions civiques, mais aussi aux besoins de la société puisque ces volontaires assureront des tâches nécessaires à la vie de la collectivité.

Nous estimons qu'une telle mesure constitue un instrument de cohésion sociale et un facteur d'intégration en ce qu'elle permettra d'accroître le brassage social et de favoriser le plein exercice de la citoyenneté.

M. Claude Domeizel. Et la question ?

M. Michel Houel. Elle renforcera également les liens entre les générations et contribuera efficacement au développement des associations présentes dans les quartiers en difficulté. Bref, il s'agit d'une excellente mesure, que nous avons la ferme intention de défendre.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. On nous lit la déclaration du Gouvernement ! Quelle va être la réponse ?

M. Michel Houel. A nos yeux, il est en effet fondamental que chaque Française et chaque Français, quelle que soit son origine, se sentent membres à part entière de la communauté nationale.

M. Roland Muzeau. C'est Matignon qui a rédigé la question !

M. Michel Houel. Monsieur le Premier ministre, quelles seront les modalités de mise en œuvre de cette mesure ? (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

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

M. Dominique de Villepin, Premier ministre. Monsieur le sénateur, face à l'épreuve, il y a, comme toujours, plusieurs solutions.

M. Raymond Courrière. Les bonnes et les mauvaises !

M. Dominique de Villepin, Premier ministre. Il y a la division, l'incantation, la recherche de boucs émissaires.

Et puis il y a la mobilisation et l'action.

M. René-Pierre Signé. Ça, c'est original !

M. Dominique de Villepin, Premier ministre. Eh bien, la démocratie française a montré que, dans l'épreuve, elle était capable de trouver des réponses. C'est bien l'action qui doit être au rendez-vous !

Le Gouvernement a fait des propositions dans les domaines de l'emploi, du logement et de l'éducation.

M. René-Pierre Signé. Il était temps !

M. Dominique de Villepin, Premier ministre. Le Président de la République a fixé un cap.

M. Raymond Courrière. Il s'est réveillé, mais il paraît fatigué quand même !

M. René-Pierre Signé. Après dix ans, il est hors course !

M. Dominique de Villepin, Premier ministre. Il a exprimé l'exigence de renouveler le lien social dans notre pays en proposant un service civil volontaire ouvert à tous les jeunes âgés de seize ans à vingt-cinq ans.

M. Jacques Mahéas. Au moins, ceux-là iront à l'école jusqu'à seize ans !

M. Dominique de Villepin, Premier ministre. Nous avons aujourd'hui deux priorités.

La première est de transmettre nos valeurs républicaines, et nous devons d'ailleurs donner l'exemple. Il s'agit des valeurs de respect,...

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. D'égalité !

M. Dominique de Villepin, Premier ministre. ... de tolérance,...

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. De justice !

M. Dominique de Villepin, Premier ministre. ... et d'écoute de l'autre !

Il est souhaitable que, partout sur le territoire, ces valeurs, qui sont incarnées par la Haute Assemblée, puissent s'illustrer en toutes circonstances.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Il me semble qu'elles sont très mal incarnées ici !

M. Dominique de Villepin, Premier ministre. Notre seconde priorité est d'offrir aux jeunes une formation et un soutien.

Dans ce domaine, il faut appuyer les efforts de tous ceux qui ont besoin d'être soutenus, car il est essentiel que chacun puisse avoir sa chance et sa place.

Le service civil volontaire, nous le voulons immédiatement opérationnel.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. En 2007 !

M. Dominique de Villepin, Premier ministre. C'est pour cette raison que nous nous appuyons sur ce qui existe déjà, en fédérant les Cadets de la République, le plan « Défense deuxième chance », le volontariat associatif, qui ont fait la preuve de leur efficacité. À nous, désormais, de créer le cadre qui permettra véritablement de donner corps à ce service civil volontaire. (*M. Jacques Mahéas fredonne les premières mesures de La Marseillaise.*)

M. Yannick Bodin. Rien de nouveau !

M. René-Pierre Signé. Ils n'y croient pas eux-mêmes !

M. Dominique de Villepin, Premier ministre. Notre démarche se veut donc à la fois pragmatique et ambitieuse.

Il faut une règle commune pour l'ensemble des jeunes qui aspirent à ce service civil volontaire. Il reviendra à l'Agence de la cohésion sociale et de l'égalité des chances de le piloter. Chaque jeune aura droit à une formation citoyenne commune. Chaque jeune aura droit à un accompagnement personnalisé...

M. Roland Muzeau. Au commissariat ? (*Rires sur les travées du groupe CRC.*)

M. Dominique de Villepin, Premier ministre. ... qui lui permettra de surmonter les difficultés. Chaque jeune pourra se voir délivrer un brevet de service civil.

Notre objectif, ce sont 30 000 jeunes en 2006, 50 000 en 2007. Nous atteindrons cet objectif,...

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Rouvrez les mines pour y envoyer les gamins !

M. Dominique de Villepin, Premier ministre. ... car nous voulons permettre à chaque talent de s'exprimer.

Je veillerai donc à ce que, dans le budget pour 2007,...

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. On a le temps de voir venir !

M. René-Pierre Signé. En 2007, ça va changer !

M. Dominique de Villepin, Premier ministre. ... les moyens nécessaires soient consacrés au service civil volontaire, cette grande ambition autour de laquelle nous devons tous nous rassembler. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'UC-UDF, ainsi que sur certaines travées du RDSE. – Exclamations sur les travées du groupe CRC et du groupe socialiste.*)

Mme Hélène Luc. Il faut revoir le budget de l'éducation nationale, monsieur le Premier ministre !

PROBLÈMES DU LOGEMENT

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

Mme Catherine Tasca. Monsieur le président, mesdames, messieurs les ministres, mes chers collègues, ma question s'adresse à M. le ministre de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement.

Lundi soir, nous avons entendu avec surprise le Président de la République faire un rappel à la loi, saluant – bien tardivement ! – la loi relative à la solidarité et au renouvellement urbains, cette loi SRU qui fut votée sur l'initiative du gouvernement de Lionel Jospin, et réclamant que toutes les communes concernées respectent leur obligation d'abriter au moins 20 % de logements sociaux.

Quelle volte-face par rapport aux attaques de l'UMP contre ce texte !

M. Raymond Courrière. Ce n'est pas la première !

Mme Catherine Tasca. Que compte faire votre gouvernement...

M. Roland Muzeau. Rien !

Mme Catherine Tasca. ... pour que cette règle soit réellement appliquée ?

Aujourd'hui, 85 des 100 grandes villes qui ne respectent pas cette loi sont gérées par la droite.

M. René-Pierre Signé. Eh oui !

Mme Catherine Tasca. La crise du logement est au cœur des doutes et des souffrances d'un grand nombre de Français, non seulement des plus démunis d'entre eux, mais, de fait, de tous les foyers aux revenus modestes ou moyens. Et ce n'est pas le « contrat nouvelle embauche » qui permettra à tous ceux qui cherchent à louer un logement, notamment les jeunes, de sortir de la galère !

Avec le chômage, le problème du logement est le ferment d'une véritable rupture de l'égalité des chances. Il est l'une des origines de la révolte qui secoue nombre de quartiers de nos villes. S'il est juste de rappeler aux parents leurs responsabilités, encore faut-il leur assurer un logement décent.

Tous les Français attendent avec impatience des mesures de la part des pouvoirs publics. Le groupe socialiste du Sénat, sur l'initiative de notre collègue Thierry Repentin, a déposé une proposition de loi portant des mesures d'urgence en faveur du logement pour tous, riche de mesures concrètes et novatrices.

Nous défendrons d'ailleurs, la semaine prochaine, lors de l'examen du projet de loi portant engagement national pour le logement, des amendements allant dans le même sens. Ce texte est en effet très insuffisant et ne prévoit rien pour la réalisation des 20 % de logements sociaux.

Vous semblez ne pas avoir pris la mesure du problème.

M. René-Pierre Signé. Bien sûr que non !

Mme Catherine Tasca. Alors que le déficit en logements sociaux est considérable, comment expliquer que l'Agence nationale pour la rénovation urbaine pose encore comme préalable absolu à l'octroi de ses aides l'obligation de démolir des logements existants ?

Je ne citerai qu'un exemple, celui de Sartrouville, commune située dans le département des Yvelines et dirigée par un maire UMP. Nombre des logements qui y sont frappés d'une décision de démolition ont récemment été réhabilités et sont donc parfaitement habitables. Cela défie le bon sens !

Le Gouvernement entend-t-il apporter de véritables réponses à ces problèmes ? Va-t-il enfin considérer qu'il est urgent de mener une politique du logement pour tous, et non une politique qui profite d'abord aux rentiers et aux spéculateurs ? (*Bravo ! et applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC. – Exclamations sur les travées de l'UMP.*)

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

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Cela faisait longtemps !

M. François Autain. Où est Jean-Louis Borloo ?

Mme Catherine Vautrin, ministre déléguée à la cohésion sociale et à la parité. Madame le sénateur, chacun connaît le temps nécessaire à la construction de logements.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Cela fait cinquante ans qu'il n'y a plus de logements sociaux !

Mme Catherine Vautrin, ministre déléguée. L'inventaire extrêmement instructif que vous venez de dresser ne fait donc que souligner les manquements auxquels nous avons eu à faire face.

M. Jean-Pierre Bel. L'argument de l'héritage, ça ne marche plus !

Mme Catherine Vautrin, ministre déléguée. Ces manquements datent, bien sûr, des années 1990 et du début des années 2000 (*Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'UC-UDF – Protestations prolongées sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC*),...

M. Didier Boulaud. C'est pitoyable comme argument !

Mme Catherine Vautrin, ministre déléguée. ... période où vous étiez vous-même aux affaires !

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Tous les Parisiens vivent maintenant dans les banlieues !

Mme Catherine Vautrin, ministre déléguée. Aujourd'hui, madame le sénateur, notre pays a besoin de 80 000 logements par an pour répondre à la demande. Or, en 2000, vous n'avez fait construire que 39 000 !

Ne soyez donc pas surprise, aujourd'hui, madame le sénateur,...

M. René-Pierre Signé. Quelle honte !

Mme Catherine Vautrin, ministre déléguée. ... si vos insuffisances se voient sur le terrain ! (*Brouhaha.*)

M. Didier Boulaud. C'est misérable !

Mme Catherine Vautrin, ministre déléguée. Qu'allons-nous donc faire ?

Le premier objectif du plan de cohésion sociale voté l'année dernière était la construction...

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. De logements intermédiaires dans le XVII^e arrondissement ?

Mme Catherine Vautrin, ministre déléguée. ... de 500 000 nouveaux logements.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. À Neuilly-sur-Seine !

Mme Catherine Vautrin, ministre déléguée. Cette année, nous avons doublé le nombre de logements en construction.

M. Didier Boulaud. À Saint-Maur-des-Fossés !

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Au Raincy !

Mme Catherine Vautrin, ministre déléguée. C'est une première depuis vingt ans !

Les faits sont là ! Nos concitoyens pourront le constater : il y a les paroles d'un côté, les actes de l'autre !

Il faut toutefois continuer et aller plus loin. Tel est le sens du projet de loi portant engagement national pour le logement qui sera soumis à votre assemblée la semaine prochaine. Ce texte comprendra toutes les dispositions nécessaires, y compris en ce qui concerne la disponibilité du foncier.

Enfin, le Président de la République (*Ah ! sur les travées du groupe socialiste*) l'a rappelé avant-hier, les textes existants permettent de faire respecter l'obligation de construire des logements sociaux.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Au Raincy !

M. Didier Boulaud. Au château de Bity !

Mme Catherine Vautrin, ministre déléguée. Les préfets disposent des outils nécessaires. Jean-Louis Borloo a d'ores et déjà commencé de dresser un inventaire. Une réunion avec les préfets aura lieu en fin d'année afin de faire appliquer les textes.

Dans notre démocratie, en effet, nous faisons des constats, nous appliquons les lois et, surtout, nous agissons ! (*Bravo ! et applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'UC-UDF, ainsi que sur certaines travées du RDSE. – Exclamations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC.*)

FINANCEMENT DES AGENCES DE L'EAU

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

Mme Jacqueline Gourault. Ma question, qui s'adresse à M. le ministre délégué aux collectivités territoriales, porte sur les relations entre l'État et ces collectivités.

Je veux évoquer ici, en particulier, les difficultés de financement des projets locaux par les agences de l'eau. En effet, ces agences se trouvent dans une situation financière délicate, et cela pour deux raisons.

En premier lieu, à l'automne 2002, l'État a prélevé plusieurs centaines de millions d'euros sur les réserves des agences de l'eau afin d'alimenter son propre budget.

M. Michel Mercier. C'est un hold-up !

Mme Jacqueline Gourault. Ainsi, pour la seule agence de l'eau Loire-Bretagne, ce prélèvement s'est élevé à plus de 200 millions d'euros.

En second lieu, le Fonds national pour le développement des adductions d'eau, le FNDAE, a été supprimé à la fin de l'année 2004. Or l'État avait pris des engagements auprès d'opérateurs publics, engagements qui devaient être financés par ce même FNDAE. Les agences de l'eau se trouvent donc dans l'obligation d'honorer ces engagements alors qu'aucune ressource n'est plus disponible et que, dans le même temps, de nouvelles compétences leur sont transférées.

Ma question est donc double, monsieur le ministre : l'État étant responsable de cette situation délicate, quels moyens comptez-vous donner aux collectivités locales pour leur permettre, *via* les agences de l'eau ou par un autre biais, d'assumer les charges qui sont les leurs ?

Par ailleurs, pouvez-vous me confirmer que, comme cela a été prévu dans le projet de loi sur l'eau et les milieux aquatiques, les conseils généraux pourront instituer un fonds départemental alimenté par une redevance sur l'eau distribuée par les communes, redevance qui permettrait de financer ces engagements ?

Enfin, monsieur le ministre, cet exemple illustre une tendance plus inquiétante : celle qui consiste, par réformes successives et sans vision cohérente, à transférer des dépenses mais sans garantir les recettes correspondantes.

M. Bernard Piras. Exact !

Mme Jacqueline Gourault. En moins de sept années, ce ne sont pas moins de dix réformes et évolutions profondes qui ont été conduites de la sorte.

Cette attitude place les élus dans l'obligation d'honorer chaque jour plus de missions sans être assurés de disposer des ressources correspondantes.

M. René-Pierre Signé. Elle va voter avec nous !

Mme Jacqueline Gourault. À quelques jours du congrès des maires et des présidents de communautés de France, que comptez-vous faire, monsieur le ministre, pour rendre aux mots « décentralisation », « responsabilités des élus locaux » et « autonomie financière » leur sens véritable...

M. René-Pierre Signé. Très bien !

Mme Jacqueline Gourault. ... et ainsi redonner confiance à tous les élus locaux de France, dont nous avons pu mesurer encore ces derniers jours la disponibilité, la compétence, en un mot le rôle déterminant dans notre République ? (*Applaudissements sur les travées de l'UC-UDF, du RDSE et du groupe socialiste.*)

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

M. Brice Hortefeux, ministre délégué aux collectivités territoriales. Madame le sénateur, votre question est à la fois multiple et complexe.

La politique de l'eau recouvre, il est vrai, un enjeu financier essentiel, notamment pour les communes rurales, car elle représente une charge significative. Je ne vous inonderai pas de chiffres (*Sourires*), mais je rappellerai tout de même que cette politique représente plus de 10 milliards d'euros.

Toutefois, l'eau n'est pas qu'un enjeu financier : elle est également une préoccupation forte pour nos concitoyens, qui sont de plus en plus attentifs à la préservation de sa qualité.

M. René-Pierre Signé. Et à son prix !

M. Brice Hortefeux, ministre délégué. Le projet de loi sur l'eau et les milieux aquatiques est actuellement en cours de discussion au Parlement. Il a été adopté en première lecture par le Sénat.

Deux points essentiels doivent être clarifiés : d'une part, le cadre juridique des redevances perçues par les agences de l'eau ; d'autre part, les financements extérieurs qui pourraient être apportés aux collectivités locales à la suite de la disparition du FNDAE.

Le Gouvernement a bien noté la préoccupation du Sénat. Par ailleurs, il a enregistré le souhait que vous avez exprimé, madame le sénateur, concernant la création d'un fonds départemental pour l'alimentation en eau et l'assainissement.

M. Raymond Courrière. Ce sont encore les mêmes qui paieront !

M. Brice Hortefeux, ministre délégué. Par ailleurs, madame le sénateur, vous soulevez, à juste titre, la question du dialogue entre l'Etat et les collectivités locales.

M. Roland Muzeau. Parlons-en !

M. Didier Boulaud. C'est un dialogue de sourds !

M. Brice Hortefeux, ministre délégué. Je partage votre avis : ce dialogue peut être amélioré et développé.

M. Didier Boulaud. C'est un monologue !

M. Brice Hortefeux, ministre délégué. Des progrès ont déjà été accomplis grâce, par exemple, à la commission consultative d'évaluation des charges, présidée par votre collègue M. Jean-Pierre Fourcade, dont nul dans cet hémicycle ne contestera ni l'autorité, ni l'honnêteté, ni l'intégrité ! (*Bravo ! et applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'UC-UDF.*)

M. Jacques Mahéas. Cela n'a rien à voir !

M. Brice Hortefeux, ministre délégué. Vous avez évoqué la création d'un certain nombre de charges nouvelles : on peut en effet penser à l'allocation personnalisée d'autonomie ou à la prestation de compensation du handicap. Ces réformes, celles de la majorité d'hier comme celles de la majorité d'aujourd'hui,...

M. Didier Boulaud. Et de la majorité de demain !

M. Brice Hortefeux, ministre délégué. ... nous confortent dans la conviction que le dialogue ne doit pas se limiter à un simple slogan ou à un vœu pieux.

C'est la raison pour laquelle Jean-François Copé, ministre délégué au budget et à la réforme de l'Etat, et moi-même souhaitons sans tarder mettre en place...

M. Raymond Courrière. Une commission !

M. Brice Hortefeux, ministre délégué. ... une commission annuelle (*Exclamations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC.*)...

M. Raymond Courrière. Une commission de plus !

M. Brice Hortefeux, ministre délégué. ... des finances publiques, chargée d'examiner l'ensemble de ces questions.

M. Didier Boulaud. Clemenceau, reviens, ils sont devenus fous !

M. Brice Hortefeux, ministre délégué. Madame le sénateur, vous appelez à la cohérence. Vous avez raison ! Cette initiative du Gouvernement est une réponse concrète à votre appel. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'UC-UDF, ainsi que sur certaines travées du RDSE.*)

M. Raymond Courrière. On y a gagné une commission !

SERVICES PUBLICS EN MILIEU RURAL

M. le président. La parole est à M. Gérard Dériot.

M. Gérard Dériot. Monsieur le président, monsieur le Premier ministre, mesdames, messieurs les ministres, mes chers collègues, ma question s'adresse à M. le ministre délégué à l'aménagement du territoire.

L'actualité nous rappelle combien l'accès des populations aux services publics sur l'ensemble de nos territoires est important pour la cohésion sociale.

En milieu rural, la réorganisation des services au public est tout aussi primordiale. Elle conditionne en effet notre attractivité, donc notre avenir.

Tous les élus locaux se mobilisent, comme mes collègues du conseil général de l'Allier et moi-même. Sur le terrain comme sur les travées de la Haute Assemblée, nous sommes nombreux à être tout à fait conscients des évolutions démographiques, mais aussi des perspectives qu'offrent les progrès technologiques.

Pour autant, la réorganisation du maillage territorial doit signifier non pas des services publics en moins, mais des services publics en mieux. Cette réorganisation doit permettre à la fois de rationaliser leur coût pour les contribuables et d'améliorer la qualité du service rendu aux usagers.

Connaissant mieux que quiconque les besoins réels de leur territoire et de leurs administrés, les élus locaux ont, l'an passé, alerté le Gouvernement sur la nécessité d'être plus largement consultés. Cet appel a été entendu : le 5 janvier dernier, le Président de la République a demandé aux préfets de « mener une concertation avant toute adaptation des services publics » parce qu'il était nécessaire de « prendre en compte des réalités locales très diverses ».

Dans cet esprit, le 2 août dernier, le ministre d'Etat, Nicolas Sarkozy, et vous-même avez cosigné une circulaire qui engageait cette vaste concertation à l'échelon local dans tous les départements.

Nous saluons en particulier votre décision de moratoire sur la suppression des services publics qui ne recueillait pas l'accord des élus.

Ma question est donc simple, monsieur le ministre : quel bilan tirez-vous de cette période de concertation et quelles mesures entendez-vous prendre à l'issue de celle-ci afin d'engager une réforme de l'organisation territoriale des services publics qui tienne compte avec justesse et pragmatisme des réalités locales ?

M. René-Pierre Signé. Ils veulent supprimer les services publics !

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

M. Christian Estrosi, ministre délégué à l'aménagement du territoire. Monsieur Dériot, vous avez raison de souligner que nos compatriotes sont particulièrement préoccupés par la qualité des services publics en milieu rural.

M. Guy Fischer. Et en milieu urbain !

M. Christian Estrosi, ministre délégué. Trop longtemps, l'Etat s'est désengagé sans la moindre concertation avec les acteurs locaux, au premier chef les maires et les communes.

C'est ainsi que Nicolas Sarkozy, Brice Hortefeux, et moi-même...

M. René-Pierre Signé. Le trio de choc !

M. Didier Boulaud. Le triumvirat !

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Le tiercé gagnant !

M. Christian Estrosi, ministre délégué. ... avons adressé, le 2 août dernier, une circulaire à tous les préfets des départements de France pour leur demander de ne plus engager la fermeture de quelque service public que ce soit sur notre territoire...

M. René-Pierre Signé. Cela fait dix fois qu'on le leur répète !

M. Christian Estrosi, ministre délégué. ... sans concertation préalable avec l'ensemble des acteurs et avant que la consultation que nous avons lancée ait été menée jusqu'à son terme.

Le premier recensement que nous avons effectué fait ressortir les priorités qui sont celles de nos populations en milieu rural. Celles-ci veulent de meilleurs services en matière de commerce de proximité, d'aide à la petite enfance, notamment en ce qui concerne les crèches et les haltes-garderies, dans le domaine médical, en termes d'aide aux personnes âgées, ainsi que dans le domaine des transports.

Nous avons consulté la conférence nationale pour les services publics en milieu rural, présidée par Paul Durieu, qui rendra d'ailleurs son rapport cet après-midi même à M. le Premier ministre. (*Exclamations sur les travées du groupe CRC et du groupe socialiste.*)

M. Jean-Marc Todeschini. C'était donc une question téléguinée !

M. Christian Estrosi, ministre délégué. Au terme de cette consultation, nous allons faire un certain nombre de propositions, notamment en direction des communes.

En effet, la mairie est, selon moi, le premier service public de notre pays. Sachons faire confiance aux 36 000 communes françaises...

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Les faire payer surtout !

M. Christian Estrosi, ministre délégué. ... et nous appuyer sur elles en même temps que sur les conseils généraux, car il y a, à l'échelon départemental, beaucoup plus de services publics déconcentrés qu'on ne le dit.

Mme Hélène Luc. Il faut aussi leur donner des moyens financiers !

M. Christian Estrosi, ministre délégué. Il faut aussi, sans tabou, favoriser la polyvalence et la mutualisation des moyens entre services publics et services privés. La volonté affichée du Gouvernement est d'assurer une véritable polyvalence des employeurs pour rapprocher l'ensemble des services et des moyens de nos populations, où qu'elles soient sur notre territoire.

Voilà les grandes orientations que nous entendons prendre.

Monsieur le sénateur, vous avez raison de souligner que nous avons, en France, trop longtemps raisonné en schémas nationaux. Pendant des années, chaque ministère a essayé d'imposer une seule et même vision de notre pays.

M. le président. Veuillez conclure, monsieur le ministre !

M. Christian Estrosi, ministre délégué. Mais la France des plaines n'est pas celle du littoral, celle des montagnes n'est pas celle des villes.

M. Didier Boulaud. Remarquable analyse !

M. Christian Estrosi, ministre délégué. C'est parce que nous conduisons désormais des politiques de proximité que nous pouvons sortir d'une logique de résignation et entrer dans une logique de projets pour nos territoires. (*Bravo ! et applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'UC-UDF.*)

INDEMNISATION PAR L'ÉTAT DES VICTIMES DES VIOLENCES URBAINES

M. le président. La parole est à M. André Vantomme.

M. André Vantomme. Monsieur le Premier ministre, les événements dont la France est le théâtre depuis plusieurs semaines nous interpellent tous.

Deux adolescents décédés, des milliers de véhicules brûlés, des bâtiments publics dévastés, des lieux de culte profanés, des policiers et des pompiers blessés, des victimes directes ou indirectes : tout cela participe d'une situation d'extrême gravité.

Résultat : un climat de grave inquiétude s'est installé chez une partie de nos concitoyens et l'image de la France à l'étranger est gravement atteinte.

Cette situation, c'est à l'État, et donc au Gouvernement, d'y remédier.

C'est à vous, monsieur le Premier ministre, qu'il appartient en effet de prendre les initiatives qui permettront que l'État indemnise toutes les victimes, conformément à la loi du 7 janvier 1983 codifiée à l'article L. 2216-3 du code général des collectivités territoriales : « L'État est civilement responsable des dégâts et dommages résultant des crimes et délits commis, à force ouverte ou par violence, par des attroupements ou rassemblements armés ou non armés, soit contre les personnes, soit contre les biens. »

Monsieur le Premier ministre, vous n'avez encore rien dit sur vos intentions à cet égard.

La Commission européenne vous a informé, par la voix de son président, de sa décision de mobiliser dès à présent 50 millions d'euros sur les fonds de développement urbain et vous a rappelé la possibilité, pour votre gouvernement, de solliciter les fonds régionaux et sociaux européens.

La région d'Île-de-France vient de décider, quant à elle, d'affecter respectivement 20 millions d'euros et 2 millions d'euros aux collectivités locales et aux particuliers victimes de ces événements.

Dans un souci de solidarité, les assureurs regroupés au sein du GEMA, le groupement des entreprises mutuelles d'assurances, ont souhaité également prendre des dispositions pour agir vite et mieux vis-à-vis des victimes de ces événements.

Et vous, monsieur le Premier ministre, comment entendez-vous assumer vos responsabilités légales...

M. René-Pierre Signé. Avec de beaux discours !

M. André Vantomme. ... pour indemniser celles et ceux, collectivités locales, entreprises ou particuliers, qui ont pâti d'une situation à laquelle la loi vous fait obligation de remédier ? (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC.*)

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

M. Jean-Marc Todeschini. Nous avons interrogé le Premier ministre !

M. François Loos, ministre délégué à l'industrie. Monsieur le sénateur, les habitants des quartiers dans lesquels ont eu lieu les récents débordements en sont évidemment les premières victimes. Les parlementaires de tous les groupes sont bien sûr à leurs côtés, tout comme le Gouvernement, qui est particulièrement sensible à leur situation.

Vous avez rappelé les chiffres : 8 500 véhicules incendiés, une centaine de bâtiments publics détruits et autant d'entreprises dégradées ou détruites. Et je ne parle pas des personnes !

Le Premier ministre a rappelé, mardi dernier, que nous mettions tout en œuvre afin que les victimes soient rapidement indemnisées et puissent reprendre leurs activités.

M. Yannick Bodin. Comment ?

M. François Loos, ministre délégué. M. Thierry Breton fait régulièrement le point avec les sociétés et les mutuelles d'assurance.

M. René-Pierre Signé. C'est tout ce qu'il fait !

M. François Loos, ministre délégué. Celles-ci ont pris l'engagement de traiter les dossiers au plus vite. La grande majorité d'entre elles ont annoncé qu'elles feraient des gestes significatifs en couvrant les sinistres de véhicules, même en l'absence de garantie contre l'incendie, et prendraient en charge les franchises.

Le Premier ministre a chargé Renaud Dutreil, ministre en charge des PME, d'étudier les moyens de venir en aide aux artisans et aux commerçants, en complément des couvertures assurantielles.

De la même manière, Brice Hortefeux examine avec Bercy les conditions d'indemnisation des dommages causés aux collectivités locales.

À l'évidence, nous devons dès à présent préparer l'avenir et travailler à la reconstruction rapide des équipements détruits ou endommagés. Le ministère de l'intérieur recense actuellement ces équipements, en précisant pour chacun d'eux le coût de la remise en état et les conditions de couverture par les assurances souscrites par les collectivités.

Enfin, d'ores et déjà, Jean-François Copé a accepté, afin de favoriser une reconstruction la plus rapide possible, que les investissements des collectivités locales réalisés en réparation des destructions subies du fait de ces violences urbaines fassent l'objet d'un remboursement anticipé du fonds de compensation de la TVA. Cette disposition exceptionnelle sera incessamment inscrite en loi de finances rectificative ou en loi de finances.

Comme vous le voyez, nous prenons, dans tous les domaines, les mesures nécessaires pour que, le plus rapidement possible, toutes les victimes trouvent une solution à leurs problèmes. *(Applaudissements sur les travées de l'UMP.)*

M. Jacques Mahéas. Et qui paiera la facture de la fourrière ?

RÉTABLISSEMENT DE L'AUTORITÉ PARENTALE

M. le président. La parole est à M. Serge Dassault.

M. Serge Dassault. Monsieur le président, monsieur le Premier ministre, mesdames, messieurs les ministres, mes chers collègues, dans sa dernière allocution, M. le Président de la République a montré la nécessité de redonner à la jeunesse des repères, des valeurs, le souci du respect, de la tolérance et du travail.

Seule la famille peut le faire,...

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Ah !

M. Serge Dassault. ... mais elle doit être relayée par l'école.

Comme l'a indiqué M. le Premier ministre, l'apprentissage à partir de quatorze ans sera une excellente mesure pour apprendre un métier à ces jeunes. *(Exclamations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC.)*

M. René-Pierre Signé. Combien en embauche Dassault !

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Rouvrez les mines et enrôlez de force !

M. Serge Dassault. Durant les dernières semaines d'agitation et de violence, les forces de l'ordre ont, avec M. le ministre de l'intérieur, effectué un travail remarquable afin de rétablir le calme.

Si les majeurs auteurs de ces violences relèvent des tribunaux, les mineurs relèvent d'abord de leurs parents, qui en sont responsables civilement. Mais, se sentant actuellement intouchables judiciairement, ces jeunes agissent sans crainte.

Afin de mettre un terme à cette situation dans laquelle la justice se trouve impuissante, il faut inciter les parents à jouer leur rôle. Il faut les rendre responsables pénalement afin qu'ils assument les peines auxquelles leurs enfants seraient condamnés s'ils étaient majeurs. *(Protestations sur les mêmes travées.)*

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. C'est ça, les parents en prison !

M. Serge Dassault. La protection de l'enfance, dont les jeunes abusent souvent, devrait être mieux appliquée, car, actuellement, elle nuit à l'autorité des parents.

M. Didier Boulaud. Et à la liberté des patrons !

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Les mines ou la prison !

M. Serge Dassault. Pour ce qui est des majeurs, le service civil est une excellente idée, mais il devrait être obligatoire.

La suspension provisoire des allocations familiales,...

Mme Catherine Tasca. Scandaleux !

M. Serge Dassault. ... la garde à vue et autres mesures feraient réfléchir les parents et leur montreraient l'importance de leur mission vis-à-vis de leurs enfants, mission qu'ils n'exercent pas ou qu'ils ont cessé d'exercer.

M. Didier Boulaud. Tirez-leur les oreilles !

M. Jean-Marc Todeschini. Gosse de riche !

M. Serge Dassault. Par ailleurs, aux parents isolés qui élèvent seuls leurs enfants et ne peuvent s'en occuper quand ils travaillent, il faut permettre, s'ils le souhaitent, de rester à la maison en leur accordant un salaire de père ou de mère au foyer. *(Protestations prolongées sur les mêmes travées.)*

M. Didier Boulaud. Les femmes à la maison !

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Et les hommes en prison !

M. René-Pierre Signé. Les femmes aux casseroles ou à l'église !

M. Roland Muzeau. Les milliardaires à la vaisselle !

M. Serge Dassault. De plus, il ne faut pas oublier que, pour les familles polygames vivant en France, il est difficile, lorsque plus de dix personnes partagent un F4, de maintenir les enfants à la maison. (*Nouvelles protestations sur les mêmes travées.*) Une réglementation devrait être fixée afin de limiter, ne serait-ce que pour des motifs de sécurité, le nombre de personnes pouvant occuper un appartement en fonction de sa surface. Les bailleurs sociaux devraient intervenir dans ce sens et en être responsables. (*Exclamations prolongées sur les mêmes travées.*)

Cela ne vous plaît pas ? Vous avez tort !

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. La question !

M. Serge Dassault. En conséquence, monsieur le ministre de la justice, comment comptez-vous agir pour rétablir l'autorité parentale, maintenir les enfants à la maison et appliquer la loi, toute la loi ? (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

M. René-Pierre Signé. Tous au FC Nantes !

M. le président. La parole est à M. le garde des sceaux.

M. Pascal Clément, garde des sceaux, ministre de la justice. Monsieur le sénateur Serge Dassault,...

M. Roland Muzeau. Par ailleurs milliardaire !

M. Pascal Clément, garde des sceaux. ... la justice a pris en compte la responsabilité des mineurs concernés par les événements de ces jours derniers puisque, je le rappelle, 531 mineurs ont été présentés devant le tribunal des enfants et plus d'une centaine ont été écroués.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Voilà qui est prendre ses responsabilités !

M. Paul Raoult. Et les patrons voyous ?

M. Pascal Clément, garde des sceaux. Vous rappelez à juste titre la responsabilité des parents. C'est bien aux parents, en effet, qu'il revient d'endosser toute la responsabilité du comportement de leurs enfants mineurs. (*Mme Catherine Procaccia applaudit.*) D'ailleurs, le code pénal va dans ce sens puisqu'il prévoit jusqu'à deux ans de prison et 30 000 euros d'amende pour les parents défaillants...

Mme Catherine Tasca. Formidable ! Les prisons sont pleines !

M. Pascal Clément, garde des sceaux. ... qui mettent en péril non seulement la santé mais également la sécurité de leurs enfants. Dans le cas d'espèce, c'était bien la sécurité de leurs enfants qui était en cause.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. La prison pour tous, il n'y aura plus de problème !

M. Pascal Clément, garde des sceaux. En 2004, 130 parents ont été condamnés sur la base de cette disposition.

M. René-Pierre Signé. On voit le résultat !

M. Pascal Clément, garde des sceaux. Il y va aussi de la responsabilité civile des parents. Il n'est pas inutile de rappeler que les victimes des dommages peuvent mettre en cause la responsabilité financière des parents.

Je rappelle enfin que, parmi les mesures dont dispose la société pour rappeler les parents à leurs responsabilités, figurent...

M. Didier Boulaud. Le précepteur à domicile !

M. Pascal Clément, garde des sceaux. ... les stages parentaux, qui ont aussi pour fonction de prodiguer une aide éducative. Plus de 200 000 enfants sont ainsi les bénéficiaires indirects de ces stages parentaux.

Enfin, vous avez fait allusion au difficile et complexe problème des allocations familiales.

M. René-Pierre Signé. Il faut les supprimer !

M. Pascal Clément, garde des sceaux. Ne pouvant l'analyser ici en quelques mots, je me bornerai à rappeler que la loi du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice, qui a créé les centres éducatifs fermés, permet de suspendre le versement des allocations familiales pour les parents dont les enfants sont placés dans ces structures. Il revient au juge d'apprécier l'opportunité d'une telle mesure. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP et sur certaines travées de l'UC-UDF.*)

CRÉDITS DES ASSOCIATIONS D'INSERTION

M. le président. La parole est à M. Daniel Raoul.

M. Daniel Raoul. Monsieur le président, monsieur le Premier ministre, mesdames, messieurs les ministres, mes chers collègues, les événements qui bouleversent actuellement nos concitoyens imposent certes que l'ordre public soit rétabli dans les meilleurs délais. Toutefois, l'instauration de l'état d'urgence ne servira à rien si, dans le même temps, le Gouvernement ne corrige pas sa politique sociale de prévention et d'aide aux familles.

M. René-Pierre Signé. Il n'en a pas !

M. Daniel Raoul. Le pays est en état d'urgence sociale : les associations de terrain qui œuvrent pour le soutien scolaire, la formation des animateurs, l'encadrement de la jeunesse, entre autres missions, souffrent de la diminution des crédits qui leur sont alloués. En effet, toutes ces associations ont vu leur dotation diminuer de 30 % à 50 % depuis le début de l'année, ce qui a conduit certaines d'entre elles à réduire ou à cesser leur activité ; je citerai l'exemple de la Confédération syndicale des familles. Cela justifie pleinement la position prise par M. Martin Hirsch.

Pourtant, l'ampleur de la crise exige que des mesures sociales radicales soient prises pour aider les familles et les jeunes. La branche famille de la sécurité sociale tient une place essentielle à cet égard, les caisses d'allocations familiales constituant un acteur incontournable en matière d'accompagnement des familles et un partenaire privilégié des collectivités territoriales et des associations. Ce sont d'ailleurs ces dernières qui ont joué le rôle de modérateur, aux côtés des élus locaux, lors des récents événements, et il faut leur rendre hommage.

Néanmoins, la convention signée en juillet 2005 a contraint les caisses d'allocations familiales à de sévères restrictions budgétaires affectant le financement des contrats « temps libre » et « enfance ».

M. Didier Boulaud. Eh oui !

M. Daniel Raoul. En obligeant les caisses d'allocations familiales à couper les crédits accordés pour le début de l'année 2005, vous avez amplement montré que la prise en compte des difficultés matérielles et sociales des familles était la dernière de vos préoccupations, loin derrière la répression. (*Protestations sur les travées de l'UMP.*)

Dans ces conditions, comment comptez-vous permettre aux caisses d'allocations familiales de tenir les engagements qu'elles avaient pris au titre des contrats « enfance » et « temps libre » ? Prendrez-vous des mesures pour soutenir les caisses d'allocations familiales, qui jouent un rôle fondamental, aux côtés des élus locaux, pour développer une politique d'accueil des enfants hors temps scolaire ?

Une solidarité nationale authentique doit être au rendez-vous de la reconstitution du tissu social. Vous ne le comprenez pas, ou plutôt vous ne voulez pas le comprendre. La répression est aveugle ! Quand allez-vous recouvrer la vue en matière de prévention et de politique familiale, et décréter un état d'urgence sociale ? (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC, ainsi que sur certaines travées du RDSE.*)

M. le président. La parole est à Mme la ministre déléguée. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP. – « Borloo ! » sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC.*)

Mme Catherine Vautrin, ministre déléguée à la cohésion sociale et à la parité. Monsieur le sénateur, je vous répondrai très directement que l'état d'urgence sociale, nous le vivons ensemble depuis 2002. (*Protestations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC.*)

Mme Raymonde Le Texier. Arrêtez de nous agresser !

Mme Catherine Tasca. Qu'avez-vous fait depuis trois ans et demi ?

Mme Catherine Vautrin, ministre déléguée. En effet, il existait déjà, en 2002, une véritable urgence sociale,...

M. Jean-Marc Todeschini. Répondez à la question !

Mme Catherine Vautrin, ministre déléguée. ... à laquelle il était absolument nécessaire de répondre. (*Nouvelles protestations sur les mêmes travées.*) C'est ce que nous faisons ensemble avec les associations,...

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Vous avez supprimé les subventions !

Mme Catherine Vautrin, ministre déléguée. ... dont nous nous accordons tous à saluer le travail. Leur mobilisation a été très forte, qu'il s'agisse de l'accueil de la petite enfance, de l'insertion,...

M. Paul Raoult. Et les emplois aidés ?

Mme Catherine Vautrin, ministre déléguée. ... ou plus généralement de l'ensemble de leurs domaines d'intervention sur le terrain. (*Brouhaha.*)

M. Didier Boulaud. Zéro plus zéro égale zéro !

Mme Catherine Vautrin, ministre déléguée. Cette mobilisation, le Gouvernement l'a prise en considération !

M. Jean-Pierre Bel. Répondez sur la CNAF !

Mme Catherine Vautrin, ministre déléguée. Ainsi, le Premier ministre lui-même a annoncé, la semaine dernière, que 100 millions d'euros seraient accordés aux associations au titre du budget pour 2006.

M. Didier Boulaud. Zéro !

Mme Catherine Vautrin, ministre déléguée. C'est dire s'il y a une véritable volonté de renforcer, de conforter des partenariats. À cet égard, nous avons d'ailleurs commencé à apporter de nouvelles réponses avec la réforme de la dotation de solidarité urbaine.

M. René-Pierre Signé. La réponse !

M. Didier Boulaud. Zéro ! Zéro !

Mme Catherine Vautrin, ministre déléguée. Demandez à vos collègues maires de villes bénéficiaires de la DSU s'ils n'ont pas vu la différence d'une année sur l'autre !

M. Jean-Marc Todeschini. Ils sont abandonnés, les maires !

Mme Catherine Vautrin, ministre déléguée. Par exemple, la dotation de solidarité urbaine de Sarcelles ou de Garges-lès-Gonesse est passée de 1 million d'euros à 4 millions d'euros l'année suivante ! Il était nécessaire d'apporter de vraies réponses à toutes ces villes qui supportent des charges sociales très importantes. (*Vives exclamations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC.*)

M. Didier Boulaud. Zéro !

Mme Catherine Vautrin, ministre déléguée. En ce qui concerne la garde des enfants, le Gouvernement s'est engagé. Mon collègue Philippe Bas a annoncé, à la demande du Premier ministre,...

M. Didier Boulaud. Zéro !

Mme Catherine Vautrin, ministre déléguée. ... une augmentation du nombre de places de crèche.

M. Jean-Marc Todeschini. Les CAF !

M. Jean-Pierre Bel. C'est incroyable !

Mme Catherine Vautrin, ministre déléguée. En effet, créer de nouvelles structures d'accueil des enfants permet aux femmes de reprendre un emploi, en facilitant leur tâche de mère. C'est là aussi une façon de promouvoir l'égalité des chances. (*Vifs applaudissements sur les travées de l'UMP et sur certaines travées de l'UC-UDF. – « Zéro ! » sur les travées socialistes.*)

M. le président. Je vous en prie, mes chers collègues !

M. François Trucy. Le comportement de la gauche est lamentable !

LUTTE CONTRE LES TRAFICS DE DROGUE

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

M. Philippe Darniche. Monsieur le président, monsieur le Premier ministre, mesdames, messieurs les ministres, mes chers collègues, ma question portera sur le grave problème de la consommation croissante de drogues illicites, particulièrement de cannabis, chez les plus jeunes, et sur l'économie souterraine qu'elle génère sur la totalité de notre territoire, des zones urbaines jusqu'au plus petit de nos villages.

Aujourd'hui, cette problématique nationale, que dis-je, ce fléau ! a pris une importance majeure dans les jeunes générations, et débouche sur une situation tragique en termes de santé publique.

Or quels discours complaisants n'a-t-on pas entendus concernant le cannabis, y compris, à une certaine époque, de la part de hautes autorités politiques ? (*« Voynet ! » sur les travées de l'UMP.*) Jusqu'à quel point n'a-t-on pas banalisé cette dérive et « ringardisé » ceux qui, y compris parmi les scientifiques, se sont inquiétés de l'emprise croissante de cette substance sur notre jeunesse ?

Le constat que l'on peut établir aujourd'hui est terrible, et les chiffres parlent d'eux-mêmes, hélas !

Ainsi, on dénombre près d'un million de consommateurs réguliers, dont 500 000 quotidiens, l'immense majorité d'entre eux étant âgés de quatorze à vingt-cinq ans. Le bilan

des accidents de la route impliquant de jeunes conducteurs ayant consommé cette drogue est affligeant. Dans notre pays, un lycéen sur deux a déjà fumé du cannabis, et un sur quatre est un consommateur régulier. La France est devenue championne d'Europe pour la consommation régulière de cette substance chez les adolescents, le nombre des fumeurs quotidiens ayant triplé en dix ans.

Pourtant, des découvertes scientifiques récentes ont démontré que la toxicité du cannabis, si souvent décrit comme une « drogue douce », est telle que des consommateurs « accros » présentent, on le constate aujourd'hui, une instabilité irréversible du comportement. Cela engendre des « dégâts collatéraux » pour la société, avec une instabilité au travail et une instabilité familiale. En outre, on relève des effets irréversibles sur la mémoire : c'est le cœur même de l'intelligence de l'homme qui se trouve ainsi dégradé.

Je ne doute pas, monsieur le Premier ministre, mesdames, messieurs les ministres, que vous avez à cœur de prendre des mesures coercitives s'agissant de ce difficile problème, dont les récents événements survenus dans les banlieues ont à nouveau mis en exergue l'acuité.

En effet, on évalue à 3 milliards d'euros par an le marché des substances illicites. On peut certes s'enorgueillir de la saisie, l'an dernier, de 76 tonnes de cannabis, mais quand on apprend que le volume du trafic quotidien, uniquement pour la région parisienne, est estimé à l'heure actuelle à 5 ou 6 tonnes, on mesure les efforts qu'il reste encore à consentir.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Combien de temps va-t-il parler, monsieur le président ? Cela fait déjà quatre minutes !

M. Philippe Darniche. J'en viens à ma question.

Notre pays voit arriver, par voie maritime ou terrestre, des tonnes de ces substances, dont on connaît l'origine géographique. Nos frontières sont totalement poreuses. Dans ces conditions, quel dispositif envisagez-vous de mettre en œuvre pour enrayer l'empoisonnement progressif d'une partie de notre jeunesse ? (*Applaudissements sur les travées de l'UMP et sur certaines travées de l'UC-UDF.*)

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

M. Didier Boulaud. Il va peut-être répondre à la question précédente !

M. Brice Hortefeux, ministre délégué aux collectivités territoriales. Monsieur Darniche, vous avez raison de souligner les ravages que les différents types de drogues provoquent dans notre pays.

En effet, la consommation de ces substances anéantit la vie de milliers d'adolescents, elle nourrit toutes formes de délinquance, elle enrichit les caïds.

M. Jacques Mahéas. Ça, c'est vrai !

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Que fait la police ?

M. Brice Hortefeux, ministre délégué. Ce qui est vrai aussi, mesdames, messieurs les sénateurs, c'est qu'elle plonge dans le désarroi, la solitude et l'impuissance un grand nombre de familles françaises.

Le ministre d'Etat, Nicolas Sarkozy, sous l'autorité du Premier ministre, Dominique de Villepin,...

M. Didier Boulaud. En accord avec le Président de la République, et sans oublier Clemenceau !

M. Brice Hortefeux, ministre délégué. ... a clairement affiché un objectif : mener une approche patrimoniale, en s'attaquant au produit de cette criminalité. C'est ainsi toute l'action des GIR, les groupements d'intervention régionaux, qui a été développée. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

Je n'abuserai pas des chiffres ; retenez simplement que, depuis le début de l'année, ce sont plus de 130 réseaux de trafiquants qui ont été démantelés,...

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Plus on arrête de trafiquants, plus il y en a ! C'est incroyable !

M. Brice Hortefeux, ministre délégué. ... tandis que près de 1 000 kilos de cannabis, 20 kilos d'héroïne et 13 kilos de cocaïne ont été saisis.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Bravo !

M. Brice Hortefeux, ministre délégué. Nous avons également saisi plus de 300 000 euros en numéraire et plus de 130 véhicules.

À l'évidence, les résultats sont encourageants, mais nous devons naturellement faire mieux. Nous sommes engagés dans cette voie depuis quelques jours, car notre action s'est intensifiée et certains réseaux ont été mieux identifiés. Ainsi, depuis le 27 octobre dernier, 186 trafiquants de drogue ont été interpellés.

Vous m'avez interrogé plus particulièrement, monsieur le sénateur, sur la protection de nos frontières, notamment maritimes et aériennes. Je puis vous indiquer que tous les moyens sont mis en œuvre...

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Lesquels ?

M. Brice Hortefeux, ministre délégué. ... pour intercepter aéronefs et bâtiments.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Ah bon ?

M. Brice Hortefeux, ministre délégué. Cela signifie, très concrètement, que la coordination entre le ministère de l'intérieur, le fisc, le ministère de la défense et les douanes fonctionne bien.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Il faut lever le secret bancaire !

M. Brice Hortefeux, ministre délégué. De plus, les accords internationaux nous permettent d'échanger chaque jour davantage d'informations avec d'autres pays, et de procéder à des opérations communes.

Le ministre d'Etat, Nicolas Sarkozy (*Exclamations ironiques sur les travées socialistes et du groupe CRC*), s'est d'ailleurs rendu, voilà quelque temps, en Colombie,...

M. Didier Boulaud. Sous l'autorité du Premier ministre, de Georges Clemenceau et de la grand-mère d'icelui ! (*Rires sur les mêmes travées.*)

M. Brice Hortefeux, ministre délégué. ... pour travailler avec les pays sources. Il se rendra de même très prochainement, en tout cas au plus tard au début de l'année 2006, en Afghanistan.

Vous le voyez, monsieur le sénateur, le Gouvernement en est, comme vous-même, tout à fait convaincu : éradiquer l'économie souterraine des stupéfiants...

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Il faut tripler le nombre d'arrestations !

M. Brice Hortefeux, *ministre délégué*. ... servira toujours mieux la jeunesse que le laxisme mondain ! (*Très bien ! et vifs applaudissements sur les travées de l'UMP et sur certaines travées de l'UC-UDF.*)

M. le président. Nous en avons terminé avec les questions d'actualité au Gouvernement.

Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux quelques instants.

La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à seize heures, est reprise à seize heures quinze, sous la présidence de M. Philippe Richert.*)

PRÉSIDENCE DE M. PHILIPPE RICHERT

vice-président

M. le président. La séance est reprise.

5

CANDIDATURES À UNE COMMISSION MIXTE PARITAIRE

J'informe le Sénat que la commission des affaires sociales m'a fait connaître qu'elle a d'ores et déjà procédé à la désignation des candidats qu'elle présentera si le Gouvernement demande la réunion d'une commission mixte paritaire en vue de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, actuellement en cours d'examen.

Ces candidatures ont été affichées pour permettre le respect du délai réglementaire.

6

RAPPEL AU RÈGLEMENT

M. le président. La parole est à M. Roland Muzeau, pour un rappel au règlement.

M. Roland Muzeau. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, deux quotidiens nationaux font état aujourd'hui d'informations relatives à la liberté de la presse et de l'édition.

La première information concerne l'interpellation et la garde à vue d'un journaliste du *Parisien* qui aurait, dans le cadre de son travail, écouté la fréquence de la police lors des récents événements. Or il s'avère qu'une telle pratique n'a rien d'exceptionnel et qu'elle est connue de tous.

La véritable raison de cette mise en garde à vue serait la volonté de saisir l'ordinateur de ce journaliste, qui contiendrait des informations liées à une autre enquête : une affaire de financement dont on dit qu'elle pourrait concerner des personnalités politiques et autres.

Je tire la seconde information du journal *Le Monde*, qui reprend lui-même une nouvelle parue hier dans *Le Canard enchaîné*. Il semble que, convoqué place Beauvau, et sous la

pression de M. Nicolas Sarkozy, le patron des éditions First s'est vu ordonner de mettre au pilon 25 000 exemplaires d'un ouvrage intitulé... pardonnez-moi, mais j'ai du mal à me remémorer le titre... *Cécilia, entre le cœur et la raison.* (*Sourires.*)

L'article précise que « le premier flic de France l'a menacé de foudres judiciaires et variées » et que l'entrevue a eu un effet radical puisque, lorsque l'éditeur est ressorti du bureau du ministre d'État, il prenait cette grande décision : « Le bouquin sur Cécilia ne sortira pas le 24 novembre », alors que toute la campagne de communication avait été lancée.

Ces deux informations me paraissent suffisamment préoccupantes pour mériter quelques éclaircissements de la part du Gouvernement.

En tout état de cause, au nom du groupe communiste, républicain et citoyen, je demande la libération immédiate du journaliste du *Parisien*.

M. le président. Je vous félicite, mon cher collègue, de l'assiduité que vous mettez à la lecture des journaux et je vous donne acte de ce rappel au règlement, même si j'avoue avoir quelque mal à distinguer dans vos propos le lien avec ce dernier.

M. Roland Muzeau. J'ai craint, monsieur le président, que ces événements ne soient liés à l'état d'urgence !

M. le président. Permettez-moi de vous rappeler que ce n'est pas le sujet de l'ordre du jour d'aujourd'hui.

7

CANDIDATURES À UN ORGANISME EXTRAPARLEMENTAIRE

M. le président. Je rappelle au Sénat que M. le Premier ministre a demandé au Sénat de bien vouloir procéder à la désignation des sénateurs appelés à siéger au sein du Conseil national de la montagne.

Les commissions des lois et des affaires sociales ont fait connaître qu'elles proposaient les candidatures de M. Paul Blanc et de Mme Michèle André pour siéger au sein de cet organisme extraparlamentaire.

Ces candidatures ont été affichées et seront ratifiées, conformément à l'article 9 du règlement, s'il n'y a pas d'opposition à l'expiration du délai d'une heure.

8

FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2006

Suite de la discussion d'un projet de loi

M. le président. Nous reprenons la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, adopté par l'Assemblée nationale (n^{os} 63, 73, 71).

Article 27 (suite)

M. le président. Dans la discussion des articles, nous en sommes parvenus à l'article 27, sur lequel je suis saisi de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 173, présenté par MM. Fischer, Muzeau et Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le III de cet article :

III. – 1° Le troisième alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Lorsque le médecin traitant exerçant dans un cabinet de groupe ou dans un centre de santé, est indisponible, un autre médecin exerçant dans un cabinet de groupe ou le centre de santé peut être considéré comme un médecin traitant pour l'assuré ».

2° Dans le sixième alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, après les mots : « régime de base d'assurance maladie », sont insérés les mots : « ou en cas d'indisponibilité du médecin traitant ».

La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. Aux termes du paragraphe III de cet article, une personne pourra désigner conjointement comme médecins traitants les médecins exerçant dans un même centre de santé ou dans un cabinet de groupe.

Nous n'en avons certainement pas fini avec les dispositions tendant à assouplir la loi de réforme de l'assurance maladie. Nous sommes d'ailleurs déjà revenus maintes fois sur le caractère complexe, inutile et coûteux de cette réforme, qui alourdit la plupart des procédures de recours aux soins.

Le parcours de soins – le passage obligé par le médecin traitant – en est une parfaite illustration.

C'est pourquoi, si cette volonté d'adaptation du dispositif aux modalités d'exercice des cabinets de groupe ou des centres de santé ne peut qu'être approuvée, il convient de souligner que, dans la rédaction qui nous est proposée, la désignation conjointe risque d'entraîner des difficultés d'application. En effet, on conçoit mal que le rôle et les missions du médecin traitant, notamment la responsabilité de la tenue du dossier médical personnel, puissent être dilués entre tous les praticiens d'un même centre.

Les centres de santé, en particulier, mènent de longue date un combat pour rendre légitime et efficace la coordination des soins, ce qui a fait du médecin référent un pivot essentiel dans leur fonctionnement.

C'est pourquoi, tout en respectant la souplesse instaurée par l'article 27, il nous paraît nécessaire de limiter au cas d'indisponibilité du médecin traitant désigné la possibilité, pour l'assuré, de considérer un autre médecin du cabinet ou du centre de santé comme médecin traitant.

M. le président. L'amendement n° 141, présenté par

M. Cazeau, Mmes Demontès, Le Texier et Campion, MM. Domeizel et Godefroy, Mme Schillinger et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le III de cet article :

III. – 1° Après la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, sont insérées deux phrases ainsi rédigées :

« Lorsque le médecin traitant exerce dans un cabinet de groupe ou dans un centre de santé, son rempla-

ment peut, en cas d'indisponibilité, être assuré par un autre médecin exerçant dans le cabinet ou le centre. Dans ce cas, le médecin qui assure le remplacement est considéré comme médecin traitant pour l'assuré. »

2° Au dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, après les mots : « régime de base d'assurance maladie », sont insérés les mots : « ou auprès du médecin remplaçant en cas d'indisponibilité du médecin traitant ».

La parole est à M. Bernard Cazeau.

M. Bernard Cazeau. Nous pensons, comme M. Fischer, que ces remplacements peuvent être source de confusion dans la procédure concernant le médecin traitant.

Notre amendement vise donc également, tout en respectant la souplesse instaurée par cet article 27, à limiter la possibilité de consulter un autre médecin du cabinet ou du centre de santé à l'indisponibilité du médecin traitant choisi, sans changer l'identité de celui-ci.

M. le président. L'amendement n° 157, présenté par M. Gouteyron, est ainsi libellé :

Rédiger ainsi le texte proposé par le III de cet article pour insérer une phrase après la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale :

« Lorsque le médecin traitant est indisponible, le médecin de même discipline qui assure la continuité des soins le tient informé, conformément à la déontologie médicale, de ses constatations et décisions et est réputé être médecin traitant. »

La parole est à M. Adrien Gouteyron.

M. Adrien Gouteyron. Cet amendement ressemble étrangement à ceux qui viennent d'être présentés, mais les considérants ne sont peut-être pas tout à fait les mêmes.

Je pense que le rôle du médecin traitant est essentiel dans la réforme que nous avons votée, et il importe donc qu'il ne soit pas affaibli.

Ce rôle est fondé sur la confiance du patient envers son médecin traitant, confiance qu'il a manifestée en choisissant celui-là et non un autre. Cela entraîne pour le médecin traitant une grande responsabilité, qui ne peut être diluée à l'excès, même si des assouplissements restent nécessaires.

C'est le sens de cet amendement, qui prévoit le remplacement du médecin traitant par le médecin ayant en charge la continuité des soins, ce dernier étant dès lors tenu d'informer le médecin traitant de ses constatations et décisions.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales, pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. Ces trois amendements sont pratiquement de même nature.

Monsieur Gouteyron, la commission des affaires sociales m'a chargé de demander l'avis du Gouvernement sur votre amendement, que nous trouvons d'ailleurs intéressant.

Je saisis cette occasion, monsieur le ministre, pour vous demander quelques précisions.

Notre commission approuve les mesures de simplification proposées par le Gouvernement, mais nous souhaiterions connaître les modalités selon lesquelles seront versées les rémunérations spécifiques dues au médecin traitant comme, par exemple, le forfait de 40 euros par patient souffrant

d'une affection de longue durée. Il n'est pas certain qu'un versement à la structure qui chapeaute le cabinet de groupe ou le centre de santé soit une solution satisfaisante dans tous les cas. Tous les médecins du centre se partageront-ils l'indemnité ou ira-t-elle uniquement au médecin de permanence ayant rempli la fonction de médecin traitant ?

M. Bernard Cazeau. Cela ne vous regarde pas !

M. Alain Vasselle, rapporteur. Comment cela ?

M. Bernard Cazeau. Le ministre n'en sait pas plus que vous sur ce point !

M. Alain Vasselle, rapporteur. On peut quand même l'interroger et savoir quelles sont les intentions du Gouvernement.

M. Bernard Cazeau. C'est l'affaire du cabinet de groupe !

M. Alain Vasselle, rapporteur. Si l'on adopte cette disposition, il faut bien savoir comment elle sera appliquée !

M. Bernard Cazeau. Les amendements ne portent pas sur ce point !

M. Alain Vasselle, rapporteur. Monsieur le président, dois-je continuer à dialoguer avec M. Cazeau ou puis-je librement interroger le ministre ?

M. le président. Il me semble que le débat parlementaire exclut tout dialogue particulier. Cela étant, monsieur le rapporteur, je peux donner la parole à M. Cazeau pour qu'il s'exprime et vous aurez tout loisir de lui répondre.

En tout cas, j'ai cru comprendre que vous vous en remettiez à l'avis du Gouvernement sur l'amendement de M. Gouteyron et que, par ailleurs, vous souhaitiez interroger le Gouvernement sur un point particulier qui n'est pas traité dans les amendements.

M. Alain Vasselle, rapporteur. Oui, monsieur le président, sur les modalités d'application de la disposition !

M. Roland Muzeau. Nous n'avons pas entendu l'avis de la commission sur les deux premiers amendements !

M. Guy Fischer. M. le rapporteur fait de l'ostracisme !

M. Alain Vasselle, rapporteur. Je fais de l'ostracisme ?

M. Bernard Cazeau. Bien sûr !

M. Alain Vasselle, rapporteur. Excusez-moi, monsieur Fischer, mais les trois amendements étant quasiment identiques, l'avis de la commission sera identique sur les trois, ne vous inquiétez pas.

J'espère que ce signe de bonne volonté de ma part me vaudra des efforts de la vôtre ! (*Sourires.*)

M. Bernard Cazeau. Les trois amendements sont en effet pratiquement identiques, mais pourquoi n'évoquer que celui de M. Gouteyron ?

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

M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Le Gouvernement ne souhaite pas l'adoption de ces trois amendements.

Je répondrai tout d'abord à M. Gouteyron, dont les inquiétudes portent sur la continuité des soins. En réalité, dans le cas où la coordination des soins est assurée au sein d'un cabinet de groupe, le code de déontologie médicale impose déjà l'application de ce principe de la continuité des

soins. Dès lors, il paraît inutile d'alourdir le texte pour le réaffirmer. C'est pourquoi je lui demande de bien vouloir retirer son amendement.

M'adressant maintenant aux auteurs des amendements n^{os} 173 et 141, je rappellerai que c'est à l'Assemblée nationale qu'a été introduite cette possibilité de choisir plusieurs médecins d'un cabinet de groupe comme médecins traitants. Il s'agit d'une commodité qui garantit, dans la mesure où ces médecins ont l'habitude de travailler en commun, un bon suivi du patient, probablement meilleur encore, dans bien des cas, que celui qu'assure un médecin unique, qui peut être amené à s'absenter. Nous souhaitons précisément encourager ces formules en ce qu'elles autorisent une grande souplesse tout en garantissant un bon suivi des patients.

Pour en venir à la question très précise que m'a posée M. le rapporteur, je voudrais lui indiquer que, dès lors que le patient aura choisi un cabinet de groupe, les 40 euros qui constituent, en quelque sorte, l'honoraire spécifique du médecin traitant, reviendront naturellement au cabinet de groupe, puis seront répartis entre les médecins en fonction de l'accord qu'ils auront conclu, probablement à due concurrence de la part de chacun.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. Cette réponse du Gouvernement me convient d'autant mieux qu'elle devrait faire plaisir à M. Cazeau et l'inciter, comme peut-être M. Fischer, à retirer son amendement.

Pour ce qui est de l'amendement n^o 157, je laisse à M. Gouteyron le soin d'apprécier s'il est opportun de le retirer.

M. le président. L'amendement n^o 157 est-il maintenu ?

M. Adrien Gouteyron. Non, monsieur le président, je le retire, car les assurances que m'a données M. le ministre me tranquillisent.

Chacun aura bien compris que ce que je redoutais, c'était la dilution de la responsabilité et l'affaiblissement du rapport de confiance entre le patient et le médecin. Il apparaît, au regard des dispositions existantes, que mes craintes étaient infondées.

M. le président. L'amendement n^o 157 est retiré.

La parole est à M. François Autain, pour explication de vote sur l'amendement n^o 173

M. François Autain. Je n'ai pas très bien compris l'argumentation de M. le ministre sur les amendements n^{os} 173 et 141, qui sont importants puisqu'ils offrent au malade, en l'absence du médecin traitant exerçant au sein d'un cabinet de groupe, la possibilité de choisir, dans le même cabinet, un médecin traitant pour le remplacer.

Si l'on n'adopte pas ces amendements, on privera le malade, en l'absence du médecin traitant qu'il aura choisi dans un cabinet de groupe, des avantages que procure, en matière de parcours coordonné de soins, l'existence d'un médecin traitant.

Dès lors que M. le ministre veut encourager, à juste raison, ces structures d'exercice de la médecine en groupe, je ne comprends pas qu'il puisse s'opposer à des amendements dont l'objectif est d'améliorer le fonctionnement de ces mêmes structures.

M. le président. La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote.

M. Bernard Cazeau. Le principe du cabinet de groupe – que le ministre, si j'ai bien compris, entend favoriser – implique que les patients changent souvent de médecin en fonction de la présence de l'un ou de l'autre des praticiens. C'est un avantage, parmi d'autres, de cette formule du cabinet de groupe : à tout moment de la journée, la présence d'un médecin y est assurée.

Je ne vois donc pas pourquoi tel ou tel médecin d'un cabinet de groupe ne pourrait pas faire fonction de médecin traitant. Ce serait, monsieur le ministre, une facilité qui s'inscrirait tout à fait dans la volonté que vous avez manifestée de favoriser la souplesse qu'offrent les cabinets de groupe.

Par ailleurs, et sur ce point nous sommes d'accord avec vous, l'affectation des honoraires est l'affaire du cabinet de groupe et non pas de la loi.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 173.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 141.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 142, présenté par M. Cazeau, Mmes Demontès, Le Texier et Campion, MM. Domeizel et Godefroy, Mme Schillinger et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

I. – Rédiger comme suit le V de cet article :

V. – À la première phrase du 4° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « praticiens libéraux exerçant dans ces zones », sont insérés les mots : « ou les centres de santé qui y sont implantés ».

La fin de la même phrase est complétée par les mots : « qui peut être modulée en fonction de leur niveau d'activité et de leurs modalités d'exercice, notamment pour favoriser l'exercice regroupé ».

II. – Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

VI. – La première phrase du 8° de l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « ainsi que les conditions dans lesquelles ces centres bénéficient, en contrepartie, d'une rémunération forfaitaire annuelle, qui peut être modulée en fonction de leur niveau d'activité et leurs modalités d'exercice ».

La parole est à Mme Raymonde Le Texier.

Mme Raymonde Le Texier. Aux termes du paragraphe V de l'article 27, qui a été introduit à l'Assemblée nationale sur proposition du Gouvernement, la rémunération forfaitaire annuelle dont bénéficient les médecins libéraux exerçant dans des zones urbaines ou rurales où est constaté un déficit en matière d'offres de soins et dans lesquelles sont mis en place des dispositifs d'aide à l'installation peut être modulée en fonction de leur niveau d'activité et de leurs modalités d'exercice, notamment pour favoriser l'exercice regroupé.

Selon les articles L. 162-14-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, les dispositifs d'aide à l'installation bénéficient tant aux praticiens libéraux qu'aux centres de santé visés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique.

Cet amendement a donc pour objet d'aménager ces textes afin que les centres de santé installés dans les zones concernées bénéficient d'une rémunération forfaitaire annuelle dans les conditions ici précisées.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. La proposition de notre collègue n'est pas inintéressante : bien que touchant aux centres de santé, elle correspond tout à fait à l'esprit d'amendements déjà défendus lors de l'examen du projet de loi d'orientation agricole.

La commission n'a pas d'objections de fond à formuler. Elle considère simplement qu'il y a lieu d'établir un bilan des aides déjà accordées aux médecins libéraux et aux centres de santé avant de renforcer les mesures incitatives destinées à pallier le manque de médecins en milieu rural ou dans certaines zones urbaines sensibles.

C'est la raison pour laquelle la commission n'a pas jugé bon de retenir cet amendement et invite ses auteurs à le retirer, en espérant être confortée dans son jugement par l'avis et les explications que voudra bien fournir M. le ministre.

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

M. Philippe Bas, ministre délégué. Cet amendement est effectivement intéressant. Toutefois, le Gouvernement estime, compte tenu des aides mises en œuvre et du bilan à réaliser, qu'il faut, avant de prendre une telle mesure, vérifier que le dispositif mis en place s'avère insuffisant.

C'est la raison pour laquelle je demande à mon tour le retrait de cet amendement, tout en précisant que je ne lui oppose pas une fin de non-recevoir : je préfère simplement, avant de prendre une quelconque décision, connaître les résultats du bilan.

M. le président. L'amendement n° 142 est-il maintenu ou ses auteurs sont-ils sensibles aux appels du Gouvernement et de la commission ?

M. Bernard Cazeau. M. le ministre ne s'est pas montré très sensible à mon amendement n° 141, dont il reconnaissait pourtant le bien-fondé. J'estime inutile de perdre du temps avant de prendre des dispositions de ce type, dont le bon sens s'impose à tous. On va encore diligenter une étude « pour vérifier que... » Franchement, cela ne me paraît pas justifié et je maintiens donc l'amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 142.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 271, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – L'article L. 182-4 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'Union nationale des professions de santé reçoit une contribution à son fonctionnement de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Le montant de cette contribution est défini par l'accord mentionné à l'article L. 162-1-13 ou à défaut par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. »

La parole est à M. le ministre délégué.

M. Philippe Bas, ministre délégué. La loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004 a institué une Union nationale des professions de santé : il ne s'agit donc pas d'une simple association. Cet organisme a naturellement besoin de moyens de fonctionnement, lesquels doivent être définis par la voie conventionnelle, à partir d'une négociation qui sera conduite par la CNAM, le Gouvernement se réservant évidemment la possibilité d'intervenir à défaut d'accord.

Tel est le sens de cet amendement, qui permet de donner à cet organisme légal les moyens de fonctionner pour être associé à l'action de l'assurance maladie.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 271.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 27, modifié.

(L'article 27 est adopté.)

Articles additionnels après l'article 27

M. le président. L'amendement n° 272, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Après l'article 27, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – L'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique est modifié comme suit :

1° Dans le premier alinéa, la deuxième phrase est supprimée.

2° Dans le deuxième alinéa, la première phrase est ainsi rédigée : « Un accord conventionnel interprofessionnel mentionné à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale ou les conventions mentionnées aux articles L. 162-5 et L. 162-9 du même code déterminent pour les médecins qualifiés en stomatologie et pour les chirurgiens-dentistes, la nature, les modalités et les conditions de mise en œuvre de cet examen. »

II. – L'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la publication de la présente loi demeure en vigueur, respectivement pour chacune des professions concernées, jusqu'à la publication des dispositions conventionnelles prises en application du 2° du I.

III. – L'article L. 162-1-12 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-1-12. – L'examen bucco-dentaire de prévention mentionné à l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique ainsi que les soins dentaires réalisés dans les six mois suivant cet examen, à l'exception des soins prothétiques et d'orthopédie dento-faciale, sont pris en charge en totalité par les régimes obligatoires de l'assurance maladie et maternité, et les bénéficiaires de ces actes sont dispensés de l'avance des frais. »

La parole est à M. le ministre délégué.

M. Philippe Bas, ministre délégué. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a rendu obligatoire un examen bucco-dentaire pour les enfants, entre leur sixième et leur douzième anniversaire.

Par ailleurs, dans le cadre des négociations entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie, il a été prévu, par un accord datant de mars 2005, d'étendre un autre type d'examen appelé le « bilan bucco-dentaire ». Au lieu de laisser ces deux examens se dérouler sur deux voies parallèles – l'examen bucco-dentaire et le bilan bucco-dentaire prévu par la voie conventionnelle –, il paraît judicieux de les fusionner.

Dans cette optique, le Gouvernement propose de transférer la mise en œuvre de l'examen créé pour les enfants aux partenaires conventionnels et de prévoir une prise en charge à 100 % des soins recommandés à la suite de ces examens préventifs.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. Favorable.

M. le président. La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote.

M. Bernard Cazeau. L'examen bucco-dentaire de prévention est réalisé à deux reprises : après la sixième année et après la douzième année. Le bilan bucco-dentaire est réalisé, quant à lui, au cours de la douzième année. Il est important d'effectuer ce type d'examen deux fois dans la vie d'un enfant afin d'éviter, notamment, le développement de caries et autres problèmes.

Je voudrais donc savoir, monsieur le ministre, si après leur fusion, à laquelle je ne suis au demeurant pas opposé, ces deux examens seront bien réalisés à ces deux époques de la vie des enfants.

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

M. Guy Fischer. Monsieur le ministre, nous sommes d'accord sur le principe de cet amendement.

En France, notamment dans les quartiers populaires, le problème de l'accès à des soins bucco-dentaires de qualité se pose avec une particulière acuité.

Il faut savoir que, si les soins sont remboursés dans des conditions à peu près acceptables, il n'en va pas en ce qui concerne l'appareillage, et nombre de nos concitoyens pâtissent de cette situation.

L'accès au dentiste reste trop souvent trop onéreux pour permettre pas à tous d'être soignés de manière convenable.

Monsieur le ministre, vous nous aviez informés du fait que des négociations étaient engagées sur cette question, qui impliquaient aussi bien la CNAM que les organismes complémentaires. Pouvez-vous nous donner des précisions sur l'état d'avancement de ces négociations ?

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

M. Philippe Bas, ministre délégué. Monsieur Cazeau, je puis répondre par l'affirmative à votre interrogation : il y aura bien deux examens à deux âges différents.

M. François Autain. Et la question de M. Fischer ?

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 272.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 27.

L'amendement n° 218, présenté par MM. Fischer, Autain et Muzeau, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 27, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans l'année suivant l'application de la présente loi, le Gouvernement présente un rapport au Parlement établissant le bilan d'une année d'application de la charte de la visite médicale.

La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. M. le rapporteur a rappelé hier que, lors de l'examen de la réforme de l'assurance maladie, en 2004, nous n'avions pas voté le dispositif relatif à la charte de la visite médicale. C'est exact, mais il y avait à cela une

raison précise : ce dispositif ne prévoyait pas de sanction en cas de non-application ou de mauvaise application de ladite.

Pour nous, le principe n'est pas mauvais, mais, si l'on n'exerce aucun contrôle et que l'on ne vérifie pas que cette charte est appliquée, celle-ci ne sert à rien.

C'est pourquoi il nous paraît indispensable, un an après la signature de cette charte, de savoir si elle est appliquée, dans quelles conditions et avec quels résultats.

Je rappelle qu'elle visait à renforcer le rôle de la visite médicale dans le bon usage du médicament et de la qualité de l'information. On peut néanmoins s'interroger : la visite médicale relève-t-elle vraiment de l'information ? Selon moi, elle tient plus de la promotion du médicament que d'une information objective sur l'utilisation de ce médicament.

Il semble, d'après les informations qui me sont parvenues, que des pratiques auxquelles la charte avait pour but de mettre fin perdurent.

L'industrie pharmaceutique continue de privilégier la fréquence des visites par rapport à leur contenu. Les visiteurs médicaux sont toujours primés en fonction du chiffre d'affaires réalisé ou de l'évolution de la part de marché, et non sur le respect de la charte, comme le prévoyait celle-ci.

Les visiteurs médicaux doivent toujours effectuer six visites par jour au minimum. Ils continuent à user d'incitations pour obtenir un droit de visite : invitations, cadeaux. Ils continuent à consigner dans leurs bases de données des éléments autres que professionnels et factuels tels que des jugements de valeur et des informations à caractère subjectif concernant le médecin, ses enfants, ses loisirs. Ils continuent de remettre des cadeaux ne faisant pas l'objet d'une convention, par exemple du petit matériel de bureau ainsi que des invitations au restaurant ou des soirées de relations professionnelles qui ne sont pas déclarées au conseil de l'ordre.

Par ailleurs, même si cette charte était appliquée, ce qui ne semble pas être le cas, elle ne permettrait pas de résoudre ce problème de fond qui constitue un handicap majeur pour toute régulation des dépenses de médicaments et que la Cour des comptes a pointé dans son rapport annuel : « La quasi-totalité de l'information reçue par les médecins provient des laboratoires dont l'intérêt est de promouvoir les médicaments les plus chers (...) C'est un handicap majeur pour toute régulation des dépenses du médicament. »

Monsieur le ministre, avez-vous l'intention de faire en sorte que cette charte soit réellement appliquée ou était-ce simplement, comme souvent, une mesure destinée à faire de l'affichage, sans réalisation concrète ?

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. M. Autain, qui a été à l'origine de la création d'une mission sur le médicament, est orfèvre sur ce dossier. Il appelle l'attention du Gouvernement et la nôtre sur la nécessité de contrôler la mise en œuvre de la charte de la visite médicale et il souhaiterait que des sanctions soient mises en œuvre pour que les résultats recherchés soient effectivement obtenus.

Cette charte a été un des éléments de la réforme. J'ai déjà fait valoir qu'elle devait nous permettre de veiller à ce que les prescriptions par les médecins se fassent de la manière la plus efficiente possible.

La commission des affaires sociales considère que la présentation d'un tel rapport n'est pas vraiment indispensable puisque, de toute façon, le CEPS, le Comité économique des produits de santé, est tenu de rendre chaque année un rapport sur l'application de la charte.

Je propose, sous réserve de l'accord du président de la commission, que, une fois la MECSS – mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale – mise en place, son futur président, en liaison avec des collègues de la commission, engage des investigations pour voir dans quelle mesure la charte est ou non appliquée.

M. Gérard Dériot, vice-président de la commission des affaires sociales. Tout à fait !

M. Alain Vasselle, rapporteur. Si nous étions amenés à constater que la charte ne répond pas aux objectifs que nous lui avons assignés dans le cadre de la réforme, nous nous aviserions des mesures à prendre.

Par conséquent, monsieur Autain, si M. le ministre partage mon point de vue, vous pourriez éventuellement envisager de retirer votre amendement.

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

M. Philippe Bas, ministre délégué. Monsieur le sénateur, votre amendement est déjà très largement satisfait puisque le Comité économique des produits de santé a, dans son rapport public annuel, l'obligation de rendre compte de son action, y compris désormais pour la charte de la visite médicale.

Par conséquent, il me semble que cet amendement, dont l'intention me paraît tout à fait légitime, rejoint la volonté de transparence du Gouvernement.

Telle est la raison pour laquelle je vous demande de bien vouloir retirer cet amendement. À défaut, le Gouvernement émettra un avis défavorable.

M. le président. L'amendement n° 218 est-il maintenu ?

M. Guy Fischer. M. le rapporteur a fait une proposition dans le cadre de l'action future de la MECSS, à savoir que nous pourrions à la fois prolonger la réflexion qui est menée par la mission d'information à laquelle participe François Autain et peut-être approfondir quelques points. Nous en prenons acte.

Nous sommes très attachés à cette mission, car il s'agit d'enjeux importants et un effort de transparence sur les problèmes du médicament est hautement nécessaire.

M. le ministre a rappelé que le rapport annuel du CEPS était susceptible d'apporter les éléments que nous souhaitons voir portés à la connaissance du Parlement.

Sous le bénéfice des assurances qui nous ont été données, et pour vous être agréables, monsieur le rapporteur, monsieur le ministre, exceptionnellement, nous retirons notre amendement.

M. Gérard Dériot, vice-président de la commission des affaires sociales. Très bien !

M. Alain Vasselle, rapporteur. Que de grâce ! (Sourires.)

M. le président. L'amendement n° 218 est retiré.

Article 27 bis

Le premier alinéa de l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Elle s'assure notamment que ces logiciels permettent directement la prescription en dénomination commune internationale. » – (*Adopté.*)

Article 28

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

« *Art. L. 162-22-7-1.* – Le Comité économique des produits de santé peut fixer pour chacun des médicaments ou produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation le montant des dépenses des régimes obligatoires de sécurité sociale au-delà duquel il peut décider de baisser le tarif de responsabilité mentionné aux articles L. 162-16-6 et L. 165-7. Les entreprises peuvent toutefois solliciter auprès du Comité économique des produits de santé de verser sous forme de remise à l'assurance maladie un montant égal à la perte de chiffre d'affaires annuel qui résulterait de l'application de la décision de baisse tarifaire. »

M. le président. Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 174, présenté par MM. Fischer, Muzeau et Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

I. – Supprimer la dernière phrase du texte proposé par cet article pour l'article L. 162-22-7-1 du code de la sécurité sociale.

II. – Compléter le même texte par un alinéa ainsi rédigé :

« En aucun cas le prix de vente aux établissements ne peut être supérieur au tarif de responsabilité. »

La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. L'article 28, qui prévoit d'étendre le dispositif de régulation appliqué aux produits de santé remboursés en ville aux médicaments facturés en sus des tarifs de groupes homogènes de séjour à l'hôpital, pourrait, de prime abord, paraître anodin. En effet, le Comité économique des produits de santé est autorisé à baisser unilatéralement le tarif de responsabilité.

Mais, dans le même temps, les entreprises pharmaceutiques peuvent demander au CEPS, qui est tenu d'accéder à cette demande, de substituer à cette baisse de prix le versement d'une remise à l'assurance maladie.

Il est regrettable que, lorsque le Gouvernement envisage une règle, il propose immédiatement de l'assortir d'une dérogation, d'autant que la possibilité de substituer à la baisse du tarif de responsabilité le versement d'une remise à l'assurance maladie n'est pas du tout neutre.

Pour une entreprise pharmaceutique, les répercussions d'une baisse de prix ne reviennent pas du tout à la même chose que le versement différé d'une remise. C'est évidemment beaucoup moins pénalisant.

En revanche, pour les acheteurs de ces médicaments, les assurés sociaux, l'opération n'est pas blanche. Pis, elle met en pièces l'efficacité du dispositif de régulation des dépenses de médicament, puisque permettre aux entreprises pharmaceutiques de déroger à la baisse du tarif de responsabilité décidée par le CEPS revient à créer les conditions du maintien d'un écart substantiel entre le prix de vente et le tarif de responsabilité.

Or on sait que le taux de remboursement du régime général est calculé sur la base du tarif de responsabilité.

Une fois de plus, je crains que les assurés ne « fassent les frais » – au sens propre comme au sens figuré – de la dérogation accordée aux entreprises pharmaceutiques.

C'est pourquoi notre amendement vise un double objectif : ne pas permettre aux entreprises pharmaceutiques de déroger à l'obligation de baisse des prix de leur spécialité décidée par le CEPS ; limiter le coût pour l'hôpital de l'achat de médicaments.

En conséquence, cette disposition permet de rendre opposable aux entreprises le tarif de remboursement, dit « tarif de responsabilité », afin d'empêcher ces dernières de récupérer sur les établissements de santé tout ou partie de la baisse des tarifs ou, pour l'hôpital, d'en faire supporter le coût aux patients.

M. le président. L'amendement n° 143, présenté par M. Cazeau, Mmes Demontès, Le Texier et Campion, MM. Domeizel et Godefroy, Mme Schillinger et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Supprimer la dernière phrase du texte proposé par cet article pour l'article L. 162-22-7-1 du code de la sécurité sociale.

La parole est à Mme Claire-Lise Campion.

Mme Claire-Lise Campion. Le Comité économique des produits de santé a, depuis la loi du 13 août 2004, le pouvoir de prendre des mesures de régulation ou de baisse du prix des médicaments en cas d'échec des négociations avec les entreprises pharmaceutiques.

L'article 28 complète le dispositif existant en prévoyant non seulement que le CEPS peut baisser le tarif de remboursement aux hôpitaux des médicaments ou produits et prestations pris en charge en sus des groupes homogènes de séjour, les GHS, mais aussi, après sollicitation d'une entreprise, substituer à cette baisse de prix le versement d'une remise à l'assurance maladie « d'un montant égal à la perte de chiffre d'affaires annuel qui résulterait de l'application de la décision de baisse tarifaire ».

Or cette faculté offerte aux laboratoires pharmaceutiques d'opter soit pour une baisse directe des prix, soit pour une remise à l'assurance maladie d'un montant équivalant à la perte de chiffre d'affaires annuel, n'est pas favorable aux assurés et aux organismes complémentaires.

En effet, dans l'hypothèse d'une telle remise, les assurés ne bénéficieront pas directement des réductions de prix, alors que la baisse directe du prix de vente au public peut constituer, dans l'optique d'une modification des comportements, un signal fort à l'adresse des prescripteurs de médicaments et des consommateurs eux-mêmes.

Quant aux complémentaires de soins, toujours dans l'hypothèse d'une remise, elles ne seront pas forcément incitées à traduire cette baisse des prix dans leur contrat, car elles ne seront pas en situation de la mesurer clairement.

En outre, cette mesure est potentiellement préjudiciable aux établissements de santé puisque, dans l'hypothèse de la remise, ils seront obligés d'acheter des médicaments au prix fort, sans aucune possibilité de négocier.

Enfin, cette mesure ne manque pas de soulever un certain nombre d'interrogations. Qui fixera le montant de la perte du chiffre d'affaires annuel ? Les entreprises ne trouveront-elles pas plus d'intérêt à verser une remise annuelle plutôt que de se voir imposer une baisse tarifaire ?

À terme, avec ce système, une fois encore, ce sont les assurés sociaux qui supporteront le coût des tarifs élevés.

Pour toutes ces raisons, nous vous proposons que les laboratoires ne puissent pas disposer de la liberté de substituer à la baisse des prix le versement d'une remise.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. Ces deux amendements vont dans le même sens.

A l'heure actuelle, toutes les mesures qui ont été prises en matière de médicament nous ont permis d'aboutir à un équilibre au moins provisoire. Il ne nous paraît pas judicieux d'aller plus loin dans l'immédiat.

Mes chers collègues, vous avez déjà, avec beaucoup d'enthousiasme, adopté un amendement du Gouvernement qui visait à porter la taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires de 1,5 % à 1,96 %.

M. Roland Muzeau. Vous aussi !

M. Alain Vasselle, rapporteur. Pas à titre personnel, monsieur Fischer : je n'ai pas participé au vote.

Quoi qu'il en soit, l'effort qui est déjà demandé aux laboratoires est significatif.

M. Roland Muzeau. Arrêtez, vous allez nous faire pleurer !

M. Alain Vasselle, rapporteur. C'est la raison pour laquelle la commission a émis un avis défavorable sur ces deux amendements.

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

M. Philippe Bas, ministre délégué. Le Gouvernement partage l'avis de la commission.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 174.

(Après une épreuve à main levée déclarée douteuse par le bureau, le Sénat, par assis et levé, n'adopte pas l'amendement.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 143.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 28.

(L'article 28 est adopté.)

Articles additionnels après l'article 28

M. le président. L'amendement n° 219, présenté par MM. Fischer, Autain et Muzeau, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 28, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

« Si les médicaments visés au précédent alinéa présentent un service médical rendu insuffisant ou nul déterminé selon des critères fixés par décret et après avis des commissions compétentes, l'autorisation de mise sur le marché leur est retirée et le ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale procède au retrait du médicament sur la liste visée au premier alinéa. »

La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. Cet amendement vise à éviter que des médicaments dépourvus d'efficacité thérapeutique, qui sont de fausses innovations, soient mis sur le marché à des prix souvent très supérieurs à ceux qui existent déjà dans la même classe thérapeutique.

Pour illustrer mon propos, j'évoquerai une pratique à laquelle ont souvent recours les laboratoires pour tourner la législation en matière de médicaments génériques.

Comme j'ai déjà eu l'occasion de l'expliquer, lorsque le brevet d'une de leurs spécialités approche de son expiration, les laboratoires créent une seconde spécialité strictement identique à la première, dont le seul objet est de contrer le générique qui va être mis sur le marché pour remplacer le médicament princeps. J'avais cité l'exemple du Mopral. Avant que le brevet qui protégeait le Mopral n'arrive à expiration, son fabricant a obtenu l'autorisation de mise sur le marché de l'Inexium, qui est absolument identique au Mopral puisque la formule compacte est la même. L'Inexium est vendu 25,82 euros la boîte de quatorze comprimés, ce qui est certes moins cher que le Mopral, mais plus que le générique, dont le prix est de 17,64 euros.

Au demeurant, ce n'est pas le seul moyen qu'utilisent les laboratoires pour tourner la législation. Ils peuvent aussi effectuer de nouveaux dosages, mettre sur le marché de nouvelles formes galéniques, comme ce fut le cas pour le Prozac.

De tels comportements ne sont pas acceptables. Ils n'apportent aucun bénéfice aux malades et se révèlent très préjudiciables aux comptes de la sécurité sociale.

Je suis persuadé que chacun d'entre nous est favorable à une maîtrise des dépenses de santé. Il me paraît donc difficile d'être opposé à un amendement qui vise à interdire de telles pratiques.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. Il faut distinguer la procédure d'autorisation de mise sur le marché, qui est une mesure de sécurité sanitaire, et l'inscription sur la liste des biens et services pris en charge, qui est une mesure relevant de la solidarité nationale. Cette distinction est essentielle.

Monsieur le ministre, pourriez-vous, dans souci pédagogique, expliquer à nos collègues du groupe CRC que, lorsque la Haute Autorité de santé considère que le service médical rendu d'un médicament est insuffisant, cela ne signifie pas pour autant que ledit médicament est inefficace, mais qu'elle estime que la solidarité nationale n'a plus à le prendre en charge et qu'il vaut mieux qu'elle consacre ses moyens à rembourser des molécules plus onéreuses, qui permettent de traiter les pathologies lourdes ?

La commission a donc émis un avis défavorable sur cet amendement.

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

M. Philippe Bas, ministre délégué. Les médicaments dont le SMR est insuffisant ne sont en effet ni toxiques ni inefficaces, et ils méritent leur AMM. Ces médicaments ont des effets, mais la Haute Autorité de santé, qui est un organisme scientifique indépendant, estime que ces effets sont insuffisants et que les médicaments en question ne doivent donc plus être remboursés.

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Il y a manifestement un malentendu.

La commission d'autorisation de mise sur le marché émet un avis sur l'efficacité absolue et l'absence de toxicité du médicament, tandis que la commission de la transparence émet un avis sur l'efficacité relative du médicament. C'est cette dernière qui décide si ce médicament sera ou non remboursé et c'est sur ce point que porte notre amendement.

Il ne s'agit en aucun cas de porter un jugement sur les avis que rend la commission d'AMM. Il s'agit d'apprécier la décision que prend le ministre en inscrivant ou non les médicaments sur la liste donnant lieu à remboursement par la sécurité sociale.

Un médicament qui a un service médical rendu insuffisant peut tout de même avoir une efficacité supérieure à un autre médicament. Cela ne signifie pas pour autant qu'il faille le rembourser.

Nous visons ici des médicaments qui sont mis sur le marché alors qu'ils n'ont pas une efficacité supérieure à d'autres médicaments qui sont déjà en vente. Nous estimons dès lors qu'il n'y a aucune raison d'autoriser leur remboursement, d'autant que, la plupart du temps, leur prix est très supérieur à celui des médicaments qui sont déjà sur le marché et qui sont remboursés.

Monsieur le ministre, je me suis efforcé de faire preuve de pédagogie, comme dirait M. le rapporteur, afin que nous tentions de nous rencontrer dans ce dialogue très fécond !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 219.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 220, présenté par MM. Fischer, Autain et Muzeau, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 28, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans le chapitre 3 du titre VI du livre I du code de la sécurité sociale, est inséré un article additionnel ainsi rédigé :

« Art. L. ... – Lorsqu'un médicament a pu bénéficier d'une autorisation de mise sur le marché et d'une inscription sur la liste des médicaments et spécialités remboursables, alors il doit être pris en charge par l'assurance maladie à 100 % .»

La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. M. le ministre a indiqué que le taux de remboursement des soins de ville avait tendance à augmenter. Il va de soi que c'est surtout vrai depuis que la droite est revenue au pouvoir ! Il ne l'a peut-être pas dit, mais il l'a pensé si fort que je crois devoir l'affirmer, tant il est vrai que, avant 2002, tout était noir et que, soudain, la lumière fut ! *(Sourires.)*

M. Philippe Bas, ministre délégué. Vous êtes l'exégète de ma pensée ! *(Nouveaux sourires.)*

M. François Autain. Nous souhaitons, nous, que les médicaments soient remboursés à 100 %. Comme je l'ai déjà expliqué, loin d'augmenter, le taux de remboursement moyen des soins n'a fait que décroître, passant de 90 % en 1975, à 76 % aujourd'hui. La baisse est, certes, moins importante pour les soins de ville, mais il y a tout de même une baisse.

Notre amendement ne vise pas à rembourser tous les médicaments à 100 %. En cela, il est cohérent avec celui que nous avons présenté tout à l'heure. Il s'agit de déterminer, dans des conditions objectives, un nombre limité de médicaments indispensables, utiles, et de les rembourser à 100 % afin de ne pas pénaliser les personnes les plus démunies, même si, je le reconnais, le Gouvernement les incite à recourir à une mutuelle.

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

M. Gérard Dériot, vice-président de la commission des affaires sociales, en remplacement de M. Alain Vasselle, rapporteur. Au nom de la cohérence, la commission ne peut qu'émettre un avis défavorable.

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

M. Philippe Bas, ministre délégué. Monsieur Fischer, 100 %, ce n'est pas assez ! Pourquoi pas 110 % ?

Ce n'est pas drôle d'être malade et il faut qu'un système de solidarité indemnise les malades. Mais nous devons véritablement adopter le principe de responsabilité pour sauver notre assurance maladie.

L'avis du Gouvernement est défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 220.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 28 bis

I. – Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent décider le maintien temporaire de la prise en charge de certaines spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale dont le service médical rendu, apprécié par la Commission de la transparence, est insuffisant au regard des autres médicaments ou thérapies disponibles.

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des spécialités pharmaceutiques concernées. Par dérogation au deuxième alinéa du I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations est fixée à 85 % pour ces spécialités.

II. – Les dispositions prévues au dernier alinéa de l'article L. 871-1 du même code ne s'appliquent pas aux spécialités mentionnées au I du présent article.

Par dérogation à l'article 6 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, l'organisme peut décider, lors du renouvellement du contrat, que tout ou partie de la participation de l'assuré en application du I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale n'est pas pris en charge pour ces spécialités.

III. – La radiation des spécialités concernées de la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, ainsi que celle de leurs génériques au sens du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, inscrits le cas échéant sur la même liste postérieurement à la publication de l'arrêté mentionné au deuxième alinéa du I du présent article, intervient au plus tard le 1^{er} janvier 2008.

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, sur l'article.

M. Guy Fischer. Cet article porte sur le remboursement des médicaments de la classe des veinotoniques. Il a pour objet de créer un taux de remboursement de ces spécialités à 15 % pour les deux prochaines années, avant leur complet déremboursement.

Le remboursement des médicaments constitue un important poste de dépenses : il a représenté 30 % des dépenses de soins de ville en 2004. Il convient donc d'améliorer la législation sur ce sujet, nous en sommes d'accord. Cependant, la méthode que le Gouvernement a choisie ne nous paraît pas acceptable.

La question des déremboursements n'est pas nouvelle ! En 2003, 617 médicaments ont vu leur taux de remboursement passer de 65 % à 35 %, parce qu'ils ont un service médical rendu faible ou modéré. Le taux de 35 % est alors devenu une véritable auberge espagnole, où se sont côtoyés aussi bien les antihistaminiques que les anti-inflammatoires ou les expectorants.

Le critère prétendument médical de la politique du médicament est ainsi mis à mal, et l'on renvoie aux mutuelles, donc au porte-monnaie des assurés sociaux, le soin de payer la différence.

Les 221 médicaments dont on parle aujourd'hui, parmi lesquels se trouvent les 156 médicaments immédiatement déremboursés, prennent la suite sur la même liste.

Les dispositions de l'article dont il est question ici concernent la décision prise par M. le ministre de la santé de créer un nouveau taux de remboursement partiel, contre l'avis de la Haute Autorité de santé. Tels sont les arrangements conclus entre le ministère et l'industrie pharmaceutique ! Il faudra dresser la liste de tout ce qui a été concédé à cette dernière.

Je rappelle que la Haute Autorité de santé s'était clairement prononcée contre la création d'un nouveau taux minoré, expliquant qu'elle aboutirait « quasi inévitablement, à plus ou moins long terme, à élargir à d'autres médicaments cette prise en charge minimale ».

Finalement, nous assistons ici, une nouvelle fois, à la réduction du champ de l'assurance maladie, ce qui conduit à appliquer aux médicaments la logique du panier de soins. Il s'agit d'un alourdissement de la charge pour les assurés sociaux, sans la contrepartie d'une amélioration des services rendus.

C'est pourquoi cet article ne nous semble pas acceptable, quand bien même il tendrait à adoucir la facture en l'étalant dans le temps.

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 71 est présenté par M. Jégou, au nom de la commission des finances.

L'amendement n° 175 est présenté par MM. Fischer, Muzeau et Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis de la commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la nation. Cet amendement vise à supprimer un article introduit par l'Assemblée nationale sur l'initiative du Gouvernement.

Cet article permet aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale de prendre un arrêté, intervenant au plus tard le 1^{er} janvier 2008, par lequel il serait possible de continuer à prendre en charge certaines spécialités pharmaceutiques dont le service médical rendu, apprécié par la commission de la transparence, est insuffisant au regard des autres médicaments ou thérapies disponibles. Ces derniers termes sont essentiels.

Lors de la présentation de cet article à l'Assemblée nationale, le ministre a indiqué que les médicaments visés par ce mécanisme transitoire étaient les veinotoniques. En effet, cette précision ne figure pas spécifiquement dans le projet de loi, car elle relève du domaine réglementaire.

Notre amendement de suppression vise à faire respecter une certaine cohérence de principe : si des médicaments sont déclarés à service médical rendu insuffisant, voire nul, par la commission de la transparence, c'est que leur efficacité n'est plus reconnue et qu'ils n'ont donc pas vocation à être pris en charge par l'assurance maladie, même partiellement.

J'ai cru comprendre que la mode était actuellement au patriotisme économique. Mais cela implique-t-il que des placebos puissent être remboursés, et cela alors que nous sommes dans la situation que nous connaissons ?

M. François Autain. Mais c'est déjà le cas ! Voyez l'homéopathie !

M. Philippe Bas, ministre délégué. Il ne s'agit pas des placebos !

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Vous allez pouvoir me l'expliquer, monsieur le ministre, mais permettez-moi de vous dire ce que je pense.

Il est vrai que les veinotoniques sont très utilisés par certains ou plutôt certaines de nos compatriotes...

M. Philippe Bas, ministre délégué. ... de préférence aux bas de contention.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Pour ma part, je conseille vivement les bas de contention, qui ne sont pas remboursés par la sécurité sociale, mais dont les effets sont plus durables.

M. Gérard Dériot, vice-président de la commission des affaires sociales. Ils sont remboursés, mais ils sont bien plus chers !

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. En tout cas, les veinotoniques font tout de même l'objet d'une prémédication très répandue. Le Gouvernement en propose le remboursement à hauteur de 15 %.

Le patriotisme économique mis à part, nous pourrions aussi, me semble-t-il, conseiller à nos laboratoires nationaux de consacrer des fonds à la recherche de nouvelles molécules, plus efficaces.

Monsieur le ministre, pourquoi des médecins traitants ne prescriraient-ils pas en priorité des médicaments ou des thérapies plus efficaces dès lors qu'ils sont disponibles ?

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, pour présenter l'amendement n° 175.

M. Guy Fischer. Je tiens à rappeler une nouvelle fois que, jusqu'à la crise pétrolière, l'industrie pharmaceutique était la plus profitable au monde.

Or les dispositions relatives au déremboursement des médicaments sont autant de cadeaux faits aux entreprises pharmaceutiques, qui régissent seules, selon le bon vouloir de leurs investisseurs, le niveau de qualité des soins dans notre pays.

C'est pourquoi nous ne pouvons plus nous contenter des bonnes intentions de l'industrie pharmaceutique, qui revendique haut et fort la liberté d'entreprendre !

Aujourd'hui, cette industrie aspire à écouler ses produits au meilleur prix prétextant que c'est à cette condition qu'elle pourra trouver des molécules innovantes. Or on ne voit rien venir...

Soit l'industrie modifie à la marge les molécules déjà tombées dans le domaine public – François Autain a développé ce sujet – afin de faire durer leurs brevets, prolonger leur rentabilité et bénéficier d'une nouvelle période de protection pour leurs produits en commercialisant un médicament prétendument nouveau ; soit elle s'évertue à multiplier les médicaments agissant sur des pathologies pour lesquelles nous disposons déjà de nombreux traitements.

Il existe ainsi plusieurs dizaines de médicaments contre l'hypertension artérielle : on sait aujourd'hui parfaitement la traiter et la palette des médicaments est suffisante. Mais, comme c'est une pathologie très courante et que le marché est porteur – en 2004, la sécurité sociale a remboursé pour 872 millions d'euros d'hypotenseurs –, les industries préfèrent se concentrer sur ce marché, dont la solvabilité est assurée par la sécurité sociale.

Il est urgent de réintégrer les citoyens dans la politique du médicament, dont la production ne peut être traitée comme n'importe quelle autre.

La propriété de ces produits est à revoir. La place à accorder à la recherche et à l'innovation est à encadrer, tout comme d'ailleurs celle de la promotion, sous toutes ses formes, y compris celle qui se présente comme une formation des personnels médicaux. La répartition des pouvoirs entre politique et expertise est à redéfinir.

Une enquête publiée dans la revue scientifique britannique *Nature* révèle les liens étroits existant entre des chercheurs et des médecins experts, d'une part, et les firmes pharmaceutiques, d'autre part. On y lit que 35 % des chercheurs qui établissent, souvent au nom de sociétés savantes, des recommandations pour les règles de bon usage des médicaments, avouent avoir déjà rencontré un conflit d'intérêts. En revanche, la moitié des notices publiées ne mentionnent aucun détail sur les conflits d'intérêts de leurs auteurs !

Telles sont les raisons pour lesquelles il y a urgence à repenser, par la politique, par le débat citoyen, la place du médicament dans notre société.

M. le président. L'amendement n° 97, présenté par M. Leclerc, est ainsi libellé :

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

mais conservent une utilité médicale en raison de l'absence d'alternative médicamenteuse et des risques de transfert de prescription sur d'autres médicaments.

La parole est à M. Dominique Leclerc.

M. Dominique Leclerc. Je ne prétends pas, par cet amendement, revenir sur la décision d'instaurer un taux de remboursement à 15 %. Je souhaite simplement préciser la notion d'utilité médicale des médicaments.

Jusqu'à présent, cette utilité leur était reconnue à travers une autorisation de mise sur le marché. Il doit être clairement établi que les médicaments dont le taux de remboursement sera dorénavant à 15 % conservent une utilité médicale, et ce en raison de l'absence d'alternative médicamenteuse ou de l'existence de risques en cas de transfert vers d'autres médicaments.

Je ne suis pas médecin : c'est donc très modestement que je m'exprimerai devant cette assemblée qui en compte quelques-uns.

La médecine, nous le savons tous, n'est pas une science exacte et, malheureusement, qu'on le veuille ou non, le médicament n'est pas porteur de plus de certitude.

Les autorisations de mise sur le marché sont délivrées à une certaine date ; or, l'expertise, l'évaluation, la connaissance et même les exigences évoluent dans le temps. D'où la difficulté de l'appréciation portée sur l'utilité de tel ou tel médicament !

L'amendement n° 97 s'inscrit dans cette logique : je tiens à ce que le taux de remboursement reflète l'utilité médicale du moment.

François Autain évoquait certaines pratiques de mises sur le marché autorisées sur le fondement de l'utilité médicale, alors qu'il ne s'agit que de nouveaux dosages, le tout afin d'éviter la diffusion, sous forme de génériques, de spécialités anciennes. Je pense en particulier à un médicament qui existait avec un dosage de 850 milligrammes et qu'on a « renouvelé » avec un dosage à 1 000 milligrammes, alors même que le générique correspondant existe !

Au passage, je tiens à remercier nos deux ministres d'avoir pris en compte la responsabilité d'un professionnel de santé dans la politique du générique, celle du pharmacien.

En effet, depuis cinq ans que les génériques sont apparus sur le marché, si un client lui demande tel médicament, que ce soit dans sa version ancienne ou dans sa version nouvelle, dans 60 % des cas en moyenne, le pharmacien lui délivre le générique ; pour le Mopral ou l'Inexium, qu'a cités François Autain, ce taux atteint même 80 %.

C'est pourquoi la profession s'est élevée contre un tarif forfaitaire de responsabilité implacable, systématique, dans des délais trop courts.

Je me réjouis donc que l'on prenne en compte la responsabilité de tous les partenaires de la chaîne du médicament, étant entendu que le pharmacien y tient une place essentielle.

Enfin, dernière réflexion, s'agissant du taux de remboursement de 15 %, vous évoquiez tout à l'heure les problèmes qu'allait rencontrer les mutuelles. Comme je vous l'ai dit en commission, on peut les comprendre. Toutefois, pour apprécier la situation, il ne faut pas oublier de prendre en compte les trente affections de longue durée, ALD, dont nous avons renforcé le contrôle, je vous rappelle au passage, mes chers collègues, dans la réforme que nous avons votée en 2004, au titre de la rationalisation de la dépense médicalisée.

Aujourd'hui, ces ALD représentent 58 % de la dépense des médicaments pour un huitième des patients. Entrent dans le dispositif 400 000 personnes par an, même si, évidemment, un certain nombre d'entre elles le quittent aussi. Ce sont autant de cas pour lesquelles les mutuelles n'ont plus à assumer le remboursement de leur part puisque,

par définition, le médicament est pris en charge à 100 % par la caisse d'assurance maladie ; elles font donc une économie d'autant.

Dans un langage plus politicien – je vais vous bousculer quelque peu, chers collègues ! – j'ai envie de vous dire qu'à l'instar des régions qui, avant les transferts effectifs, en ont profité pour augmenter les impôts de 20 % à 50 %, les mutuelles crient fort et menacent d'augmenter leurs tarifs, en oubliant les économies qu'elles réalisent dans le cadre du dispositif ALD !

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. La commission demande à M. le rapporteur pour avis et à M. Autain de bien vouloir retirer les amendements de suppression n^{os} 71 et 175.

Elle souhaite également profiter de l'occasion pour interroger le ministre, afin qu'il nous confirme que le dispositif de transition proposé dans l'article 28 *bis* ne vise que les veinotoniques et aucune autre classe de médicaments.

M. Philippe Bas, ministre délégué. Absolument !

M. Alain Vasselle, rapporteur. Permettez-moi d'ajouter une remarque à titre personnel.

Chaque fois que nous prenons des mesures de cette nature – c'est vrai, par exemple, pour le tabac, dont la taxation n'a cessé de progresser –, il s'ensuit des problèmes économiques, industriels et d'emploi. Il est vrai qu'il est difficile de concilier le maintien des emplois et de certaines activités avec des mesures destinées à alléger le poids de la charge, donc des dépenses, de la sécurité sociale. Monsieur le ministre, j'aimerais bien qu'un jour on puisse entendre le ministre de l'industrie ou connaître la position du Gouvernement sur les mesures d'accompagnement qu'il a l'intention de prendre pour aider ces entreprises à se reconvertir ou à faire face à des situations difficiles.

S'il y a suffisamment de lisibilité dans le temps, les entreprises peuvent se préparer à ces conversions nécessaires. Mais quand les décisions sont prises brutalement, cela pose un problème immédiat sur le plan de l'emploi.

S'agissant de l'amendement n^o 97, la commission sollicite l'avis du Gouvernement. M. Leclerc soulève une question intéressante en signalant que les médicaments à service médical rendu insuffisant conservent une utilité médicale. Nous nous sommes déjà exprimés tous les deux sur ce point, monsieur le ministre, mais peut-être serait-il utile de rassurer M. Leclerc.

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

M. Philippe Bas, ministre délégué. Comme la commission, le Gouvernement souhaite le retrait des amendements de suppression n^{os} 71 et 175. À défaut, il serait dans l'obligation d'émettre un avis défavorable.

En effet, nous avons pris la décision de ne pas dérembourser totalement et immédiatement, comme un certain nombre d'autres médicaments, les médicaments de cette classe – je confirme à M. Vasselle qu'il s'agit exclusivement des veinotoniques –...

M. François Autain. Et les vasodilatateurs !

M. Philippe Bas, ministre délégué. C'est la même famille.

M. Bernard Cazeau. Ce n'est pas la même chose !

M. Philippe Bas, ministre délégué. ... qui ont un effet thérapeutique réel, lequel ne justifie cependant pas leur prise en charge par la sécurité sociale. C'est pour cette raison que, dans deux ans, ils seront déremboursés.

Or ces médicaments sont très utilisés en France – c'est presque une spécialité française ! – puisque quatre-vingt-dix millions de boîtes de veinotoniques sont vendues ! Cela signifie qu'entre deux millions et cinq millions de personnes en consomment – je ne connais pas le nombre exact !

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Allez voir dans les armoires à pharmacie de certaines personnes, les boîtes sont pleines !

M. Philippe Bas, ministre délégué. Je ne peux effectivement pas vous assurer que ces personnes consomment intégralement le contenu des boîtes. Nous ne sommes pas dans la salle de bains des Français !

Ce que je veux expliquer, c'est que, s'agissant de médicaments « d'habitude » et dont la consommation est aussi importante, il faut s'accorder une période de transition. Nous avons donc prévu un délai de deux ans, afin d'éviter un choc brutal, aussi bien aux patients qu'aux producteurs de ces médicaments.

S'agissant de l'amendement n^o 97, je souhaite que M. Leclerc accepte de le retirer. En effet, monsieur le sénateur, les critères que vous avez à l'esprit font déjà partie des bonnes pratiques de la Haute Autorité de santé. Vouloir les consigner dans la loi risque de provoquer des complications juridiques, voire des contentieux très lourds. Il faut faire confiance à l'appréciation scientifique, qui obéit au même esprit que celui qui sous-tend votre amendement.

M. le président. Monsieur le rapporteur pour avis, accédez-vous à la demande de retrait conjointe de la commission et du Gouvernement ?

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. C'est extraordinaire, nous sommes un pays vraiment à part !

M. Philippe Bas, ministre délégué. C'est vrai !

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Vous nous expliquez finalement que j'ai raison, mais que vous avez besoin de temps, en raison du nombre de boîtes vendues – 90 millions – et des emplois que cela représente. Patriotisme, patriotisme !

Nous sommes là depuis plusieurs jours pour tenter de maîtriser les dépenses. Un certain nombre de professionnels étant présents dans l'hémicycle, je ne vais pas risquer d'ouvrir une consultation médicale... qui ne serait pas remboursée par la sécurité sociale ! (*Sourires.*)

M. François Autain. Elle rembourse de moins en moins !

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Mais il nous reste encore beaucoup à faire avant de parvenir à maîtriser les dépenses.

M. Philippe Bas, ministre délégué. Nous y arriverons !

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Vous êtes optimiste ! Vous êtes aussi jeune et dynamique ; il est certain que vous y arriverez. Mais il faudra quand même beaucoup de sang et de larmes !

Certes, il est des situations économiques, des situations de l'emploi dont il faut tenir compte. Mais ne conviendrait-il pas, sur le plan stratégique, de guider les entreprises vers la recherche de molécules plus efficaces ? Les laboratoires qui fabriquent des « mono-produits » doivent être conscients du risque qu'ils prennent et il faudra mettre à profit ces

deux ans pour expliquer aux fabricants de veinotoniques qu'ils doivent prendre une autre orientation ou produire des médicaments plus efficaces.

Cela dit, pour ne pas vous compliquer la vie, monsieur le ministre, je retire mon amendement.

M. Philippe Bas, *ministre délégué*. Je vous remercie.

M. le président. L'amendement n° 71 est retiré.

Monsieur Autain, acceptez-vous de retirer l'amendement n° 175 ?

M. François Autain. Monsieur le président, nous le maintenons, et même plutôt deux fois qu'une !

En effet, une confusion est faite entre la défense des intérêts économiques des laboratoires, que je comprends très bien, et la mise en œuvre d'une politique de santé publique, avec tout ce que cela comporte.

Si les médicaments que l'on retire du marché ne sont pas vraiment efficaces, il n'y a aucune raison d'envisager un remboursement de 15 % pendant une période de deux ans pour certains d'entre eux. Sur le plan de la santé, cela n'a absolument aucun sens !

Dites franchement que vous n'avez pas voulu pénaliser les laboratoires, ce que je comprends aussi, mais alors ces dépenses ne doivent pas être imputées à la sécurité sociale. Certes, cette dernière est bonne fille ! Elle a même tendance à payer un plus que ce que lui permettent ses moyens et vous en profitez... C'est l'Etat qui devrait pourvoir au manque à gagner résultant du retrait du marché de ces médicaments ; c'est en tout cas comme cela que je conçois les choses.

De plus, monsieur le ministre, alors que vous parlez toujours avec beaucoup de respect de la Haute Autorité de santé, tout à coup, vous ne respectez pas la recommandation qu'elle émet. Vous commettez là une faute !

Un autre élément est très important – j'y reviendrai tout à l'heure à propos de l'amendement n° 97 de notre collègue Leclerc –, c'est le fait que, dans notre pays, les médecins ont tendance à prescrire beaucoup plus de médicaments qu'aux Pays-Bas, par exemple. Ils ne savent pas conclure une consultation sans prescrire, convaincus que les prescriptions satisfont les malades et qu'à défaut ces derniers ne reviendraient plus consulter. Il s'agit d'un profond malentendu, car les malades demandent non pas des prescriptions, mais simplement des conseils. Par conséquent, on aura beau retirer des médicaments du marché, si le comportement des médecins ne change pas, ces derniers prescriront des médicaments de remplacement qui seront peut-être plus efficaces, mais qui présenteront aussi des effets indésirables beaucoup plus importants ! C'est un vrai problème, monsieur le ministre !

Je saisis cette opportunité pour revenir sur les 675 millions d'euros que vous attendez cette année. En réalité, l'économie ne sera que de 400 millions d'euros, car il faut déduire les indemnités journalières dues aux arrêts de travail. Par conséquent, la maîtrise médicalisée des dépenses ne marche pas, les médecins n'ayant pas, en raison du comportement que j'évoquais, respecté leur engagement s'agissant de la prescription des statines, des antibiotiques et des psychotropes !

Cet article 28 *bis* n'ayant rien à voir avec des impératifs de santé publique, nous maintenons notre amendement de suppression.

M. le président. La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote.

M. Bernard Cazeau. Cet imbroglio est dû en réalité à l'attitude du Gouvernement !

Il a été décidé par un comité d'experts que le service médical rendu de certains médicaments était insuffisant, et cela depuis plusieurs années, puisque le système était déjà en place du temps de Martine Aubry. Aujourd'hui, ces médicaments comprennent des placebos et des médicaments qualifiés « de confort », comme les veinotoniques, dont, soit dit en passant, nous aurions bien besoin en ce moment, étant donné le long laps de temps que nous passons assis ! (*Sourires.*)

A moins, bien sûr, d'un accord avec les industries pharmaceutiques – ce que le ministre a plus ou moins laissé entendre –, je ne comprends pas pourquoi on n'applique pas ce que les experts ont mis en apparence à travers ce service médical rendu.

Monsieur le ministre, tantôt vous nous faites la morale parce que nous ne sommes pas assez rigoureux, tantôt c'est vous qui êtes laxistes pour des raisons de négociations, souterraines d'ailleurs, avec les industries pharmaceutiques ! Mais, rassurez-vous, le laboratoire Fabre ne sera pas en faillite s'il n'y a plus le Daflon ! Il faudrait savoir si la maîtrise médicalisée est surveillée par un ministre rigoureux ou par un ministre laxiste !

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

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Monsieur Leclerc, l'amendement n° 97 est-il maintenu ?

M. Dominique Leclerc. Cet amendement a pour objet de redéfinir l'intérêt médical des spécialités pharmaceutiques, dont le taux de remboursement ne sera plus que de 15 %. Nous avons tous compris que nous nous trouvions dans une période transitoire destinée à préserver certains intérêts – il n'y a pas de mystère là-dessus –, mais il faut bien admettre aussi que l'appréciation du service médical rendu, le SMR, peut être fluctuante.

Par ailleurs, je le sais, une enveloppe est attribuée à la politique du médicament, et je ne suis pas du tout choqué par le fait qu'il faille retirer de la liste des médicaments dont le SMR peut avoir fluctué au cours des années, pour y intégrer des médicaments innovants, nouveaux et plus coûteux.

Mon amendement, j'y insiste, ne vise qu'à préciser la définition médicale. Ainsi, les veinotoniques qui ont été évoqués tout à l'heure ont aujourd'hui toute leur place dans une thérapie. Toutefois, comme M. le ministre a évoqué des risques de contentieux que je suis incapable d'évaluer, dans un souci d'apaisement, je retire mon amendement.

M. le président. L'amendement n° 97 est retiré.

Je mets aux voix l'article 28 *bis*.

(*L'article 28 bis est adopté.*)

Article additionnel avant l'article 29

M. le président. L'amendement n° 176, présenté par MM. Fischer, Muzeau et Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Avant l'article 29, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

A compter de la publication de la loi n° du relative au financement de la sécurité sociale pour 2006, il est

engagé par l'Etat une négociation avec les représentants des professions de santé médicaux et paramédicaux, les usagers du système de soins et les élus de la nation afin de mettre en œuvre un plan de présence homogène sur l'ensemble du territoire national.

La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. Cet amendement vise à proposer des mesures de nature à favoriser une meilleure présence des professionnels de santé sur tout le territoire. Ainsi, je souhaite répondre à l'urgence de rétablir une égalité d'accès aux soins de toutes les populations, qu'il s'agisse des populations urbaines ou rurales.

À ce titre, je propose que soit engagée le plus rapidement possible une négociation rassemblant tous les acteurs concernés par la santé, c'est-à-dire les professionnels de santé médicaux et paramédicaux, les usagers et les élus, afin de redéfinir la répartition territoriale de notre système de santé, ainsi que ses objectifs prioritaires. Tout le monde devrait être d'accord sur ce point : il faut mettre un frein à une présence médicale trop inégalitaire.

Depuis bien longtemps, cette inégalité dépasse d'ailleurs la simple opposition entre la ville et la campagne. En effet, au cœur même des villes, des inégalités se creusent en fonction non seulement des quartiers, mais également du type de conventionnement des médecins, comme l'a récemment montré le premier *Atlas de la santé en Ile-de-France*.

Cette étude révèle de profondes disparités territoriales en termes d'espérance de vie et de mortalité infantile ; celles-ci sont les conséquences directes d'un accès aux soins inégal au sein même de cette région. Il faut donc repenser un mode d'installation des praticiens qui ne répond pas en priorité à l'impératif d'égal accès au système de santé.

Une étude de la DRESS, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, parue à la fin du mois de septembre et relative à l'affectation des médecins à l'issue des épreuves classantes nationales illustre ce problème.

Ainsi, pour ce qui concerne le choix des filières d'internat, 971 postes d'internes en médecine générale sur 2 400 postes offerts n'ont pas été pourvus, dont 600 postes dans les régions du nord de la France, qui sont socialement et économiquement touchées. En revanche, les 144 places de spécialités médicales offertes à Paris ont bien évidemment été pourvues en premier.

Il est temps d'aborder les questions de fond.

Le Gouvernement doit se positionner clairement face aux propositions qui lui sont faites. Monsieur le ministre, comment entendez-vous réorganiser la formation médicale initiale ? Il semble que des plans pluriannuels régissant le *numerus clausus* soient indispensables pour éviter de prolonger indéfiniment, comme M. le ministre de la santé et de la solidarité l'a récemment annoncé, l'âge d'exercice des médecins.

N'est-il pas, par ailleurs, nécessaire d'envisager une régionalisation en fonction des besoins de santé, tout en tenant compte des capacités de formation des universités ? Mais aussi ne faut-il pas préciser la place que l'on souhaite réserver aux praticiens de santé titulaires d'un diplôme hors Union européenne, les PADHUE, car ces médecins étrangers rendent de nombreux services au système médical français, sans pour autant bénéficier d'un mode de recrutement clair. Et je ne parle pas de leur mode de rémunération ! Comment comptez-vous favoriser le regroupement

des professionnels de santé ? Quel avenir réservez-vous aux maisons médicales de garde ? Le mécontentement est fort ; nous aurons certainement l'occasion d'y revenir lors de l'examen de l'article 30.

En tout cas, il est clair que nous ne pourrions traiter l'égal accès aux soins sur notre territoire que par le biais d'une politique d'aménagement du territoire volontaire, dotée de moyens qui soient à la hauteur des enjeux.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. La commission n'a pas émis un avis favorable sur cet amendement, mais nous allons voir si le Gouvernement donne raison à M. Fischer ou au rapporteur...

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

M. Philippe Bas, ministre délégué. Le Gouvernement est défavorable à cet amendement.

Au demeurant, pour ce qui concerne les études médicales, je précise que nous allons augmenter le *numerus clausus*, qui s'élèvera à 7 000 places en 2006. S'agissant des généralistes, par rapport à l'année dernière, deux cents postes supplémentaires ont été pourvus cette année.

M. Guy Fischer. J'ai parlé de la répartition médicale !

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Certes, monsieur le ministre, le *numerus clausus* a été augmenté. Il n'empêche que, cette année, au moment du choix qui fait suite aux épreuves de l'examen classant national, près de mille postes d'internes en médecine générale n'ont pas été pourvus. Plus de 600 candidats ont préféré redoubler plutôt que de choisir l'internat en médecine générale. Il y a donc là un vrai problème ! Et ce n'est pas une augmentation du *numerus clausus* qui permettra de répondre à cette situation !

En effet, paradoxalement, ce n'est pas le nombre total des médecins qui pose problème, car il n'y en a jamais eu autant – si l'on inclut les départements d'outre-mer, on compte 212 000 médecins –, mais leur répartition. Si l'on veut s'attaquer résolument au problème du déséquilibre de la présence médicale sur notre territoire, en espérant avoir quelques chances de réussir, nous ne pourrions pas échapper, d'une manière ou d'une autre, à une régulation de l'installation des jeunes médecins. Néanmoins, je doute que le Gouvernement ait vraiment cette volonté.

Pourtant il serait absolument nécessaire que des mesures beaucoup plus fortes soient prises. Il faudrait notamment rendre la médecine générale beaucoup plus attractive, appliquer les textes qui existent et publier les décrets d'application. Où en est, par exemple, le texte permettant aux étudiants d'effectuer un stage chez un médecin généraliste au cours du deuxième cycle ? Je sais que vous ne me répondrez pas, monsieur le ministre, mais je pose tout de même la question – on ne sait jamais ! – parce que je reçois des courriers à ce propos.

Il faut également rompre l'isolement du médecin généraliste, en favorisant la création de maisons médicales pluridisciplinaires, et ne pas écarter certains modes de rémunération qui ne recueillent pas forcément la faveur des médecins : la rémunération à la fonction ne doit pas être taboue. Voilà un certain nombre de mesures sans lesquelles une véritable catastrophe démographique risque de se produire, car la médecine générale sera désertée.

On a bien érigé la médecine générale en spécialité, mais sans en tirer toutes les conséquences financières ; et je ne pense pas que vous allez prendre une mesure en ce sens. À partir du moment où la médecine générale est considérée comme une spécialité, il faudrait supprimer la barrière entre la tarification en C et en CS.

Si la fonction d'omnipraticien généraliste était revalorisée, on aurait moins de difficultés à trouver de jeunes médecins acceptant de s'installer dans des régions sous-médicalisées.

Reste la solution qui semble avoir été retenue en Allemagne, à savoir donner aux pharmaciens et aux infirmières, après un stage de six semaines, le droit de prescrire des médicaments. À mon avis, si nous nous orientons vers cette voie, nous sommes mal partis !

M. le président. La parole est à M. Hugues Portelli.

M. Hugues Portelli. Je ne me prononcerai pas sur le fond de cet amendement, car j'en suis bien incapable ; je fais confiance au rapporteur. Je voudrais simplement dire qu'à mon humble avis cet amendement est de nature réglementaire. Ce n'est d'ailleurs pas le premier, ni sans doute, malheureusement, le dernier ! Vu le nombre d'amendements que nous devons examiner, il serait plus sain que nous nous contentions d'étudier les dispositions de nature législative !

M. Alain Vasselle, rapporteur. Tout à fait ! Ces amendements devraient être irrecevables ! Il faut modifier notre règlement intérieur !

M. le président. La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote.

M. Bernard Cazeau. Je rejoins l'avis de M. Autain !

M. le président. Très bien ! Nous allons pouvoir procéder au vote en toute connaissance de cause.

M. François Autain. Ne vous réjouissez pas trop vite !

M. le président. Je suis tout simplement heureux de cette convergence de vues, mon cher collègue !

Je mets aux voix l'amendement n° 176.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 29

I. – Après l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-5-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-5-4. – Un décret prévoit la durée pendant laquelle les dispositions prises en application du 18° de l'article L. 162-5, du cinquième alinéa de l'article L. 162-5-3 et du troisième alinéa de l'article L. 162-26 ne sont pas applicables aux consultations assurées ou prescrites par un médecin généraliste installé pour la première fois en exercice libéral. Il prévoit également la durée pendant laquelle les mêmes dispositions ne sont pas applicables à un médecin généraliste qui s'installe dans une zone définie par la mission régionale de santé mentionnée à l'article L. 162-47. »

II. – Dans le 4° du I de l'article L. 162-14-1 du même code, après les mots : « à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, » sont insérés les mots : « ou le remplacement de professionnels de santé libéraux, ».

M. le président. L'amendement n° 177, présenté par MM. Fischer, Muzeau et Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Dans la première phrase du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 162-5-4 du code de la sécurité sociale, après les mots :

médecin généraliste

insérer les mots :

ou spécialiste

La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. Je sais qu'un certain nombre de nos collègues, dont MM. Vasselle, Gélard et vous-même, monsieur Portelli, souhaiteraient aménager le règlement du Sénat afin que l'on ne discute plus en séance publique de ce qu'ils considèrent comme de nature réglementaire. Mais, mon cher collègue, lors d'un débat tel que celui que nous avons actuellement, il faut bien que nous traitions des problèmes qui se posent. De toute façon, on reparlera sûrement de la question.

M. François Autain. On a déjà eu ce débat !

M. Guy Fischer. Certes, mais la majorité le remettra certainement à l'ordre du jour.

J'en viens à l'amendement n° 177.

L'article 29 du projet de loi est une première entorse au principe du médecin traitant. Il prévoit, en effet, certaines dérogations permettant de ne pas pénaliser les médecins généralistes qui décideraient de s'installer pour la première fois en zone déficitaire en médecins.

Monsieur le ministre, vous justifiez ces mesures en faisant valoir le fait que ces médecins encourent le risque que les patients ne s'adressent pas à eux, de peur d'être sanctionnés dans leurs remboursements pour non-respect du parcours de soins, et vous ne voulez pas handicaper ces nouveaux médecins dans leur recherche de clientèle. Cela nous semble contradictoire avec les propos que vous avez tenus sur le médecin traitant, lors de l'examen de la réforme de la sécurité sociale au cours de l'été 2004.

À ceux qui, comme nous, s'étaient insurgés contre cette nouvelle barrière dans l'accès aux soins, vous avez répondu que c'était pure exagération. À ceux qui, comme nous encore, ont rejeté cette mesure en ce qu'elle constituait une inégalité de traitement entre les assurés sociaux et dessinait le visage d'une médecine à deux vitesses, vous avez répondu que c'était pur fantasme.

Or, aujourd'hui, vous reconnaissez à mots couverts que cette mesure ne permet effectivement pas à chaque assuré social de choisir son praticien, puisque vous assouplissez le système ! Cela prouve bien qu'il y a un « raté » dans votre dispositif et dans la conception qui est la vôtre du principe du médecin traitant.

Concrètement, il suscite des problèmes non seulement pour les patients, que la visite à un nouveau médecin généraliste pourrait pénaliser, mais aussi pour les professionnels nouvellement installés, dont la constitution d'une clientèle est compromise par les sanctions qui menacent les assurés sociaux sortant du parcours de soins.

On peut d'ailleurs s'interroger sur l'utilité de cet assouplissement, puisque vous nous aviez affirmé, toujours au moment de l'adoption de la réforme, que l'on pourrait librement changer de médecin traitant, à condition d'en faire la déclaration à sa caisse primaire d'assurance maladie.

Nous soutenons néanmoins cet assouplissement du principe du médecin traitant, à défaut de sa suppression, que nous réclamions. Mais il faut aller jusqu'au bout de

votre logique et admettre qu'un médecin spécialiste puisse être déclaré comme médecin traitant. Un assouplissement cohérent du dispositif doit donc prévoir le cas de l'installation d'un nouveau spécialiste qui pourrait être choisi comme médecin traitant.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. Il serait intéressant d'entendre le Gouvernement sur cet amendement. Une solution a été trouvée pour les médecins généralistes. S'applique-t-elle pareillement aux médecins spécialistes ? Si tel est le cas, je ne vois pas les raisons qui pourraient justifier un traitement législatif particulier pour ces derniers. Il est important, monsieur le ministre, que vous puissiez nous éclairer.

M. Guy Fischer. C'est une bonne question !

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

M. Philippe Bas, ministre délégué. En principe, monsieur Fischer, les spécialistes ne sont pas désignés comme médecins traitants ; 99 % de ces derniers sont des généralistes. Les dispositions qui ont été prises afin de faciliter l'installation des généralistes, en leur permettant de faire exception, en quelque sorte, aux implications normales de la règle du médecin traitant, ne sont pas nécessaires pour les spécialistes. En effet, ceux-ci ne rencontrent pas les mêmes problèmes. C'est la raison pour laquelle nous n'avons pas prévu de leur étendre le système que nous avons proposé pour les généralistes. Aussi, le Gouvernement émet un avis défavorable sur votre amendement.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. Avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 177.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 111, présenté par M. Mercier et les membres du groupe Union centriste – UDF, est ainsi libellé :

Après les mots :

médecin généraliste

rédigé comme suit la fin de la première phrase du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 162-5-4 du code de la sécurité sociale :

nouvellement installé en exercice libéral

La parole est à M. Adrien Giraud.

M. Adrien Giraud. Cet amendement vise à élargir la dérogation au parcours de soins qu'institue le PLFSS pour 2006 au profit des médecins généralistes installés pour la première fois en exercice libéral. Cette dérogation, à notre avis, va dans le bon sens. Elle est nécessaire pour que les généralistes puissent se constituer une clientèle.

Cependant, nous souhaitons qu'elle profite non seulement au jeune médecin libéral fraîchement installé, mais également au médecin qui déciderait de reprendre une activité libérale après un temps d'interruption.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. Je remercie notre collègue d'avoir exposé avec concision les motifs de son amendement. J'aimerais que nous en prenions tous exemple, afin d'examiner rapidement les différents amendements. On peut être aussi efficace en quelques secondes qu'en cinq ou sept minutes !

Cela dit, cher collègue, je pense que votre amendement est satisfait. Toutefois, j'aimerais que M. le ministre nous le confirme. Un jeune médecin qui s'installe bénéficie de dispositions dérogatoires. Celles-ci sont-elles aussi applicables à un médecin qui change de lieu d'exercice ?

M. Philippe Bas, ministre délégué. Non !

M. Alain Vasselle, rapporteur. Soit. Mais il serait peut-être nécessaire d'envisager que les choses évoluent, monsieur le ministre.

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

M. Philippe Bas, ministre délégué. Monsieur Giraud, le Gouvernement veut favoriser l'installation des jeunes médecins, mais il ne cherche pas à favoriser la réinstallation d'un médecin qui souhaiterait quitter la région où il est installé pour ouvrir, par exemple, un nouveau cabinet sur la Côte d'Azur ou dans une autre région.

MM. Gérard Dériot et Alain Vasselle, rapporteurs. Il est question ici des zones de revitalisation rurales...

M. Bernard Cazeau. Ou des zones déficitaires !

M. Philippe Bas, ministre délégué. Pour les médecins se réinstallant en zone rurale la dérogation est déjà prévue. En revanche, nous ne voulons pas favoriser les transferts de cabinets qui s'opéneraient d'une région à l'autre.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. Compte tenu des informations que vient de nous donner M. le ministre, je demande à Adrien Giraud de bien vouloir retirer son amendement. En effet, des mesures législatives ou réglementaires permettent d'ores et déjà de lui donner satisfaction, s'agissant des zones qu'il visait.

M. le président. Monsieur Giraud, l'amendement n° 111 est-il maintenu ?

M. Adrien Giraud. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 111 est retiré.

L'amendement n° 178, présenté par MM. Fischer, Muzeau et Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Compléter la première phrase du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 162-5-4 du code de la sécurité sociale par les mots :

ou exerçant dans un centre de santé nouvellement agréé

La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. Les centres de santé bénéficient, aux termes de l'article L 162-14 du code de la sécurité sociale et de l'article 108 de la loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux, des aides à l'installation ou au maintien dans les zones définies par l'article L. 162-47 du même code.

Dans un souci de cohérence, et afin de ne pas pénaliser les centres de santé qui souhaitent s'implanter dans ces zones déficitaires en offre de soins, il convient d'étendre cette disposition aux professionnels exerçant dans un centre de santé nouvellement agréé.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. Je félicite M. Fischer de la concision de son exposé.

M. François Autain. N'en faites pas trop !

M. Alain Vasselle, rapporteur. Monsieur Autain, vous aviez montré l'exemple tout à l'heure, mais vous vous êtes dédit par la suite, le naturel revenant au grand galop ! *(Rires.)*

Nous sollicitons l'avis du Gouvernement sur cet amendement. Celui-ci, comme ceux de la même série, ont tous plus ou moins le même objet, à savoir favoriser l'installation des médecins en zone rurale. Dans le cas présent, M. Fischer vise les médecins qui s'installent dans les centres de santé.

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

M. Philippe Bas, ministre délégué. Le problème ne se pose pas de la même façon selon qu'il s'agit de l'installation d'un jeune généraliste libéral ou du développement d'un centre de santé. Les modes de financement sont différents. Le Gouvernement souhaite s'en tenir aux dispositions qui figurent dans l'article 29, sans les étendre aux centres de santé. Aussi, il émet un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

M. Guy Fischer. Nous faisons des efforts de concision, et nous ne sommes pas payés de retour ! *(Sourires.)*

En l'occurrence, M. le ministre démontre qu'il existe une discrimination entre les professions libérales et les centres de santé. Est-ce à dire que le Gouvernement considère que ces derniers ne servent à rien ? Pour notre part, nous considérons qu'ils ont un rôle à jouer. Je ne comprends pas cette discrimination qui les touche. En tout cas, cela ne va pas nous inciter à faire court ! *(Rires.)*

M. le président. La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote.

M. Bernard Cazeau. Je regrette qu'on ne puisse pas étendre aux centres de santé les dispositions prévues à l'article 29 du présent projet. La problématique est identique à celle des médecins généralistes qui s'installent pour la première fois en exercice libéral. De plus, vous le savez très bien, ce sont les zones déficitaires qui sont plus particulièrement concernées. Je ne comprends pas du tout la dialectique de M. le ministre.

D'ailleurs, je n'ai pas compris non plus pourquoi il était défavorable à l'amendement n° 111, qui me paraît excellent. En effet, un jeune médecin, après s'être installé sur la Côte d'Azur, peut, en raison d'une clientèle insuffisante, décider de se réinstaller dans un secteur déficitaire. L'amendement n° 111, s'il était adopté, l'y inciterait.

Enfin, je ne comprends pas davantage pourquoi M. le ministre affirme que les dispositions prévues à l'article 29 ne doivent pas pouvoir s'appliquer aux spécialistes. En effet, certaines villes importantes connaissent de forts déficits, notamment en ophtalmologie et en pédiatrie. À Périgueux, qui, avec son agglomération, comprend cent mille habitants, on ne compte qu'un seul pédiatre libéral ! Ne niez pas que certaines spécialités connaissent des situations déficitaires ! Franchement, je ne comprends pas du tout la position du Gouvernement et je m'en désole.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 178.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 144, présenté par M. Cazeau, Mmes Demontès, Le Texier et Campion, MM. Domeizel et Godefroy, Mme Schillinger et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Dans la deuxième phrase du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 162-5-4 du code de la sécurité sociale, remplacer les mots :

un médecin généraliste qui s'installe

par les mots :

aux consultations assurées ou prescrites par un médecin généraliste qui s'installe ou exerçant dans un centre de santé qui s'installe

La parole est à M. Bernard Cazeau.

M. Bernard Cazeau. Il est défendu.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 144.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 29.

(L'article 29 est adopté.)

Article additionnel après l'article 29

M. le président. L'amendement n° 136, présenté par M. Nogrix, est ainsi libellé :

Après l'article 29, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Les cinquième à huitième alinéas de l'article L. 5125-11 du code de la santé publique sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« Dans les communes de moins de 2500 habitants dépourvues d'officine et membres d'une communauté de communes, une création peut être accordée dans une zone géographique constituée d'un ensemble de communes contiguës et appartenant au périmètre de la communauté, si la totalité de la population de cette zone est au moins égale à 2500 habitants. »

Cet amendement n'est pas soutenu.

Article additionnel avant l'article 30

M. le président. L'amendement n° 179, présenté par MM. Fischer, Muzeau et Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Avant l'article 30, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le plan « Hôpital 2007 » est suspendu. Dans un délai de douze mois, à compter de la promulgation de la loi n°... de financement de la sécurité sociale pour 2006, une négociation interprofessionnelle est engagée entre les organisations syndicales représentatives au plan national des professions de santé, les directeurs d'établissements de santé et le Gouvernement sur l'avenir de l'hôpital et les réformes à mettre en œuvre pour garantir le service public hospitalier, la promotion des carrières, le développement de la formation, l'organisation interne de l'hôpital et son mode de financement.

A défaut d'accord dans le délai de douze mois, le Gouvernement présentera au parlement un projet de loi relatif à la modernisation des établissements de santé et des professions de la santé.

La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. Le plan « Hôpital 2007 » vise à faire basculer les établissements de santé de la sphère du sanitaire *stricto sensu* dans la sphère de l'économie et de l'entreprise.

Ce plan ne répond à aucun impératif sanitaire ni à aucune situation réelle des établissements publics de santé, étrangement financièrement.

Ce glissement du privé vers le public s'enracine dans une vision idéologique et comptable de l'offre publique de soins, en décalage avec la réalité sanitaire du terrain.

Proche dans sa conception et sa technique de la tarification à la pathologie, cette mise en œuvre est lourde de conséquences pour les malades et pour les professionnels de santé. J'entends par là : danger d'une sélection des malades et danger d'une concurrence entre les pôles hospitaliers et à l'intérieur de ceux-ci, concurrence très nocive à la qualité des soins.

Pour avancer cela, je m'appuie sur des analyses sérieuses et sur des expériences concrètes.

Les pays anglo-saxons, qui avaient été les premiers à mettre en œuvre ce système de convergence et de tarification à l'acte, reviennent à présent en arrière au vu de ses conséquences désastreuses sur leur système de santé.

Quant aux enquêtes et analyses, elles sont de plus en plus nombreuses à demander, au minimum, la suspension du plan.

Dans son rapport de synthèse 2005 sur la sécurité sociale, que la Cour des comptes a publié en septembre dernier, on peut lire ceci : « Pour les cliniques privées, le système mis en place en 1992 reposait sur une régulation *a posteriori* des tarifs – avec, en principe, une baisse mécanique des tarifs en cas de dépassement de l'objectif en volume. Ce système [...] a dérivé ces dernières années car les ajustements tarifaires [...] n'ont pas eu lieu. [...] Le principe de la tarification à l'activité vient d'être étendu aux hôpitaux publics en lieu et place des enveloppes limitatives [...]. Si la technique de l'ajustement prix-volume [...] n'est pas améliorée, les objectifs votés par le Parlement seront inévitablement dépassés. »

Enfin, nous sommes dans l'attente du rapport des deux inspections – l'Inspection générale des affaires sociales, l'IGAS, et l'Inspection générales des finances, l'IGF – sur l'application de la TAA. Mais ce que l'on connaît déjà confirme la nécessité de suspendre ce plan « Hôpital 2007 », comme le prévoit cet amendement.

Je vous le rappelle à nouveau, la mise en place effective de ce plan porte en elle-même une atteinte à l'offre nationale et publique de soins et à la couverture sanitaire homogène du territoire, ce qui n'est pas acceptable.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. M. Fischer propose la suspension du plan « Hôpital 2007 ».

La TAA a commencé à être effective dans le courant de l'année 2004. À ma demande, la commission a bien voulu me charger d'une mission sur l'hôpital. J'en rendrai les conclusions au début du premier trimestre de l'année 2006. Mais je puis vous dire qu'il est trop tôt aujourd'hui pour porter un jugement définitif sur le plan « Hôpital 2007 ». Vouloir immédiatement suspendre celui-ci serait une erreur magistrale. Laissons cette opération se dérouler pendant une période suffisante. Nous aurons le recul nécessaire pour nous prononcer.

C'est la raison pour laquelle la commission n'a pu émettre un avis favorable sur cet amendement.

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

M. Philippe Bas, ministre délégué. Monsieur le président, vous connaissez l'attachement du Gouvernement au plan « Hôpital 2007 ». Le Gouvernement émet donc un avis défavorable.

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Nous avons déposé cet amendement parce que nous estimons qu'il serait utile de suspendre, du moins d'infléchir, le plan « Hôpital 2007 » avant qu'il ait fait trop de dégâts.

Nous avons toujours été opposés à la philosophie qui inspire ce plan « Hôpital 2007 ». Nous en avons donné les raisons à l'occasion des différents débats sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Selon nous, ce plan a pour objet, ni plus ni moins, de transformer l'hôpital en une unité de production et d'industrialisation de soins où la rentabilité à tout prix est de règle. Il existe donc un risque grave pour le respect de l'éthique médicale.

Ce plan comporte trois volets.

Après le volet investissement, il y a le volet gouvernance, que je préfère appeler « gestion opérationnelle économique ». J'aurais aimé qu'elle fasse l'objet d'un large débat au Parlement. Le Gouvernement en a décidé autrement puisqu'il s'en est remis aux ordonnances.

Cette nouvelle gestion supprime le service hospitalier affecté à une spécialité, qui est animé et exercé par une équipe médicale homogène assurant une cohérence médicale et thérapeutique et lui substitue un pôle qui agrège des activités, en dehors de toute logique médicale, comme la maternité, la chirurgie orthopédique, la néphrologie, la chirurgie endocrinienne, la chirurgie gynécologie et l'urologie. Le seul point commun de toutes ces spécialités à l'intérieur du pôle est la salle d'opération. Il y a donc un véritable problème.

Le dernier volet, qui consiste en la tarification à l'activité, consacre la transformation de l'hôpital en une petite entreprise qui doit être rentable à tout prix, même si cela doit se faire au prix de licenciements et, si besoin est, du dépôt de bilan de certains pôles ou hôpitaux. On comprend, dans ces conditions, que l'archaïque service hospitalier, centré sur la mise en œuvre de soins de qualité et d'une écoute du malade, autour d'une équipe médicale homogène, soit disqualifié et sacrifié pour satisfaire à cette logique de la rentabilité.

Où est passée la notion de service public, de prise en charge globale du malade dans sa diversité ? Où est passée la recherche de la qualité des soins ? La philosophie de la rentabilité du chiffre, de la sélection paraît d'autant plus folle qu'elle fait appel à une échelle erronée.

En effet, les groupes homogènes de séjour sont des constructions purement artificielles : chaque malade étant unique, l'homogénéité médicale dépasse de loin ces 500 cas de figures. Tous les médecins savent qu'il existe une trentaine de spécialités et que chacune d'elle comporte 50 à 100 pathologies différentes. Or, c'est au minimum 2000 catégories qui seraient nécessaires. Ces groupes homogènes sont donc en réalité profondément hétérogènes, surtout si des pathologies associées coexistent, et ils ne donnent que l'image déformée de la réalité complexe de la pratique clinique à l'hôpital.

À vouloir simplifier ce qui est complexe, faire rentrer coûte que coûte le multiple dans l'unique, on aboutit à des situations absurdes situées à l'opposé de l'objectif visé.

Au lieu de couvrir l'ensemble des risques liés aux différentes pathologies, on les sélectionne pour ne retenir que les plus rentables. Au lieu de limiter la pratique médicale aux actes utiles et nécessaires, on multiplie artificiellement leur nombre. Enfin, les codages au GHS, ou groupe homogène de séjour, autorisent toutes les manipulations.

Il est très drôle de constater que, dans cette affaire, nous suivons l'exemple des États-Unis, comme l'indiquait tout à l'heure M. Fischer. Or il y a longtemps qu'ils y ont renoncé. Le contrôle de l'utilité des dépenses est maintenant fondé sur des visites sur site à l'hôpital et des activités médicales comportant l'analyse des dossiers de malades tirés au sort, pour juger non la qualité des soins mais la pertinence des dépenses engagées.

L'une des conclusions les plus claires est que la direction des hôpitaux doit être confiée aux professionnels, médecins et infirmières, et non à des personnels administratifs.

Le PMSI, le programme de médicalisation des systèmes d'information, qui a été obtenu à des prix prohibitifs...

M. le président. Veuillez conclure, mon cher collègue.

M. François Autain. Je suis très heureux d'avoir pu enfin atteindre les cinq minutes, car c'était mon objectif ! J'interviendrai de nouveau tout à l'heure pour évoquer cette question, qui passionne M. le ministre et nos collègues.

M. le président. Dans ma grande bonté – on en a malheureusement abusé –, j'avais laissé dépasser ce délai de cinq minutes parce qu'il me semblait utile de laisser s'achever cette explication. Néanmoins, il faut de temps en temps revenir à la réalité et nous soumettre aux principes que nous impose le règlement !

M. François Autain. Nous sommes en pleine réalité !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 179.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 30

I. – 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° Les deux premiers alinéas du IV sont remplacés par trois alinéas ainsi rédigés :

« IV. – Pour les années 2005 à 2012, l'État fixe, outre les éléments mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, le taux moyen régional de convergence des coefficients de transition des établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du même code. La convergence doit être achevée au plus tard en 2012.

« L'État fixe les règles générales de modulation du taux moyen régional de convergence entre les établissements de la région. Le taux moyen de convergence des coefficients de transition des établissements pour lesquels ce coefficient est inférieur à un peut excéder le taux moyen régional de convergence, à la condition que la masse financière supplémentaire résultant de ce dépassement soit prélevée sur les établissements pour lesquels le coefficient de transition est supérieur à un. Ce prélèvement résulte de l'application d'un taux de convergence pour ces derniers établissements supérieur au taux moyen régional.

« Un décret en Conseil d'État fixe les dispositions d'application du présent IV. » ;

2° Le dernier alinéa du A du V est ainsi rédigé :

« Par dérogation aux dispositions des quatre alinéas précédents, les prestations de prélèvement d'organes ou de tissus et celles afférentes à certains modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation complète dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sont facturées dans leur intégralité sur la base des tarifs fixés en application des dispositions du 1° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale. » ;

3° *Supprimé*.....

II. – L'article L. 6114-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Dans le cinquième alinéa, après les mots : « À défaut de signature du contrat ou de l'avenant dans ce délai, l'agence régionale de l'hospitalisation inscrit ces objectifs quantifiés » sont insérés les mots : « ainsi que les pénalités applicables en cas de non-respect de ces objectifs » ;

2° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Lors du renouvellement du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 6114-1, les objectifs quantifiés mentionnés à l'alinéa précédent sont révisés.

« Lors du renouvellement de l'autorisation prévu à l'article L. 6122-10, ou lorsque l'autorisation a fait l'objet de la révision prévue à l'article L. 6121-2 ou à l'article L. 6122-12, les objectifs quantifiés fixés par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, relatifs à l'activité de soins ou l'équipement matériel lourd faisant l'objet de l'autorisation, sont révisés dans les trois mois suivant le renouvellement ou la décision de révision de l'autorisation. »

III. – Le deuxième alinéa de l'article L. 6122-8 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Dans ce cas, l'autorisation prévoit les pénalités applicables en cas de non-respect de ces objectifs. »

IV. – Pour les titulaires d'autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1 du code de la santé publique, les objectifs quantifiés prévus au cinquième alinéa de l'article L. 6114-2 du même code, ainsi que les pénalités applicables en cas de non-respect de ces objectifs, sont fixés, au plus tard le 31 mars 2007, dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 6114-1 du même code. À défaut de signature de ce contrat au 31 mars 2007, l'agence régionale de l'hospitalisation inscrit ces objectifs quantifiés, ainsi que les pénalités, dans l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1 du même code, dans les trois mois qui suivent. À titre transitoire, jusqu'à la conclusion de ce contrat ou de cet avenant, les titulaires de l'autorisation mentionnée à la phrase précédente demeurent tenus au respect de la capacité des installations autorisées.

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, sur l'article.

M. Guy Fischer. Cet article 30 est l'un des articles les plus importants que nous examinons, puisqu'il met en œuvre la convergence tarifaire.

Je voudrais plus particulièrement intervenir sur la situation de l'AP-HP, qui représente à elle seule la moitié de l'hospitalisation francilienne. Ses hôpitaux sont victimes, comme les autres hôpitaux en France, d'une sous-dotation

budgetaire et souffrent, en outre, de la mise en œuvre zélée du plan gouvernemental de 2003, qui impose à l'AP-HP des économies de 240 millions d'euros.

Le budget de l'AP-HP pour 2005 s'inscrit dans cette néfaste orientation et se traduit par la suppression de 881 emplois, dont 694 sur les personnels hospitaliers. Parmi ces 694 suppressions, il y a 99 emplois infirmiers.

Alors que l'activité hospitalière continue d'augmenter, on assiste à une aggravation de la charge de travail des personnels, d'autant plus lourde que 2 200 emplois soignants restent encore à ce jour vacants à l'AP-HP.

Il en résulte pour les usagers de ce service public exemplaire un allongement des délais de rendez-vous, le report de certaines prises en charge non urgentes, des difficultés dans l'accueil aux urgences.

Cette crise sans précédent de l'AP-HP fragilise le climat social, menace la qualité des soins et obère la capacité de l'institution à se moderniser. Car l'hôpital public a besoin d'évoluer pour faire face à l'accroissement des besoins en matière de santé et pour s'adapter aux progrès de la science. Mais cette évolution nécessite des moyens qui sont actuellement refusés.

Cela a pour conséquence que, bien des fois, les personnels se trouvent dans l'incapacité de répondre aux demandes. Cette situation ne peut plus durer. Il s'agirait au contraire de s'engager en faveur d'une grande réforme de l'hôpital public, à laquelle l'AP-HP serait pleinement partie prenante, garantissant des moyens à la hauteur des besoins. Un plan d'urgence s'impose.

L'orientation actuelle de l'AP-HP est particulièrement grave pour les personnes âgées. Il est en effet inacceptable que l'AP-HP se retire unilatéralement de missions qu'elle assure depuis plus d'un siècle alors qu'un important déficit de structures d'accueil des personnes âgées est à déplorer. La mairie de Paris a demandé l'arrêt immédiat de cette politique brutale de fermeture de lits de long séjour, dictée par une logique uniquement comptable et non de santé publique.

Je renouvelle l'appel que mon ami Alain Lhostis, adjoint au maire de Paris chargé de la santé, a lancé pour une concertation de l'ensemble des collectivités territoriales franciliennes sur ce problème majeur de santé publique qu'est la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Permettez-moi, pour conclure, d'évoquer la situation de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul. L'offre de soins de cet hôpital, pôle de référence mère-enfant mondialement reconnu, continue à être systématiquement remise en cause.

Au lieu d'accélérer les coups de boutoirs contre l'offre de soins de cet hôpital, que ce soit en matière de pédiatrie ou de prise en charge d'enfants handicapés notamment, il s'agirait de maintenir et de rétablir cette même offre à un niveau satisfaisant pour contribuer à répondre aux besoins des centaines de milliers d'usagers de Paris et de la région d'Ile-de-France.

Voilà pourquoi je souhaitais me faire l'écho de la situation du premier pôle hospitalier de renommée mondiale qu'est l'AP-HP.

M. le président. Je suis saisi de quatorze amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 180, présenté par MM. Fischer, Muzeau et Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. La convergence fait partie inhérente de la réforme de la tarification à l'activité ; je dirai même qu'elle en est le fondement. On ne peut pas être à la fois pour la réforme de la tarification et contre la convergence. C'est aussi pour cette raison que nous n'avons pas voté cette réforme lorsqu'elle nous a été proposée dans le PLFSS pour 2004.

Le renoncement du Gouvernement à imposer l'étape intermédiaire – et le recours à des rapports de l'IGAS ou autres – prévue pour 2008 est un aveu d'échec.

Aucun changement de tarification ne parviendra à réduire la différence de nature qui existe entre le secteur public et le secteur commercial.

Le secteur public prend en charge les actes les plus coûteux, les pathologies les plus lourdes. Il assume les missions d'intérêt général qui ne sont pas comprises dans les MIGAC, les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation. La précarité n'est pas non plus prise en compte, notamment avec toutes les charges qu'elle induit, ne serait-ce que les impayés, que l'hôpital supporte et qui représentent 85 millions d'euros par an rien que pour l'Ile-de-France.

Le secteur public subit des contraintes de qualification et de sécurité plus exigeantes.

Enfin, les tarifs des hôpitaux ne recouvrent pas les mêmes charges que le secteur commercial privé. À l'hôpital, les tarifs s'entendent « tout compris », alors que la tarification des cliniques, pourtant considérée comme identique – à tort –, ne comprend ni les honoraires des médecins ni les actes d'imagerie ou de laboratoire.

Le mode de financement à l'acte est inflationniste, puisqu'il faut accomplir toujours plus d'actes techniques pour rembourser le matériel acheté et en retirer les bénéfices.

La comparaison entre le secteur public et le secteur commercial privé est donc illusoire, car ces systèmes procèdent de logiques de fonctionnement et de financement tout à fait différentes.

La logique financière du secteur peu lucratif aboutit à une sélection des actes. Le jour où un domaine d'activité devient moins porteur, il est abandonné. Depuis quelque temps, les services de maternité sont délaissés par les cliniques privées au profit de la cardiologie interventionnelle et de la cancérologie, qui sont devenues éminemment rentables.

Sans contrôle de la qualité des indications, toute comparaison entre les secteurs public et privé est pure hypocrisie, mais l'on a mis en œuvre un mode de tarification reposant sur la convergence de pratiques inconciliables et hétérogènes.

Ajoutons à cela les consultations que le système de tarification à l'activité ignore. Elles ne sont pourtant pas rares : l'AP-HP en dénombre, à elle seule, 500 000 par an, ce qui représente 1,5 million d'heures non prises en compte, sauf lorsqu'elles sont effectuées dans le cadre de l'activité libérale en milieu hospitalier, pratique dont certains médecins abusent.

Le développement de ce secteur privé au sein de l'hôpital, depuis une quinzaine d'années, n'est pas sans poser de problèmes. S'il continue à s'étendre, il risque de perturber profondément le fonctionnement du secteur public.

Telle est la raison pour laquelle nous proposons cet amendement qui vise à supprimer, purement et simplement, cette convergence totalement inadaptée au fonctionnement de l'hôpital public.

M. le président. L'amendement n° 72, présenté par M. Jégou, au nom de la commission des finances, est ainsi libellé :

Rétablir le 3° du I de cet article dans la rédaction suivante :

3° La dernière phrase du VII est complétée par les mots : « et à 75 % en 2010 »

La parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Cet amendement vise à poursuivre la démarche engagée lors de la lecture de cet article à l'Assemblée nationale, sur l'initiative de notre collègue député Yves Bur, qui a souhaité revenir sur la proposition initiale du Gouvernement visant à supprimer l'objectif de convergence à 50 % des tarifs du secteur public et privé d'hospitalisation en 2008, c'est-à-dire à mi-étape de la mise en œuvre de la tarification à l'activité.

Il tend à ajouter un palier dans la convergence des tarifs entre les secteurs public et privé, en précisant que cette convergence doit être réalisée à 75 % en 2010.

S'agissant de la TAA – qui est une excellente réforme mise en œuvre dans les établissements privés depuis cette année –, les résistances des hôpitaux publics me paraissent dues essentiellement à leur faible degré d'informatisation.

Sans vouloir répéter les arguments de votre longue réponse de ce matin, monsieur le ministre, au sujet de l'informatisation des hôpitaux, j'indique cependant – à l'intention en particulier de ceux de nos collègues qui voulaient supprimer tout à l'heure le plan « Hôpital 2007 » – que, lors du contrôle que j'ai effectué au nom de la commission des finances, j'ai découvert que beaucoup de crédits étaient encore disponibles au titre de ce plan.

C'est donc un clin d'œil que je vous fais, monsieur le ministre : s'il y avait des difficultés à financer l'informatisation des hôpitaux publics, il faudrait inciter ces derniers à utiliser les crédits disponibles à cette fin. Il y a, semble-t-il, une appétence plus grande – que je ne critique d'ailleurs pas – à refaire la peinture ou une salle d'opération, plutôt qu'à se doter de moyens informatiques présentant un avantage plus tardivement perceptible et ne paraissant pas indispensables à la progression de la qualité de la gestion de l'hôpital public.

C'est une suggestion cohérente au regard tant du contrôle que j'ai effectué, au nom de la commission des finances, que de l'informatisation de l'hôpital public.

Le présent amendement va assez loin en proposant d'ajouter un palier en 2010, dans la mise en œuvre de la TAA. Certains souhaiteraient introduire une pause, mais une telle disposition n'irait pas dans le sens de la maîtrise des dépenses et de l'amélioration de l'organisation de l'hôpital public.

J'en viens à ces fameuses missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, les MIGAC, qui ont été largement évoquées lors des débats à l'Assemblée nationale et dont on ne sait plus aujourd'hui ce qu'elles représentent

exactement, sinon qu'elles apparaissent au grand jour, dans leur intitulé, comme étant des missions d'enseignement et de recherche. Je le dis solennellement au passage, monsieur le ministre, – et je l'ai affirmé pendant des années lorsque j'étais député –, ce sont des dépenses indues de la sécurité sociale, qui devraient être, très honnêtement et objectivement, prises en charge par le budget de l'Etat, puisque ce sont des missions régaliennes. L'enseignement et la recherche n'ont pas à être remboursés par la sécurité sociale ! On ne peut pas demander tout et toujours plus à la sécurité sociale !

Pour ma part, je souhaite qu'elle fonctionne grâce à une bonne gestion, grâce à votre réforme, que l'on soit pour ou contre – et je suis peut-être un peu plus dubitatif que certains de mes collègues à cet égard – mais il importe aussi d'alléger son fardeau en cessant de lui faire payer des charges indues.

MM. Gérard Delfau et Guy Fischer. Eh oui !

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Si cet amendement, tout de même modeste, était adopté, ce serait un signe, monsieur le ministre. Vous allez peut-être m'opposer des objections, mais il me paraît véritablement important d'accélérer la mise en œuvre de la TAA dans le secteur public et de ne pas attendre 2012, d'autant que le secteur privé, qui s'est vu imposer un cadre beaucoup plus contraignant, l'applique depuis cette année.

Il faut vraiment prendre le taureau par les cornes, soit au Sénat soit à l'Assemblée nationale, avant que les assurés ne nous demandent des comptes, afin d'amener l'hôpital public à prendre conscience de la nécessité d'améliorer son coût par rapport au secteur privé.

M. le président. L'amendement n° 146, présenté par M. Cazeau, Mmes Demontès, Le Texier et Campion, MM. Domeizel et Godefroy, Mme Schillinger et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Rétablir le 3° du I de cet article dans la rédaction suivante :

3°– La dernière phrase du VII est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :

« Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale décident des modalités de mise en œuvre de ce processus de convergence, après avis du conseil de l'hospitalisation et au vu des résultats des travaux sur l'objectivation des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs. Les résultats de ces travaux sont transmis au Parlement. »

La parole est à M. Bernard Cazeau.

M. Bernard Cazeau. Cet amendement prend en compte, lui aussi, la convergence tarifaire entre le secteur public et le secteur privé. Il tend à supprimer la disposition qui prévoyait de fixer un objectif intermédiaire de convergence des tarifs public-privé à 50 % en 2008. En effet, comme nous l'avons dit à l'occasion de la discussion générale, la comparaison entre les deux secteurs est injuste si elle est envisagée trop brutalement. En outre, si l'on n'y prend garde, elle est inflationniste, selon les termes mêmes employés par M. Xavier Bertrand, lors du débat à l'Assemblée nationale. Je pense que nous serons d'accord sur ce point.

En outre, cet amendement va un peu plus loin, puisqu'il vise à garantir que la convergence entre les tarifs des établissements du secteur public et du secteur privé, si elle doit

être mise en œuvre, le soit dans la plus grande transparence et sur la base des conclusions de travaux et d'études menées en toute objectivité.

M. le président. L'amendement n° 134, présenté par M. Seillier, est ainsi libellé :

Compléter le I de cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

... ° – Il est complété par un paragraphe ainsi rédigé :

« ... – À titre transitoire, pour les années 2006 et 2007, l'Etat fixe la liste des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché dispensé aux patients hospitalisés dans les établissements de santé exerçant une activité de soins de suites ou de réadaptation qui peuvent être prises en charge, sur présentation des factures, par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus de leur dotation ou des tarifs des prestations. »

La parole est à M. Bernard Seillier.

M. Bernard Seillier. La tarification à l'activité n'est pas applicable aux établissements de santé exerçant des activités de soins de suite ou de réadaptation, donc les établissements de moyens séjours, qui demeurent soumis soit à une dotation annuelle de financement, soit à un objectif quantifié national.

Cependant, leur financement actuel est le plus souvent en inadéquation avec la réalité de leur activité, notamment au regard des molécules prescrites – comme les anticancéreux – qui sont particulièrement onéreuses et ne peuvent être financées en sus, comme c'est le cas en court séjour.

La mise en œuvre de la tarification à l'activité dans le court séjour a contribué à accentuer ce phénomène, les patients arrivant de plus en plus précocement en soins de suite, avec un suivi et des traitements particulièrement coûteux.

Ces tensions budgétaires peuvent amener les unités de soins de suite et de réadaptation à ne pas admettre des patients nécessitant des thérapeutiques onéreuses, car les structures ne sont pas dotées pour les frais de pharmacie élevés. Autrement dit, le souci de l'équilibre budgétaire l'emporte et entraîne une résistance à admettre des patients dont les coûts de traitement à suivre seraient trop coûteux.

La transposition de la tarification à l'activité dans ce secteur permettra d'ajuster le financement à la réalité de l'activité, mais le modèle applicable est toujours à l'étude et son application ne saurait être envisagée pour 2006.

Aussi, nous proposons par cet amendement, à titre transitoire, de ménager la possibilité d'un financement en sus des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations particulièrement onéreux, sur justification par la fourniture des ordonnances et des factures délivrées par les établissements pharmaceutiques.

M. le président. Les cinq amendements suivants sont présentés par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 20 rectifié, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – L'article 23 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005, est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « pendant une durée de deux mois » sont supprimés ;

2° Au même alinéa, les mots : « en raison de la non-transmission par voie électronique ou de l'impossibilité de traitement des bordereaux de facturation liée à la mise en œuvre de cette nouvelle classification » sont supprimés ;

3° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Ces avances de trésorerie peuvent être consenties jusqu'au 31 décembre 2005, elles accompagnent les réformes de la tarification à l'activité et de la classification commune des actes médicaux en remédiant aux difficultés de transmission par voie électronique et aux difficultés de traitement des bordereaux de facturation. »

L'amendement n° 21 est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Dans le troisième alinéa du 2° de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale, les mots : « deux ans » sont remplacés par les mots : « trois ans ».

L'amendement n° 23 est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – La quatrième phrase du premier alinéa de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale, est complétée par les mots : « excepté en cas d'observation des modalités de facturation des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article R. 162-32 du même code ».

L'amendement n° 24 est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – L'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale est abrogé.

L'amendement n° 22 rectifié est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Dans le deuxième alinéa de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, les mots : « établi par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation » sont remplacés par les mots : « établi conjointement par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et l'assurance maladie ».

La parole est à M. le rapporteur, pour présenter ces amendements.

M. Alain Vasselle, rapporteur. L'amendement n° 20 rectifié concerne les avances de trésorerie consenties aux établissements hospitaliers. Leur durée s'étant révélée supérieure à celle qui était prévue dans le texte initial, il s'agit de rendre le texte conforme à la réalité de la situation sur le terrain.

L'amendement n° 21 tend à porter la période de l'action en recouvrement à trois ans, au lieu de deux, comme le prévoyait d'ailleurs l'article L. 133-4 dans sa rédaction initiale. Le retour à une période de recouvrement possible à trois ans permettra d'optimiser l'efficacité des actions de contrôle de l'assurance maladie.

Les amendements n°s 23 et 24 ont le même objet : renforcer le pouvoir de contrôle de la CNAM sur les dépenses de l'hôpital.

À l'heure actuelle, on distingue deux modes de contrôle des prestations. Celui du secteur des soins de ville est assuré en intégralité par la CNAM. En revanche, celui de l'hôpital se déroule sous l'égide des agences régionales de l'hospitalisation. La CNAM est un payeur aveugle des dépenses

de l'hôpital – c'est un point qui a été souligné à plusieurs reprises lors de nos débats – et il est temps de l'associer dorénavant au contrôle des dépenses hospitalières.

Ces deux amendements visent donc à confier à l'assurance maladie le contrôle de l'ensemble des prestations ville et hôpital. Le programme régional de contrôle de la TAA sera ainsi établi par les services du contrôle médical, en lien avec les organismes d'assurance maladie.

Il s'agit d'homogénéiser le dispositif de la ville et de l'hôpital.

J'en viens à l'amendement n° 22 rectifié. Dans le cadre de la mise en œuvre de la TAA, la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2004 a prévu de financer les médicaments et dispositifs médicaux onéreux en sus des tarifs des groupes homogènes de séjour, les GHS.

L'article L. 162-22-7 et son décret d'application du 24 août 2005 prévoient que le remboursement des médicaments et des dispositifs médicaux inscrits dans la liste sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie, si l'établissement de soins a conclu « un contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations » avec l'ARH et si l'établissement respecte les engagements souscrits.

C'est un point important sur lequel j'attire votre attention, mes chers collègues. En effet, il n'est pas légitime, aux yeux de la commission des affaires sociales et de votre rapporteur, que l'assurance maladie rembourse à 100 % des médicaments et des dispositifs médicaux onéreux en sus des tarifs des GHS, sans qu'elle soit ni signataire du contrat de bon usage avec l'établissement de santé ni associée au contrôle de l'application du contrat et consultée sur une éventuelle baisse du taux de remboursement de ces médicaments et dispositifs médicaux en cas de non-respect dudit contrat.

Je précise par ailleurs que, dans un domaine proche – les accords prévus par la loi du 13 août 2004 – l'assurance maladie est cosignataire, au même titre que l'Etat et les fédérations hospitalières. En conséquence, je ne pense pas qu'il y ait d'incohérence à adopter une disposition de cette nature.

M. le président. L'amendement n° 145, présenté par M. Cazeau, Mmes Demontès, Le Texier et Campion, MM. Domeizel et Godefroy, Mme Schillinger et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Compléter le texte proposé par cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... . – Dans la première phrase du premier alinéa et dans le deuxième alinéa du I de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale, le mot : « commun » est supprimé.

La parole est à Mme Gisèle Printz.

Mme Gisèle Printz. L'article 30 regroupe diverses dispositions relatives à l'application de la tarification à l'activité aux établissements de santé et à la convergence des tarifs entre les secteurs publics et privés.

Nous avons maintes fois soulevé les dangers du processus de convergence amorcé, même si nous ne remettons pas en cause la mise en œuvre de la TAA en tant que telle, car, quelle que soit la terminologie privilégiée – tarification à l'activité ou à la pathologie – chacun s'accorde sur la nécessaire évolution de l'ancien système du budget global, qui avait largement montré ses limites.

En effet, le principe même d'une convergence entre deux secteurs fonctionnant différemment pose un certain nombre de problèmes, fortement préjudiciables au secteur public, qu'il conviendrait de régler au préalable. Je pense notamment à la fiabilité de l'outil TAA en vue d'établir des comparaisons honnêtes et réelles entre les hôpitaux publics et les cliniques privées, ou bien à l'évaluation correcte des missions de service publique.

Pour ces raisons, nous vous proposons, par cet amendement, de supprimer la fongibilité entre les enveloppes des établissements privés et publics.

M. le président. Les quatre amendements suivants sont présentés par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 25 est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Après le III de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un paragraphe III *bis* ainsi rédigé :

« III *bis* – Le service du contrôle médical procède auprès des établissements de santé visés à l'article L. 162-22-6, des pharmaciens et des distributeurs de produits ou prestations, dans le respect des règles déontologiques, aux contrôles nécessaires en matière de délivrance et de facturation de médicaments, produits ou prestations donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie. »

L'amendement n° 26 est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – A la fin du premier alinéa de l'article L. 6113-8 du code de la santé publique, les mots : « et à l'évaluation de la qualité des soins » sont remplacés par les mots : « , à l'évaluation de la qualité des soins ainsi qu'au contrôle de leur activité et de leurs facturations. »

L'amendement n° 27 est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Après le 12° de l'article L. 6115-3 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Toutefois, les compétences énumérées aux 6°, 7°, 11° et 12° de cet article concernant les décisions relatives à la gestion budgétaire des établissements de santé sont prises par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation après avis favorable de la commission exécutive pris à la majorité des deux tiers. »

L'amendement n° 28 est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Après l'article L. 6143-3-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6143-3-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 6143-3-2 – Le directeur de la caisse régionale de l'assurance maladie peut demander au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation d'engager les procédures prévues par les dispositions des articles L. 6143-3, L. 6143-3-1 et L. 6161-3-1 du même code.

« Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation doit, en cas de refus, présenter un avis motivé à la commission exécutive. »

La parole est à M. Alain Vasselle, rapporteur.

M. Alain Vasselle, rapporteur. Les amendements de cette série procèdent du même d'esprit que ceux que j'ai présentés précédemment.

L'amendement n° 25 vise à renforcer les compétences du contrôle médical vis-à-vis des établissements de santé et notamment des pharmacies de ces établissements.

L'amendement n° 26 tend à renforcer les informations dont dispose l'assurance maladie sur l'activité des établissements de santé.

La mesure préconisée par l'amendement n° 27 nous semble également utile, car elle permettrait d'assurer une meilleure association des représentants des conseils régionaux qui, dans le cadre des expérimentations prévues par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et par la loi du 13 août de la même année relative à l'assurance maladie, participeront désormais aux travaux des ARH et des ARS. Il faut savoir si nous voulons effectivement que les conseils régionaux puissent peser sur les décisions !

J'en viens enfin à l'amendement n° 28. En cas de refus de l'ARH de prendre les sanctions qui apparaîtraient pertinentes aux yeux de la CNAM, nous demandons que l'ARH présente un avis motivé de sa décision, tout en restant finalement maître, bien entendu, de la décision à prendre. Il en va de la crédibilité du comportement et des décisions des ARH vis-à-vis des établissements hospitaliers.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. MM. Fischer et Autain comprendront qu'un amendement de suppression de l'article 30 ne peut convenir à la commission, qui a émis un avis défavorable.

M. Guy Fischer. C'est regrettable !

M. Alain Vasselle, rapporteur. L'amendement n° 72 présenté par M. Jégou, qui vise un objectif de convergence de 75 % en 2010, n'est pas de nature à me déplaire, de même que la volonté affichée d'aller vers plus de convergence, mais nous souhaiterions connaître la position du Gouvernement sur ce point.

Nous sommes en revanche franchement défavorables à l'amendement n° 146, qui tend à supprimer l'étape intermédiaire de 50 % en 2008.

L'amendement n° 134 de M. Seillier nous paraît tout à fait pertinent. Nous souhaiterions connaître l'avis du Gouvernement sur cet amendement.

Quant à l'amendement n° 145, que Mme Printz a présenté avec beaucoup de cœur et de talent, la commission n'y est pas favorable, car elle ne souhaite pas la disparition de la fongibilité.

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

M. Philippe Bas, ministre délégué. Le Gouvernement a émis un avis défavorable sur l'amendement n° 180.

Je demande à M. Jégou de bien vouloir retirer l'amendement n° 72 prévoyant un objectif intermédiaire supplémentaire sur le chemin de la convergence, avec un objectif pour 2010.

Je voudrais réitérer l'engagement très ferme du Gouvernement d'atteindre la convergence en 2012. L'objectif intermédiaire de mi-parcours en 2008 étant finalement prévu, un objectif supplémentaire ne ferait qu'apporter de la rigidité.

J'ai bien écouté vos propos, monsieur le rapporteur pour avis, au sujet des missions d'intérêt général. Je crois, en effet, que la réussite de la convergence est liée à la définition de ces missions, notamment d'enseignement et de recherche, avant même de poser la question de leur financement.

Quant à l'amendement n° 146 de M. Cazeau, le débat qu'il soulève a eu lieu à l'Assemblée nationale. Le Gouvernement n'a pas souhaité le rouvrir devant votre Haute Assemblée, c'est la raison pour laquelle il ne donne pas un avis favorable à cet amendement et s'en remet à la sagesse de votre Haute Assemblée.

Quant à l'amendement n° 134 de M. Seillier, il a pour effet d'augmenter la dépense d'assurance maladie puisque, sans diminuer la dotation globale, il augmente la prise en charge spécifique des médicaments. Or la dotation globale a déjà pour objet de prendre en compte les médicaments délivrés aux malades hospitalisés.

Naturellement, quand les établissements sous dotation globale passeront à la tarification à l'activité, je vous en donne l'assurance, monsieur le sénateur, le remboursement d'un certain nombre de médicaments importants sera prévu.

C'est la raison pour laquelle je vous demande de bien vouloir retirer cet amendement, faute de quoi je serai obligé de donner un avis négatif, essentiellement d'ailleurs en raison de la dépense supplémentaire, non gagée, qu'il induit.

Je suis favorable aux amendements n°s 20 rectifié et 21 de M. Vasselle.

Quant aux amendements n°s 23 et 24, qui sont liés, je vous demande, monsieur le rapporteur, de bien vouloir les retirer. Ils auraient en réalité pour effet de retarder la mise en œuvre des sanctions aux violations des règles de la tarification à l'activité.

Si des institutions ou des établissements ne respectent pas les règles de tarification, par exemple en surcotant des actes, et que les sanctions prévues ne sont pas appliquées au bénéfice des sanctions de droit commun, nous émettrons un signal négatif qui générera des délais supplémentaires dans la mise en œuvre de la tarification à l'activité.

En revanche, je suis favorable à l'amendement n° 22 rectifié.

Je suis défavorable à l'amendement n° 145, car je tiens au principe fondamental de la fongibilité entre établissements publics et privés.

Je suis favorable aux amendements n°s 25 et 26 de la commission des affaires sociales.

Je vous demande en revanche, monsieur le rapporteur, de bien vouloir retirer l'amendement n° 27, car je suis attaché à la préservation de l'autorité des directeurs d'agences régionales de l'hospitalisation, qui sont nommés en conseil des ministres et qui, par conséquent, ont la confiance du Gouvernement.

M. Guy Fischer. Eh oui !

M. Philippe Bas, ministre délégué. Néanmoins, vous avez raison de souligner qu'ils doivent prendre l'avis de la commission exécutive. Le Gouvernement, je vous en donne l'assurance, veillera au respect de cette exigence, car il n'est pas d'autorité qui ne doive s'exercer sans concertation.

Enfin, s'agissant de l'amendement n° 28, monsieur le rapporteur, le Gouvernement émet un avis de sagesse bienveillante.

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote sur l'amendement n° 180.

M. Guy Fischer. Cet article 30, tout le monde doit en être conscient, est certainement le plus important du projet de loi de financement de la sécurité sociale puisque, après la réforme de 2004, qui a pressé les assurés sociaux comme des citrons, essentiellement par des prélèvements et des remboursements, M. Vasselle vient d'obtenir l'assentiment de M. le ministre pour donner tous les pouvoirs, notamment à la CNAM, afin de mettre en œuvre la tarification à l'activité et la convergence entre le public et le privé.

L'hôpital public, cela a été répété sur toutes les travées de la majorité, serait une source très importante du déficit de l'assurance maladie, puisqu'il concourt à 55 % des dépenses de celle-ci. Or nous pouvons craindre qu'à partir de l'année 2006 les moyens des hôpitaux publics ne soient réduits dans des proportions qu'il nous est encore difficile d'imaginer.

M. Alain Vasselle, rapporteur. Vous ne faites pas confiance aux partenaires sociaux, monsieur Fischer ?

M. Guy Fischer. Écoutez, je participe assidûment aux travaux qu'organise régulièrement M. Van Rokeghem et je réponds aux invitations du président de la CNAM. En outre, de par mon expérience, je sens les choses...

En tout cas, nous ne pouvons être favorables à cet article 30, dont nous demandons la suppression.

Les tarifs du privé et du public ne sont pas bâtis suivant les mêmes critères. Dans le public, l'essentiel du coût est intégré, et non externalisé : il est dû à des prestations réalisées pendant les séjours. À l'inverse, dans le secteur privé, la part des examens biologiques et d'imagerie médicale est extrêmement faible, car ceux-ci sont souvent réalisés en dehors des cliniques, dans des cabinets de radiologie et des laboratoires.

De plus, le secteur public et le secteur privé ne pratiquent pas le même type d'activités.

Il faut également prendre en compte l'action sociale de l'hôpital, qui échappe à l'activité commerciale. Les profils différents des patients, même s'ils sont minoritaires, expliquent les différences de coûts.

Par ailleurs, l'hôpital finance les services sociaux, par exemple les assistantes sociales. De surcroît, comme l'évoquait M. le rapporteur pour avis, l'hôpital public supporte des charges de formation initiale et continue qui devraient relever de l'éducation nationale, donc de l'État.

Ce sont autant de raisons qui, aujourd'hui, nous confortent dans notre position.

Quant au rapporteur, nous comprenons qu'il fasse son travail, qu'il ait des relations suivies tant avec le ministère qu'avec la CNAM. Néanmoins, nous ne pourrions que voter contre les amendements qu'il nous présente.

Sur le principe, nous ne sommes pas contre les contrôles. Nous pouvons comprendre ce que veulent la commission et le Gouvernement, mais nous pensons que cet article va permettre de manière drastique, à un point que l'on imagine mal, la poursuite de la concentration des établissements et l'essor du secteur privé commercial.

Pour vous donner une idée du privé commercial, je vous donne lecture du rapport d'activité 2004, que nous venons de recevoir, de la Générale de santé, leader de l'hospitalisation privée en Europe et premier groupe, en 2002, à avoir été introduit et coté en bourse : « Alors que le CAC 40 et

le SBF 120 terminaient l'année avec respectivement 7,4 % et 7,8 % de progression, le titre Générale de santé clôturait 2004 en hausse de 47,5 % »

M. François Autain. La santé peut être rentable !

M. Guy Fischer. Tout à fait !

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote, sur l'amendement n° 180.

M. François Autain. Je prendrai un seul exemple pour vous montrer à quelles aberrations peut conduire l'application du plan « Hôpital 2007 » et du dispositif de convergence en me retranchant derrière les propos du professeur Grimaldi, chef de service à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière – je sais que je vais intéresser certains de mes collègues, en particulier Mme Hermange, qui défend âprement, elle l'a encore montré ce matin, les intérêts de l'AP-HP : « Aujourd'hui, les hôpitaux calculent comment ils vont couler l'assurance maladie.

« À l'AP-HP, la directrice veut une hausse de l'activité de 7 %. Si elle entend par là qu'il faut plus de soins pour la population qui en a besoin, rien à dire.

« Mais il ne s'agit pas de ça. Il s'agit d'optimiser le codage pour faire 7 % de chiffre d'affaires en plus en rendant exactement le même service à la population. Je m'y suis mis : beaucoup de consultations de service se sont transformées en hôpitaux de jour, c'est-à-dire cinq à dix fois plus élevées pour la sécurité sociale. Je suis félicité par l'administration. Mais le soin au malade n'a pas changé. C'est l'égoïsme naturel de l'hôpital-entreprise. Des chefs d'entreprise en arrivent à penser qu'il faut faire de la publicité. »

D'ailleurs, on publiera bientôt la liste des hôpitaux avec des étoiles, comme pour les hôtels !

Nous assistons donc véritablement à une marchandisation de l'hôpital, laquelle est, à mon humble avis, tout à fait opposée aux intérêts des malades et contraire aux principes qui fondent la santé publique. (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC.*)

M. le président. La parole est à Mme Marie-Thérèse Hermange, pour explication de vote.

Mme Marie-Thérèse Hermange. Monsieur Autain, je ne peux pas vous laisser dire que l'AP-HP est une institution qui a un objectif commercial !

Par ailleurs, mon cher collègue, si nous en sommes arrivés là aujourd'hui c'est à cause d'un système de tarification qui a été en vigueur pendant une dizaine d'années et que les gouvernements que vous avez soutenus n'ont jamais modifié ! Le nouveau système de tarification permettra peut-être de donner un nouveau départ.

De plus, avec l'ancien système de tarification, lorsque les petits CHU, comme celui de Rouen, par exemple, commençaient à dépasser une norme, cela ne se voyait pas. Mais, dans le cadre d'une grosse structure, comme l'AP-HP, cela avait tendance à engendrer un dysfonctionnement de l'ensemble du dispositif.

Quoi qu'il en soit, je regrette que des initiatives n'aient pas été prises auparavant pour modifier le système de tarification, car le point ISA et le budget global combinés entraînent un dysfonctionnement de l'hôpital. (*Mme Joëlle Garriaud-Maylam applaudit.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 180.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Monsieur le rapporteur pour avis, l'amendement n° 72 est-il maintenu ?

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Cet amendement de la commission des finances a été également approuvé par la commission des affaires sociales. Il est sinon emblématique, du moins véritablement représentatif des efforts que tous doivent faire, y compris l'hôpital public, pour mettre un terme le plus rapidement possible aux déficits.

Monsieur le ministre, si je maintiens cet amendement d'appel, c'est pour que nous puissions en discuter en commission mixte paritaire.

Par ailleurs, je souhaite « aiguillonner » le Gouvernement et votre administration, qui commencent à se rendre compte que personne ne sait évaluer les fameuses MIGAC, dont on pourrait croire qu'il s'agit d'insectes malfaisants, et que la globalisation empêche de savoir ce qu'elles représentent par établissement – CHU, CHR et autres.

Les assurés sont déjà sollicités ; ils paient au travers de leurs cotisations. Les efforts que vous leur demandez me paraissent normaux, eu égard à ceux qui sont nécessaires pour rééquilibrer les comptes sociaux. Mais nous devons envoyer un signe pour montrer qu'il est indispensable de se mobiliser plus encore et d'aller au fond des problèmes, même si je ne vous demande pas quelque chose de définitif.

L'hôpital public, qui a beaucoup de mérite, risque d'être montré du doigt en raison de disparités incompréhensibles. Le Gouvernement doit rendre explicable le surcoût. Ce serait injuste de dire que les prix sont exorbitants alors que les hôpitaux publics assument des missions régaliennes qui devraient être financées par le budget général et non par la sécurité sociale.

Je me permets d'insister parce qu'il s'agit d'un sujet ancien et que, les bonnes nouvelles succédant quelquefois aux mauvaises, l'on a fini par faire contre mauvaise fortune bon cœur. La question n'a donc pas été réglée.

Il n'y aurait rien d'anormal à ce que le Gouvernement explique à nos concitoyens qu'il y a des missions d'intérêt général qui ne devraient pas être supportées par le budget de la sécurité sociale.

M. Guy Fischer. C'est vrai !

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Oui, mon cher collègue, mais il faut faire preuve d'une sincérité globale, et non d'une sincérité à géométrie variable ! Nous devons justement mettre au clair les dépenses qui ne relèvent pas des soins proprement dits. Je le répète, l'enseignement et la recherche sont des fonctions régaliennes de l'État.

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Bien entendu, monsieur le rapporteur pour avis, je ne voterai pas en faveur de votre amendement. Cependant, je suis tout à fait d'accord avec vous en ce qui concerne la mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, la MIGAC – acronyme un peu barbare : le Gouvernement doit bien faire la part entre ce qui revient aux soins et ce qui revient à l'enseignement ou, comme vous l'avez dit, aux missions régaliennes de l'État.

Vous connaissez comme moi la situation dans laquelle se trouve le Gouvernement. Il n'est même pas capable de régler les déficits auxquels il est confronté, sauf à les transférer sur les générations futures. Vous vous faites donc des illusions si vous croyez qu'il va prendre en charge, de surcroît, des

dépenses qui sont assurées depuis des années déjà par la sécurité sociale ! Il est évident que le Gouvernement ne répondra pas à votre appel !

Pour ma part, je veux souligner que l'enveloppe de cette mission est très nettement insuffisante par rapport aux besoins de l'hôpital. D'ailleurs, nous n'en connaissons même pas le montant exact au moment où nous débattons du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Vous me répondrez qu'avant de décider il faut réunir le Conseil de l'hospitalisation. Il n'empêche qu'il s'agit d'un élément important qui nous permettrait de savoir si nous disposons des ressources suffisantes pour que l'hôpital assure les missions dont il a la charge.

En réalité, les missions sociales de l'hôpital ne sont pas toujours bien couvertes en raison d'un manque de moyens.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 72.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'amendement n° 146 n'a plus d'objet.

Monsieur Seillier, l'amendement n° 134 est-il maintenu ?

M. Bernard Seillier. Cet amendement est inspiré de l'expérience d'un directeur d'établissement qui se trouve conduit, quand il s'agit d'admettre des malades en service de suite ou de réadaptation, à mettre en balance la charge que représente les malades de ce type déjà hospitalisés, les demandes d'entrées et la situation de ses finances par rapport à la dotation globale !

Concrètement, ce directeur, pour ne pas dépasser la dotation globale de son établissement, est amené à trier les personnes et à refuser celles qui doivent bénéficier de traitements médicamenteux lourds.

Il m'a semblé possible que soit dressée une liste très précise des médicaments particulièrement coûteux qui pourraient faire l'objet d'une dérogation.

Un dispositif d'une telle finesse pourrait-il s'appliquer à des établissements de quarante, cinquante, voire quatre-vingts lits maximum comme il s'en trouve en zones rurales ? Ce serait peut-être trop demander aux administrations locales que de faire le partage entre une appréciation globale et la réalité du terrain.

Monsieur le ministre délégué, qui veut faire justice en gros fera l'injustice en détail. Si je rappelle souvent la phrase de Montaigne, c'est qu'elle trouve souvent à s'appliquer, comme c'est le cas pour ce genre de situation.

Vos arguments ont du poids, monsieur le ministre délégué, et vous avez d'ailleurs raison : la dotation globale, normalement, tient compte de ces cas spécifiques. Cependant, sur de petits effectifs, cela devient très difficile à gérer.

Cela étant, puisque, au terme d'une analyse fine, vous évoquez des menaces très précises, notamment de lourds surcoûts pour la sécurité sociale, la sagesse me commande de retirer cet amendement.

M. le président. L'amendement n° 134 est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 20 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote sur l'amendement n° 21.

M. Bernard Cazeau. Cette explication de vote vaut en fait pour l'ensemble des amendements déposés par M. Vasselle sur cet article, monsieur le président.

Notre rapporteur part en guerre contre l'hôpital public et veut, par ses différents amendements, accélérer la convergence.

M. Guy Fischer. Nous voterons contre !

M. Bernard Cazeau. Permettez-moi une citation : « À une convergence précipitée, je préfère une convergence réussie. Même si la convergence doit être au rendez-vous en 2012 » – 2012, monsieur Vasselle – « nous avons besoin de connaître les missions d'intérêt général de l'hôpital et les moyens financiers qui leur seront dévolus. »

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Cela fait des années qu'on le dit !

M. Bernard Cazeau. Écoutez la suite, monsieur le rapporteur pour avis : « Je n'ai pas la conviction que nous dispositions des sommes prévues à l'origine pour les MIGAC. Mais, ne nous y trompons pas, les efforts de modernisation et les impératifs de bonne gestion de l'assurance maladie ne nous permettent pas d'augmenter les MIGAC et d'augmenter en même temps fortement le taux des TAA. Car si la TAA est une excellente chose, elle n'en est pas moins, au départ, inflationniste. Je ne vous propose ni de faire une pause ni de renoncer à la convergence, mais d'y voir plus clair. »

Mes chers collègues, ces paroles sont celles de M. Xavier Bertrand, s'exprimant à l'Assemblée nationale.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Il n'a pas raison pour autant !

M. Bernard Cazeau. Vous comprendrez, dans ces conditions, que nous nous posions quelques questions sur ce brusque changement d'attitude.

Et M. Bertrand continuait en ces termes : « Je vais recevoir un rapport de l'IGAS que je vous communiquerai... ».

M. Alain Vasselle, rapporteur. Il n'y a pas de rapport !

Mme Adeline Gousseau. Il n'est pas arrivé !

M. Bernard Cazeau. Si, il y a un rapport ! Toujours est-il, monsieur Vasselle, que, aujourd'hui, vous voulez brusquer les choses,...

M. Alain Vasselle, rapporteur. Non !

M. Bernard Cazeau. ... vous essayez d'accélérer le processus,...

M. Alain Vasselle, rapporteur. Non !

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Brusquer les choses ? C'est vraiment exagéré : cela fait trente ans que cela dure !

M. Bernard Cazeau. ... pour prendre de vitesse un rapport qui permettrait éventuellement de tout remettre en perspective.

M. Jégou est beaucoup plus réaliste, et beaucoup plus prudent aussi, car, en ajoutant un palier en 2010, il met les formes et laisse le temps à la réflexion en prenant en considération les nécessaires évolutions qu'exige cette convergence entre la tarification publique et la tarification privée.

Monsieur Vasselle, de même que, nous en sommes persuadés, vous allez à l'encontre des intérêts de l'hôpital public (*M. Vasselle, rapporteur, fait un signe de dénégation*), de même vous allez à l'encontre de ce que vous préconisez vous-même, étant donné le risque inflationniste induit tendanciellement par cette convergence entre l'hospitalisation publique et l'hospitalisation privée. Vous ne pourrez remonter l'une par rapport à l'autre qu'en augmentant les coûts. M. Bertrand le dit et, sur ce point, je trouve qu'il a raison !

M. Alain Vasselle, rapporteur. Nous n'avons pas la même analyse !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 21.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Monsieur le rapporteur, l'amendement n° 23 est-il maintenu ?

M. Alain Vasselle, rapporteur. À chaque jour suffit sa peine, monsieur le président. Je comprends bien qu'on ne peut pas tout faire d'un coup. Il ne faut pas retarder le processus en voulant aller trop vite : le mieux est l'ennemi du bien !

J'accepte donc de retirer l'amendement n° 23, ainsi que l'amendement n° 24.

M. le président. Les amendements nos 23 et 24 sont retirés.

Je mets aux voix l'amendement n° 22 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 145.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 25.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 26.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Monsieur le rapporteur, l'amendement n° 27 est-il maintenu ?

M. Alain Vasselle, rapporteur. Je le retire !

M. le président. L'amendement n° 27 est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 28.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 30, modifié.

(L'article 30 est adopté.)

Articles additionnels après l'article 30

M. le président. L'amendement n° 73, présenté par M. Jégou, au nom de la commission des finances, est ainsi libellé :

Après l'article 30, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 6113-3 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Cette procédure vise également à porter une appréciation sur l'usage effectif par un établissement ou, le

cas échéant, par un ou plusieurs services ou activités d'un établissement, des outils analytiques et de gestion de son activité lui permettant d'améliorer la connaissance de ses coûts de production des soins. »

La parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Cet amendement s'inscrit dans le droit fil des recommandations formulées par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie dans son avis du 21 juillet 2004 sur l'analyse des coûts dans les établissements hospitaliers.

Le Haut Conseil faisait le constat que les établissements hospitaliers n'avaient pas une connaissance suffisante des coûts de production de leurs soins et faisait valoir que cette insuffisance renvoyait à celle des outils analytiques du suivi de gestion de l'activité hospitalière, notamment en matière de comptabilité analytique. C'est pourquoi le Haut Conseil proposait de faire évaluer, dans le cadre des procédures d'accréditation conduites par l'ex-ANAES, aujourd'hui conduites par la Haute Autorité de santé, l'usage effectif de l'ensemble de ces instruments analytiques et de gestion par les établissements hospitaliers, comme gage de la qualité du travail hospitalier.

Cet amendement a donc pour objet de reprendre purement et simplement cette recommandation du Haut Conseil en modifiant l'article du code de la santé publique relatif à la mise en œuvre de la procédure d'accréditation des établissements de santé par la Haute Autorité de santé. Il n'a pas d'incidences financières particulières.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. La commission souhaiterait, avant de se prononcer, connaître l'avis du Gouvernement.

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

M. Philippe Bas, ministre délégué. Le Gouvernement est défavorable à cet amendement.

La procédure d'accréditation n'a jamais été en quoi que ce soit liée à des paramètres de gestion financière, et c'est très important qu'il en soit ainsi. L'accréditation est en effet tout entière orientée vers l'amélioration de la qualité des établissements de soins.

En d'autres termes, nous ne voulons pas mélanger les genres.

Les établissements, qui doivent prêter leur concours aux évaluations opérées par des organismes extérieurs agréés, doivent avoir confiance dans la procédure d'accréditation, qui est destinée à améliorer leurs pratiques et leur qualité. C'est donc en quelque sorte pour la crédibilité de l'accréditation dans ces établissements que l'on ne mélange pas l'accréditation et les coûts, au risque sinon de dériver rapidement vers des considérations budgétaires.

C'est la raison pour laquelle je ne puis malheureusement qu'être défavorable à cet amendement.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. Même avis !

M. le président. Monsieur le rapporteur pour avis, maintenez-vous votre amendement ?

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. L'avis du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie est, semble-t-il, pérennisé par votre gouvernement, monsieur le ministre délégué ; vous avez même recommandé qu'on le suive.

M. Philippe Bas, ministre délégué. Pas dans tous les cas !

M. Guy Fischer. Seulement quand cela arrange le Gouvernement ! C'est comme pour la Haute Autorité de santé !

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Vous avez certainement une vision plus fine que la mienne, monsieur le ministre délégué. Je n'insisterai donc pas, car je ne voudrais pas paraître abusivement hostile, mais j'aurai certainement l'occasion de revenir sur le sujet.

Pour l'heure, je retire l'amendement.

M. Philippe Bas, ministre délégué. Merci !

M. le président. L'amendement n° 73 est retiré.

9

NOMINATION DE MEMBRES D'UN ORGANISME EXTRAPARLEMENTAIRE

M. le président. Je rappelle que les commissions des lois et des affaires sociales ont proposé des candidatures pour un organisme extraparlamentaire.

La présidence n'a reçu aucune opposition dans le délai d'une heure prévu par l'article 9 du règlement.

En conséquence, ces candidatures sont ratifiées et je proclame Mme Michèle André et M. Paul Blanc membres du Conseil national de la montagne.

Je rappelle que trois membres de ce conseil doivent encore être désignés par la commission des affaires économiques.

Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux ; nous les reprendrons à vingt et une heures trente.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à dix-neuf heures vingt-cinq, est reprise à vingt et une heures trente.)

M. le président. La séance est reprise.

10

FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2006

Suite de la discussion d'un projet de loi

M. le président. Nous reprenons la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

Dans la discussion des articles, nous avons entamé l'examen des amendements tendant à insérer des articles additionnels après l'article 30. Nous en sommes parvenus à l'amendement n° 153.

Articles additionnels après l'article 30 (suite)

M. le président. L'amendement n° 153, présenté par M. Jégou, au nom de la commission des finances, est ainsi libellé :

Après l'article 30, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 6113-10 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6113-10.* – Un groupement pour la modernisation du système d'information est chargé de concourir, dans le cadre général de la construction du système d'information de santé, à la mise en cohérence, à l'interopérabilité, à l'ouverture et à la sécurité des systèmes d'information utilisés par les établissements de santé, ainsi qu'à l'échange d'informations dans les réseaux de soins entre la médecine de ville, les établissements de santé et le secteur médico-social afin d'améliorer la coordination des soins. Sous réserve des dispositions du présent article, il est soumis aux dispositions des articles L. 341-1 à L. 341-4 du code de la recherche. La convention constitutive du groupement est approuvée par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Ce groupement est constitué sous la forme d'un groupement d'intérêt public entre les établissements de santé publics et privés.

« Les organisations représentatives des établissements membres du groupement figurant sur une liste arrêtée par le ministre chargé de la santé désignent les représentants des membres à l'assemblée générale et au conseil d'administration.

« Le financement du groupement est notamment assuré par un fonds constitué des disponibilités portées, ou qui viendraient à y être portées, au compte ouvert dans les écritures de la Caisse des dépôts et consignations dans le cadre des procédures de liquidation de la gestion du conseil de l'informatique hospitalière et de santé, du fonds mutualisé et du fonds d'aide à la réalisation de logiciels. L'assemblée générale décide les prélèvements effectués sur ce fonds qui contribuent à la couverture des charges du groupement. Ces prélèvements ne donnent lieu à la perception d'aucune taxe, de droit de timbre ou d'enregistrement.

« Le financement du groupement peut être également assuré par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Ce groupement est soumis au contrôle de la Cour des comptes dans les conditions prévues à l'article L. 133-2 du code des juridictions financières et au contrôle de l'inspection générale des affaires sociales. Lors de la dissolution du groupement, ses biens reçoivent une affectation conforme à son objet. »

La parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis de la commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la nation. Dans le prolongement du contrôle sur l'informatisation dans le secteur de la santé que j'ai mené et dont vous avez eu la gentillesse, monsieur le ministre, de reconnaître l'utilité, cet amendement a pour objet de pérenniser le groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier, le GMSIH. Celui-ci est chargé de concourir, dans le cadre général de la construction du système d'information de santé, à la mise en cohérence, à

l'interopérabilité, à l'ouverture et à la sécurité des systèmes d'information utilisés par les établissements de santé qui en sont membres.

Nous avons auditionné les membres du GMSIH qui est reconnu comme une association d'experts.

Il nous semble donc intéressant de proposer d'étendre les missions du GMSIH à la facilitation de l'échange d'informations dans les réseaux de soins entre la médecine de ville, les établissements de santé et le secteur médico-social, afin d'améliorer la coordination des soins.

Il nous paraît également nécessaire de pérenniser le GMSIH en supprimant du code de la santé publique la précision selon laquelle il n'est constitué que pour une durée de sept ans, jusqu'en 2007, puisqu'il a été récemment reconduit par le Gouvernement.

Il nous semble encore indispensable de prévoir désormais que le GMSIH est constitué sous la forme d'un groupement d'intérêt public comprenant obligatoirement des établissements publics de santé et des établissements de santé privés, et, en conséquence, de supprimer la mention selon laquelle les représentants désignés par l'organisation représentative des établissements de santé publics disposent, au sein de l'assemblée générale et du conseil d'administration du groupement, de la majorité des voix.

Enfin, il s'agit de préciser les modalités de financement du GMSIH en indiquant qu'il peut être également financé par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie et des cotisations de leurs membres.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. Cet amendement pourrait recevoir un avis favorable de la commission des affaires sociales, sous réserve que soient apportées des réponses aux questions suivantes.

La première question concerne le financement de ce groupement. Dans son amendement, M. Jégou évoque une contribution de l'assurance maladie, mais il ne mentionne pas l'apport que pourraient verser les établissements de santé, sous forme d'une cotisation par exemple. Qu'en est-il, est-ce un simple problème d'interprétation du « notamment » figurant dans le quatrième alinéa ?

La seconde question est relative à la composition. Ce groupement, qui doit prendre en charge l'interopérabilité des systèmes d'information de la médecine de ville et de l'hôpital, ne semble composé que de représentants du secteur hospitalier. Or il me semble pour le moins dommageable que les professionnels de santé libéraux ne soient pas représentés.

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

M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Le Gouvernement est favorable à cet amendement.

Je précise à M. Vasselle, que ces groupements pourront recevoir des financements des établissements qui en sont membres.

En réponse à sa deuxième question, je peux lui dire que, ces groupements devant traiter de la modernisation des systèmes d'information hospitaliers, les professionnels libéraux ne sont pas concernés. Ces groupements comprendront donc des professionnels des établissements publics hospitaliers et des professionnels des établissements privés, lesquels se trouvent par ailleurs pouvoir être des libéraux.

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

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. A partir du moment où l'on souhaite mettre en place l'interopérabilité des systèmes, il est évident que la médecine de ville doit y être associée, comme je le préconise dans mon rapport. J'ai cru comprendre que le Gouvernement souhaitait cette interopérabilité entre l'hôpital et la médecine de ville. C'est un système intermédiaire que l'on pourra faire évoluer.

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

M. Philippe Bas, ministre délégué. Je comprends ces arguments. Il faudra en effet s'ouvrir vers la médecine de ville.

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. La médecine de ville est, bien évidemment, concernée par la mise en place d'un système qui améliore la coordination des soins. On ne peut qu'être d'accord sur le principe, surtout lorsque l'on est, comme les membres du groupe CRC, toujours très soucieux des finances de la sécurité sociale.

Cela dit, je me demande si ce système permettra à la sécurité sociale de réaliser des économies.

Le dossier médical personnel, le DMP, a été mis en place pour améliorer la coordination, mais également afin de réaliser 3 milliards d'euros d'économies par an à l'horizon de 2007.

Aussi, j'aimerais que l'on m'explique quels liens ce système de coordination aura avec ce futur dossier médical personnel.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 153.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 30.

La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. Monsieur Jégou, dites-moi clairement que vous ne voulez pas me répondre ! Il est tard, vous êtes fatigué, vous gardez vos réponses pour vous. Dans ce cas, il est inutile de poser des questions.

Puisque c'est ainsi, nous voterons contre les amendements sur lesquels vous ne nous apporterez pas les réponses que nous souhaitons ! Mais cela vous est égal...

M. le président. L'amendement n° 221, présenté par MM. Fischer, Autain et Muzeau, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 30, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans la première phrase du premier alinéa du I de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale, sont supprimés les mots : « , y compris les activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile »,.

La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. Cet amendement est récurrent. Mais, pour éviter les reproches, nous en avons légèrement modifié le texte.

Certains établissements privés, généralement de nature associative, ne sont pas assimilés au service public et les médecins y sont salariés. Ces établissements pratiquent souvent des séances de dialyse. Or ils vont devoir appliquer le tarif du secteur privé sans pouvoir se faire rémunérer la fonction médicale qu'ils exercent si l'on continue à les inclure dans la tarification à l'activité.

C'est la raison pour laquelle cet amendement tend à les en exclure.

Les différences de tarifs entre les secteurs sont parfois très importantes. Pour les séances de dialyse en centre, par exemple, le secteur public bénéficie d'un tarif de 428 euros, tandis que le secteur privé commercial bénéficie d'un tarif de 294,82 euros, auxquels il faut ajouter les honoraires des médecins, d'un montant égal à la référence K 17,5, soit 33,60 euros. Le secteur privé peut donc percevoir 328,42 euros pour chaque dialyse, alors que le secteur associatif ne perçoit que 294,82 euros pour le même service.

Par conséquent, ce secteur, qui prend en charge près de 15 000 personnes en insuffisance rénale au stade terminal, est en réelle difficulté financière.

Malgré mes nombreuses demandes de rendez-vous et les lettres que j'ai pu envoyer, je n'ai jamais obtenu d'éclaircissement sur ce point. Pourtant, c'était avant que l'on refuse de répondre à mes questions. Désormais, je suis conscient qu'il est inutile que j'en pose.

Je vous signale quand même, monsieur le ministre, que, le 20 octobre 2005, j'ai adressé une lettre à votre collègue M. Xavier Bertrand. J'espère qu'il me répondra !

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. Monsieur Autain, je vais tenter de vous rassurer et de vous remonter un peu le moral.

Il me semble que votre demande devrait être satisfaite dans le courant de l'année 2005.

M. François Autain. Non ? C'est formidable !

M. Alain Vasselle, rapporteur. Pardonnez-moi, je pensais pouvoir vous faire plaisir en vous annonçant qu'il y aurait une extension de la TAA aux dialyses, mais on vient de me démentir.

Quoi qu'il en soit, la commission a émis un avis défavorable sur votre amendement. Je me tourne donc vers M. le ministre, qui va répondre à vos questions de manière plus pertinente que moi.

M. François Autain. Vous croyez ?

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

M. Philippe Bas, ministre délégué. À la question de savoir si le groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier est porteur d'économies grâce aux applications qu'il permettra de développer, la réponse est oui !

À la question de savoir s'il existe un lien entre le développement du DMP et l'action du groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier, la réponse est également oui ! Le transport d'information en sera grandement facilité.

Enfin, sur l'amendement n° 221, l'avis du Gouvernement est défavorable.

Je précise que le Gouvernement entend développer des alternatives à l'hospitalisation complète pour les séances de dialyse. Les dispositions de l'article 30 du présent projet de loi prévoient d'ailleurs de les facturer à 100 %, mais nous ne souhaitons pas que ces alternatives soient exemptes de toute régulation, sinon elles échapperaient au contrôle du Parlement.

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Je vous remercie, monsieur le ministre, des réponses que vous m'apportez. En conséquence, si je pouvais modifier mon vote, j'apporterais ma voix à l'amendement qui a été présenté par M. le rapporteur. *(Sourires.)*

J'ai bien compris que le Gouvernement était défavorable à mon amendement, mais êtes-vous conscient que les établissements associatifs sont confrontés à un véritable problème ? Avez-vous l'intention de le régler ? À défaut, ces établissements seront obligés de mettre rapidement la clé sous la porte et 15 000 dialysés devront être pris en charge par l'hôpital.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 221.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 74 est présenté par M. Jégou, au nom de la commission des finances.

L'amendement n° 158 rectifié est présenté par M. Gouteyron.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 30, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans la dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale les mots : « et de celle du montant des dotations régionales », sont remplacés par les mots : « , de celle du montant des dotations régionales et de celle du montant des dotations attribuées à chaque établissement ».

La parole est à M. le rapporteur pour avis, pour présenter l'amendement n° 74.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Cet amendement vise à préciser, au sein du code de la sécurité sociale, que le bilan élaboré en vue de permettre un suivi des dotations régionales affectées aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation contient, notamment, une analyse de l'évolution du montant annuel de la dotation nationale de ces missions, de celle du montant des dotations régionales et de celle du montant des dotations attribuées à chaque établissement.

Cet amendement complète de façon heureuse le débat que nous avons eu précédemment sur les MIGAC. Combiné avec celui que j'ai présenté tout à l'heure, il permettra de mieux cerner les MIGAC, qui sont véritablement devenues des objets non identifiés.

M. le président. L'amendement n° 158 rectifié n'est pas défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Vasselle, rapporteur. Mes chers collègues, cet amendement vous permettra de mesurer à quel point il est pertinent que la commission des finances puisse se saisir pour avis du PLFSS.

La commission des affaires sociales partage le souci exprimé par M. Jégou. Votre rapporteur ne peut donc que se féliciter de la volonté de la commission des finances de compléter la rédaction de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, comme nous l'avions déjà fait nous-mêmes l'année dernière. Malheureusement, le rapport sur le périmètre des MIGAC et sur le montant annuel de la dotation ne nous a toujours pas été remis. C'est l'une des raisons pour lesquelles la commission des affaires sociales n'a pas jugé opportun de déposer d'amendement sur ce sujet.

La commission des finances est donc beaucoup plus ambitieuse et va plus loin. En définitive, elle a raison ! La commission des affaires sociales est peut-être encore un peu timorée, même si elle ne l'est pas sur tous les sujets, comme vous avez pu le constater tout à l'heure.

Pourtant, alors que les directeurs d'établissements que j'ai rencontrés se plaignent de l'opacité des décisions prises pour l'entrée en vigueur de la TAA, la remise de ce rapport, et à l'avenir de celui demandé par M. Jégou, devrait être de nature à apporter une transparence indispensable.

L'opacité actuelle a comme seul effet de faire naître la suspicion sur la manière dont la TAA est mise en œuvre. Les directeurs de CHU et les directeurs d'établissements sont unanimes sur ce point.

La publication des informations demandées par le Parlement serait l'occasion de faire taire les remarques et comblerait un manque. Nous ne réussons en effet cette réforme que si nous jouons la carte de la transparence, laquelle contrecarrerait un lobbying non fondé auprès de quelques parlementaires, qui en profitent pour agiter cette affaire et pour essayer d'en retirer des profits électoraux.

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

M. Philippe Bas, ministre délégué. Le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 74.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 30.

Il faut se féliciter de cette convergence de vue, une nouvelle affirmée, de la commission des affaires sociales et de la commission des finances.

Article 31

I. – Dans le 3° de l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « et au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique » sont supprimés.

II. – Dans le dernier alinéa de l'article L. 174-5 du code de la sécurité sociale, les mots : « défini à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles » sont remplacés par les mots : « mentionné à l'article L. 174-1-1 ».

III. – Par dérogation à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles, au vu du résultat des analyses transversales réalisées, à partir du référentiel définissant les caractéristiques des personnes relevant de soins de longue durée arrêté par les ministres chargés des personnes âgées, de la santé et de la sécurité sociale, après avis des fédérations d'établissement les plus représentatives, sous le contrôle médical des organismes d'assurance maladie présents au niveau régional, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation fixe au 1^{er} janvier 2007, par établissement et sur la proposition de

son organe délibérant transmise avant le 15 juin 2006, en tenant compte du schéma régional d'organisation sanitaire et du programme interdépartemental d'accompagnement des handicapés et de la perte d'autonomie, la répartition des capacités d'accueil et des crédits relevant respectivement des objectifs mentionnés aux articles L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale.

IV. – Pour les établissements dont les organes délibérants n'ont transmis aucune proposition à la date du 15 juin 2006 et pour lesquels la répartition prévue au III ci-dessus n'est pas intervenue au 1^{er} janvier 2007, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation arrête, avant le 1^{er} juin 2007, la répartition des capacités d'accueil et des crédits relevant respectivement des objectifs mentionnés aux articles L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale. Cet arrêté prend effet au 31 décembre 2007.

V. – Les répartitions prévues aux III et IV du présent article correspondent à la transformation en tout ou partie de l'activité de soins de longue durée en places d'établissements mentionnés au 6^o du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou à la réorientation de cette activité vers d'autres établissements de santé. Les décisions de l'Etat mentionnées aux III et IV du présent article valent autorisation au sens de l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles pour les établissements auxquels elles s'appliquent, sans préjudice de la modification de l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 du code de la santé publique.

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, sur l'article.

M. Guy Fischer. L'article 31 a trait à la prise en charge des personnes hébergées en unité de soins de longue durée et en maison de retraite. Or cette prise en charge n'est pas claire, notamment sur le plan financier. En effet, de nombreux établissements publics disposent à la fois d'une unité de soins de longue durée et d'une maison de retraite.

La création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ne simplifie pas la prise en charge des malades et des personnes hébergées, et il semble surtout qu'elle soit malheureusement le bon moyen de transférer le sanitaire vers le médicosocial.

Tout d'abord, monsieur le ministre, vous prévoyez le transfert de ces unités sans définir au préalable le référentiel médical permettant de déterminer ce qui peut être transféré vers le médicosocial et ce qui doit rester dans le champ du sanitaire.

Ensuite, l'essentiel de ce transfert se fera vers les maisons de retraite. Or celles-ci ne sont pas suffisamment médicalisées pour accueillir toutes les personnes susceptibles d'être transférées.

Nous avons déjà eu l'occasion de dénoncer le fait que les crédits alloués à la médicalisation de ces établissements ne sont pas suffisants. Si cette nouvelle obligation d'accueil se mettait en place demain, les conditions ne seraient pas réunies pour assurer le suivi.

Nous parlons ici, ne l'oublions pas, de personnes en fin de vie, de personnes âgées malades, de personnes n'ayant pas leur autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante ainsi que des traitements. Il ne faudrait pas, pour des raisons budgétaires, les adresser à des établissements faiblement médicalisés alors qu'elles étaient accueillies, pour l'essentiel, à l'hôpital.

Dans le cadre d'un tel transfert, on ne peut pas accepter, par exemple, de remplacer la surveillance assurée par une infirmière diplômée par celle d'une aide-soignante ni accepter de remplacer une surveillance vingt-quatre heures sur vingt-quatre par une surveillance pendant la journée seulement.

Ajoutons que, si les établissements concernés par la contractualisation prévue à l'article 31 pour assurer prochainement les unités de soins de longue durée ne se sont pas mis d'accord d'ici au 31 décembre 2006, une clef de répartition sera décidée afin de fixer les conditions de ce basculement.

Les gestionnaires des établissements s'inquiètent des conséquences d'une répartition autoritaire à partir de critères inconnus.

Enfin, il me semble important qu'un éclairage soit porté sur l'absence de prise en compte des adultes handicapés. Au-delà des déclarations de bonnes intentions contenues dans la loi du 11 février 2004, les actions concrètes sont décevantes et loin de ressembler à celles qui étaient annoncées.

Avec de telles dispositions, comment l'accessibilité pourra-t-elle être garantie ? Comment ne pas accroître les inégalités de condition de vie pour les adultes handicapés ?

Nous savons qu'il est à craindre que le déversement du champ du médical vers le médicosocial se fasse une fois de plus au détriment des plus fragiles et que l'intégration des personnes handicapées ainsi que des conditions de vie décentes ne leur soient même plus assurées.

Nous pensons qu'il faut d'abord rencontrer les personnes concernées par les établissements visés et examiner sérieusement les conditions concrètes de cet éventuel transfert. Nous devons permettre à ces personnes, qui, je le répète, exigent des soins attentifs avec des personnels compétents, de recevoir un accueil du niveau requis.

M. François Autain. Très bien !

M. le président. Je suis saisi de cinq amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 226 rectifié, présenté par Mme Demontès, MM. Cazeau et Domeizel, Mmes Printz, Le Texier et Campion, M. Godefroy, Mme Alquier et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Supprimer les III, IV et V de cet article.

La parole est à Mme Gisèle Printz.

Mme Gisèle Printz. L'article 31 du PLFSS pour 2006 a pour objectif de corriger les effets de l'article 59-1 de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, qui prévoyait le transfert des dépenses des unités de soins de longue durée de l'ONDAM, géré par la CNAM, à l'objectif de dépenses médicosociales, géré par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Ce transfert pur et simple entraînerait une diminution des moyens budgétaires de ces services et leur rétrogradation, dans la hiérarchie du système de santé, du volet sanitaire au volet médico-social.

Cette logique aurait dû être poussée à son paroxysme avec l'article 12 du projet d'ordonnance de simplification du droit du mois d'août 2005, article finalement retiré, qui prévoyait de conférer à ces services et unités le même statut juridique et budgétaire que les maisons de retraite.

Cette assimilation est totalement injustifiée au regard des services médicaux rendus par les USLD, services disproportionnés par rapport à la faible médicalisation des maisons de retraite.

Les pathologies qui sont prises en charge dans ces unités, ainsi que la vigilance que requièrent les patients qui y sont accueillis, relèvent bien du domaine hospitalier et non de celui de l'accompagnement social. Le rôle des USLD ne pourrait assurément pas être assumé par les maisons de retraite.

Certes, on voit bien la finalité d'une telle disposition en termes budgétaires pour la sécurité sociale. En revanche, en termes médicaux et sanitaires, elle relève d'une méconnaissance profonde de la prise en charge des personnes à autonomie réduite et à pathologies lourdes, voire d'un mépris intolérable pour l'utilité médicale des USLD.

L'article 31 du PLFSS pour 2006 prévoit de poursuivre cette logique, mais en distinguant, parmi les USLD existantes, celles qui continueront de relever du volet sanitaire de celles qui passeront en médico-social. Cette distinction sera faite pour chaque établissement, selon des critères décidés par les seuls ministères chargés des personnes âgées, de la santé et de la sécurité sociale, sans qu'aucune concertation préalable au niveau local ne permette de prévenir les effets sanitaires néfastes résultant de la dégradation budgétaire induite par cette répartition.

En outre, cette distinction intervient alors que certains schémas régionaux d'organisation sanitaire, les SROS, sont déjà élaborés et que la concertation avec les élus présidents des conseils d'administration d'établissements de santé est, d'une manière générale, loin d'être satisfaisante.

Par conséquent, il y a tout lieu de craindre que la politique hospitalière menée par l'administration sanitaire depuis de nombreuses années, qui a déjà touché les maternités, les services d'urgences et, bientôt, la chirurgie, ne s'applique également désormais aux soins de longue durée et à la gérontologie, dont on nous disait pourtant, afin de justifier les précédentes restructurations, qu'elle était l'avenir des petites structures et qu'il fallait anticiper cette spécialisation.

Même dans ce domaine, la répartition qu'entend opérer le Gouvernement se traduira par une mise en opposition des grandes structures, hautement spécialisées, et des petites, qui quittent progressivement le champ hospitalier. Cela présente le risque évident d'accroître les inégalités territoriales en matière de santé, d'aggraver les effets d'une démographie médicale en chute libre et de ne pas permettre aux territoires d'accompagner les évolutions démographiques en cours dans des conditions de sécurité sanitaire satisfaisantes.

Si la politique sociale du Gouvernement requiert, par conséquent, un effort particulier en termes d'augmentation des capacités d'accueil en maisons de retraite, sacrifier à cette fin un nouveau pan des hôpitaux de proximité n'est certainement pas la meilleure solution.

C'est pourquoi nous souhaitons, ainsi que le demande d'ailleurs légitimement l'Association de petites villes de France, l'APVF, la suppression des paragraphes III, IV et V de l'article 31. En revanche, les paragraphes I et II, qui viennent sur la loi du 11 février 2005 et maintiennent dans le domaine sanitaire les USLD de tous les hôpitaux, doivent être préservés.

M. le président. L'amendement n° 283, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Dans le III de cet article, remplacer les mots :

fixe au 1^{er} janvier 2007, par établissement et sur la proposition de son organe délibérant transmise avant le 15 juin 2006,

par les mots :

et le préfet de département fixent conjointement au 1^{er} janvier 2007, par établissement et après avis de son organe délibérant s'il est transmis avant le 15 septembre 2006,

La parole est à M. le ministre délégué.

M. Philippe Bas, ministre délégué. Je m'exprimerai sur l'ensemble des amendements portant sur l'article 31.

Permettez-moi d'abord de vous préciser l'objectif du Gouvernement. Un décret adopté à l'époque du gouvernement Jospin et un texte législatif prévoyaient le basculement de toutes les USLD – je dis bien « toutes » – vers le statut d'établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, les EHPAD.

Nous souhaitons mettre en place un moratoire sur ce transfert, afin de pouvoir examiner les besoins réels des patients actuellement placés en USLD.

Nombre d'entre eux continueront à avoir besoin d'un traitement pour des pathologies gériatriques aiguës, ce qui requiert leur maintien dans un cadre hospitalier, sous forme d'accueil dans une USLD. En revanche, les patients dont les besoins de soins sont liés à la dépendance du grand âge – et non à des maladies aiguës provoquées par le vieillissement – relèvent effectivement des EHPAD.

Nous avons certes une idée générale et approximative de la répartition de ces deux catégories, mais nous souhaitons l'affiner. Il s'agit de construire un référentiel, afin de bien ventiler les populations, ce qui est très important pour ces dernières et permettra d'orienter les financements en fonction des besoins.

Par conséquent, pendant ce moratoire, nous avons mis en place un groupe de travail, présidé par un inspecteur général des affaires sociales, M. Michel Thierry. Il sera chargé de nous fournir, en lien avec tous les acteurs concernés, les outils pertinents pour opérer cette distinction.

L'amendement n° 93, déposé par Mme Marie-Thérèse Hermange, vise à étendre cette politique aux personnes handicapées. En effet, parmi celles qui sont placées en USLD, certaines pourraient être accueillies en maisons d'accueil spécialisées.

Le Gouvernement émettra par conséquent un avis favorable sur cet amendement, à condition toutefois que soit adopté le sous-amendement n° 285.

En effet, madame Hermange, votre amendement pose comme exigence la signature de deux conventions, l'une au titre des USLD et l'autre au titre médico-social. Or cette double convention est déjà prévue par la loi. Nous n'avons donc pas besoin de l'instituer de nouveau. (*Mme Marie-Thérèse Hermange acquiesce.*)

Le Gouvernement présente, pour sa part, deux amendements.

L'amendement n° 283 tend à ce que la répartition entre les USLD et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les EHPAD, soit décidée conjointement

par le préfet, en charge du secteur médico-social, et le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, en charge du secteur hospitalier.

L'amendement n° 284 prévoit les dispositions à adopter si la répartition conjointe n'a pu être opérée avant le 1^{er} janvier 2007.

M. le président. L'amendement n° 284, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Rédiger ainsi la première phrase du IV de cet article :

Pour les établissements pour lesquels la répartition prévue au III ci-dessus n'est pas intervenue au 1^{er} janvier 2007, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation arrête, avant le 1^{er} avril 2007, la répartition des capacités d'accueil et des crédits relevant respectivement des objectifs mentionnés aux articles L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale.

Cet amendement a déjà été défendu.

L'amendement n° 93, présenté par Mme Hermange, est ainsi libellé :

Remplacer le V de cet article par trois paragraphes ainsi rédigés :

V. – Les répartitions prévues au III et IV du présent article peuvent correspondre à la transformation en tout ou partie de l'activité de soins de longue durée en places d'établissements mentionnés au 6^o et au 7^o du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou à la réorientation de cette activité vers d'autres établissements de santé. Les décisions de l'Etat mentionnées aux III et IV du présent article valent autorisation au sens de l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles pour les établissements auxquels elles s'appliquent, sans préjudice de la modification de l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 du code de la santé publique.

VI. – Les décisions de l'Etat résultant des III, IV et V du présent article sont également applicables aux établissements et services de soins de longue durée ayant conclu la convention prévue à l'article L. 313-12 du code de l'aide sociale et des familles, à la date de promulgation de la présente loi de financement de la sécurité sociale.

VII. – Les établissements de santé qui sont gestionnaires de services de longue durée définis au 2^o de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique et d'établissements mentionnés au 6^o du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles disposent d'un droit à la conclusion de deux conventions distinctes au titre de l'article L. 313-12 du code de l'aide sociale et des familles, pour tenir compte des modalités spécifiques des III, IV et V du présent article. Les établissements de santé gestionnaires de services de longue durée définis au 2^o de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique déposent un projet de convention au titre de l'article L. 313-12 du code de l'aide sociale et des familles avant le 15 juin 2006. Faute de signature par le représentant de l'Etat et le Président du conseil général avant le 31 décembre 2006, ces conventions sont réputées conclues au 1^{er} janvier 2007 lorsqu'elles n'augmentent pas les dépenses d'assurance-maladie dont disposent lesdits établissements et services au titre de l'année 2005, majorées du taux d'évolution arrêté au titre de l'article 5 de la Loi du 20 juillet 2001 pour l'exercice 2006 et 2007.

Le sous-amendement n° 285, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Supprimer les VI et VII de l'amendement n° 93.

La parole est à Mme Marie-Thérèse Hermange, pour présenter l'amendement n° 93.

Mme Marie-Thérèse Hermange. M. le ministre a déjà évoqué cet amendement, qui tend à intégrer la problématique des 8 000 personnes handicapées qui sont hébergées dans une USLD au sein du dispositif mis en place à l'article 31.

J'ai bien noté vos explications, monsieur le ministre. Dès lors, puisque la possibilité de convention existe déjà, je supprime les paragraphes VI et VII de mon amendement.

M. le président. Je suis donc saisi d'un amendement n° 93 rectifié, présenté par Mme Hermange, et ainsi libellé :

Rédiger comme suit le V de cet article :

V. – Les répartitions prévues au III et IV du présent article peuvent correspondre à la transformation en tout ou partie de l'activité de soins de longue durée en places d'établissements mentionnés au 6^o et au 7^o du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou à la réorientation de cette activité vers d'autres établissements de santé. Les décisions de l'Etat mentionnées aux III et IV du présent article valent autorisation au sens de l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles pour les établissements auxquels elles s'appliquent, sans préjudice de la modification de l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 du code de la santé publique.

En conséquence, le sous-amendement n° 285 n'a plus d'objet.

L'amendement n° 244 rectifié, présenté par MM. Darniche et Retailleau, est ainsi libellé :

Compléter cet article par deux paragraphes ainsi rédigés :

... – Les décisions de l'Etat résultant des III, IV et V du présent article sont également applicables aux établissements et services de soins de longue durée ayant conclu la convention prévue à l'article L. 313-12 du code de l'aide sociale et des familles, à la date de promulgation de la présente loi de financement de la sécurité sociale.

... – Les établissements de santé qui sont gestionnaires de services de longue durée définis au 2^o de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique et d'établissements mentionnés au 6^o du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles disposent d'un droit à la conclusion de deux conventions distinctes au titre de l'article L. 313-12 du code de l'aide sociale et des familles, pour tenir compte des modalités spécifiques des III, IV et V du présent article. Les établissements de santé gestionnaires de services de longue durée définis au 2^o de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique déposent un projet de convention au titre de l'article L. 313-12 du code de l'aide sociale et des familles avant le 15 juin 2006. Faute de signature par le représentant de l'Etat et le Président du conseil général avant le 31 décembre 2006, ces conventions sont réputées conclues au 1^{er} janvier 2007 lorsqu'elles n'augmentent pas les dépenses d'assurance maladie dont disposent lesdits établissements et services au titre de l'année 2005, majorées du taux d'évolution arrêté au titre de l'article 5 de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 pour l'exercice 2006 et 2007.

Cet amendement n'est pas soutenu.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Vasselle, *rapporteur*. La commission émet un avis défavorable sur l'amendement n° 226 rectifié.

Nous considérons, en effet, que le référentiel est absolument indispensable et qu'il n'y a pas lieu de le supprimer. À ce titre, les explications apportées par M. le ministre devraient, me semble-t-il, inciter Mme Printz à retirer son amendement.

La commission émet, en revanche, un avis favorable sur les amendements n°s 283, 284 et 93 rectifiés.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 226 rectifié ?

M. Philippe Bas, *ministre délégué*. Défavorable.

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote sur l'amendement n° 226 rectifié.

M. Guy Fischer. Dans les conditions actuelles, nous sommes très réservés sur l'article 31.

M. le ministre a certes essayé de se montrer rassurant. Le basculement des USLD vers le statut d'EHPAD est effectivement un problème récurrent. L'objectif est d'apporter un peu d'oxygène dans les hôpitaux – nous entendons cela depuis très longtemps –, mais les politiques menées dans ce domaine sont très contradictoires.

Même si les conventions tripartites pour les EHPAD sont en train d'être signées, les délais ayant été régulièrement prolongés, l'élément qui ressort – et je peux vous en parler pour suivre de près un établissement sur la zone à urbaniser en priorité, la ZUP, des Minguettes –, est que les moyens accordés sont véritablement plus que chiches !

L'idée de laisser aux mains de M. le préfet et de M. le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, l'ARH, la décision finale ne nous rassure pas du tout. En effet, nous savons bien que les élus se trouvent souvent placés devant le fait accompli.

Or l'enjeu est bien le devenir de nombreuses personnes âgées ou handicapées ; de ce point de vue, nous sommes très inquiets.

Par conséquent, nous ne voterons pas cet article 31.

M. le président. La parole est à M. André Lardeux, pour explication de vote.

M. André Lardeux. Je voudrais poser deux questions à M. le ministre sur l'article 31 et son application.

Je suis un peu étonné que, dans la rédaction de cet article, le département disparaisse totalement. (*M. Guy Fischer applaudit.*) Certes, ce qui est en jeu dans cet article ne relève ni de la compétence ni de l'autorité du conseil général, mais cela a tout de même, me semble-t-il, des conséquences sur la politique départementale d'aide sociale.

M. Guy Fischer. Tout à fait !

M. André Lardeux. Je voudrais donc savoir comment le conseil général sera associé aux opérations définies à l'article 31. En effet, si les périmètres des prises en charge sont modifiés, *quid* des conséquences financières pour les départements ?

Ma seconde question, indirectement soufflée par M. Guy Fischer, porte sur les conventions tripartites. Si celles-ci ne sont pas encore toutes signées, un certain nombre d'avantages, mais aussi d'inconvénients, commencent à apparaître.

J'aimerais donc savoir si ces inconvénients seront évalués et, le cas échéant, corrigés. Il apparaît, en effet, que les conventions tripartites ont très souvent une faiblesse : elles empêchent les établissements d'investir, au moins sur la partie concernée, puisque l'on considère que les soins sont donnés comme s'il n'y avait ni murs ni équipements.

Les départements auront peut-être un jour du mal à supporter que tout soit reporté sur la partie hébergement.

M. Guy Fischer. Exactement !

M. André Lardeux. Je voudrais donc avoir quelques éclaircissements sur ces deux points.

M. Guy Fischer. Pour une fois, je suis d'accord avec M. Lardeux !

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

M. Philippe Bas, *ministre délégué*. La répartition se fait en fonction des besoins médicaux, de façon scientifique. Les départements ne sont donc pas concernés. Eux, ils ont la charge de l'hébergement et de la dépendance dans les maisons de retraite médicalisées.

Si nous ne faisons pas ce que propose le Gouvernement, toutes les USLD deviendront des EHPAD. Par conséquent, la charge pour les départements augmentera fortement.

En revanche, si nous faisons ce que propose le Gouvernement, en examinant les choses finement, nous distinguerons alors ce qui relève réellement des soins hospitaliers de ce qui relève de la prise en charge par les maisons de retraite médicalisées. Une répartition sera ensuite effectuée en fonction de cette appréciation scientifique, qui aura pour effet, même si tel n'est pas du tout son objectif – celui-ci est de fournir les soins appropriés à chaque catégorie de personnes âgées –, de diminuer la charge des départements, toutes les USLD ne devenant pas des EHPAD.

M. le président. Nous aurons l'occasion, les uns et les autres, j'en suis persuadé, de constater la diminution de ces charges dans les budgets respectifs de nos départements !

M. Guy Fischer. Il n'y a pas de quoi être rassuré, monsieur le ministre !

M. le président. La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote.

M. Bernard Cazeau. Pardonnez-moi, monsieur le ministre, d'insister, mais je voudrais m'assurer que j'ai bien compris.

Une partie – sanitaire – passe en USLD ; une autre passera en EHPAD et la tarification ternaire – sécurité sociale, dépendance, hébergement – s'appliquera. Est-ce bien cela ?

M. Philippe Bas, *ministre délégué*. Oui.

M. Bernard Cazeau. Le département n'est donc pas concerné par la partie médicalisée. Est-ce bien cela ?

M. Philippe Bas, *ministre délégué*. Oui.

M. Bernard Cazeau. Très bien !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 226 rectifié.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 283.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 284.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 93 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 31, modifié.

(L'article 31 est adopté.)

Article 31 bis

L'article L. 162-1-10 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les modes de rémunération particuliers et leur montant sont déterminés par un accord au conventionnel interprofessionnel prévu au II de l'article L. 162-14-1 ou des contrats de santé publique prévus à l'article L. 162-12-20. » ;

2° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Les modalités d'application du présent article sont définies par décret. » – *(Adopté.)*

Article 32

I. – Dans le I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « avant le 31 décembre 2005, ou avant le 31 décembre 2006 pour les établissements mentionnés à l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation » sont remplacés par les mots : « au plus tard le 31 décembre 2007 ».

II. – Le dernier alinéa de l'article L. 314-8 du même code est ainsi rédigé :

« Dans les établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur ou qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération sanitaire, les prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 ne comprennent pas l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation de médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables mentionnées à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, ni ceux des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du même code, à l'exception de certains dispositifs médicaux dont la liste est fixée par arrêté. Ces dispositions sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2007. »

III. – Après le c du 3° de l'article L. 312-7 du même code, il est inséré un d ainsi rédigé :

« d) Gérer, pour le compte de ses membres, une pharmacie à usage intérieur dans les conditions énoncées à l'article L. 5126-1 du code de la santé publique. »

IV. – Dans le deuxième alinéa de l'article L. 5126-1 du code de la santé publique, après les mots : « au groupement de coopération sanitaire » sont insérés les mots : « , au groupement de coopération médico-sociale mentionné à l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles ».

V. – Le sixième alinéa de l'article L. 5125-17 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« À titre dérogatoire, les dispositions du présent alinéa ne font toutefois pas obstacle à ce qu'un même pharmacien assure la gérance d'une officine et d'une pharmacie à usage intérieur. »

VI. – Le troisième alinéa de l'article L. 5126-5 du même code est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« Les pharmaciens libéraux titulaires uniques ou associés peuvent également assurer la gérance d'une pharmacie à usage intérieur dans les établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, sous réserve d'y avoir été autorisés par l'autorité compétente de l'Etat dans le département. Cette autorisation tient notamment compte de la compatibilité de cette gérance avec l'obligation d'exercice personnel du pharmacien ainsi que de la proximité de son officine et de l'établissement. »

M. le président. L'amendement n° 273 rectifié, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Compléter le I de cet article par sept alinéas ainsi rédigés :

Après le I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un paragraphe ainsi rédigé :

« I bis. – Les établissements relevant de façon combinée du 6° du I de l'article L. 312-1 et de l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation qui, d'une part, ne bénéficient pas au 31 décembre 2005 d'une autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux et, d'autre part, accueillent un nombre de personnes âgées dépendantes dans une proportion supérieure au seuil mentionné au I et dans une proportion inférieure à un seuil fixé par décret, peuvent déroger à l'obligation de passer une convention pluriannuelle avec le président du conseil général et l'autorité compétente de l'Etat et aux règles mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 314-2.

« Lorsque l'établissement opte pour la dérogation prévue à l'alinéa précédent, les résidents bénéficient, le cas échéant, de l'allocation personnalisée d'autonomie dans les conditions prévues aux articles L. 232-3 à L. 232-7.

« Lorsque l'établissement opte pour passer la convention pluriannuelle mentionnée au I, celle-ci peut ne porter que sur la capacité correspondant à l'hébergement de personnes âgées dépendantes. Un décret définit le niveau de dépendance des résidents concernés ainsi que les conditions architecturales requises.

« Pour les établissements qui n'ont pas été autorisés à dispenser des soins et ayant opté pour la dérogation mentionnée au premier alinéa, ainsi que pour la partie de la capacité non couverte par la convention en application du troisième alinéa, un décret précise, le cas échéant, les modalités de prise en compte des financements de l'assurance maladie attribués conformément aux dispositions de l'article 5 de la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001.

« Les établissements mentionnés au premier alinéa, ayant opté pour la dérogation, doivent répondre à des critères de fonctionnement, notamment de qualité, définis par un cahier des charges fixé par arrêté du ministre chargé des personnes âgées.

« Les établissements mentionnés au premier alinéa exercent leur droit d'option dans des conditions et à une date fixées par décret. »

La parole est à M. le ministre délégué.

M. Philippe Bas, ministre délégué. On dénombre actuellement un peu plus de 2 300 foyers-logements, comptant 150 000 lits. La plupart de ces établissements ont aujourd'hui l'obligation d'être conventionnés et de passer sous statut médicalisé, afin d'être pris en charge par l'assurance maladie.

Ouverts depuis longtemps, la plupart de ces établissements accueillait jusqu'à présent une population de personnes moins âgées ou moins dépendantes que celles qui vivent aujourd'hui en maisons de retraite. Il n'avait donc pas été prévu de statut médicalisé pour ces foyers-logements. Aujourd'hui, les besoins en maisons de retraite médicalisées sont tels qu'il a été décidé que ces établissements devaient obligatoirement être conventionnés.

De nombreux élus, que je rencontre lors de mes déplacements, mais aussi des directeurs de foyers-logements, lorsque j'ai l'occasion de visiter ces établissements, m'ont indiqué que cette obligation n'était pas réaliste.

Les centres communaux d'action sociale, les CCAS, qui gèrent très souvent ces établissements, veulent un peu plus de liberté. Ils souhaitent pouvoir choisir les modalités de médicalisation afin d'adapter ce processus aux besoins des résidents. Le présent amendement n'a pas d'autre objet que de leur donner cette liberté de choix.

Nous souhaitons néanmoins assurer une bonne prise en charge médicale des résidents en foyers-logements lorsqu'ils sont très dépendants. L'amendement tend donc à maintenir, pour la catégorie de foyers-logements accueillant ce type de personnes, l'obligation de conventionnement.

Si le foyer-logement accueille des personnes très dépendantes, le conventionnement reste donc obligatoire ; s'il accueille des personnes âgées moins dépendantes, il ne l'est pas.

L'adoption de cet amendement n'aura pas d'effet sur l'allocation personnalisée d'autonomie. Les résidents des foyers-logements continueront de la percevoir sous la forme de l'APA à domicile. En revanche, lorsque l'établissement sera conventionné, les résidents toucheront l'APA en établissement, dont le montant est inférieur à celui de l'APA à domicile.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. Favorable.

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

M. Guy Fischer. Nous voterons cet amendement, qui répond clairement, me semble-t-il, aux demandes de l'Union nationale des centres communaux d'action sociale, l'UNCCAS.

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

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Je tiens à vous féliciter, monsieur le ministre, car cet amendement répond à l'inquiétude de tous les CCAS qui gèrent de tels établissements.

Ce n'est pas que les CCAS – je parle de celui que je connais le mieux, celui de ma ville – ne veulent pas médicaliser les foyers-logements, c'est que, compte tenu des périodes où les bâtiments ont été construits, la transformation requise serait architecturalement impossible.

La réalité au quotidien est que certaines personnes quelquefois lourdement handicapées n'ont besoin que de soins de ville, de *nursing*.

Votre amendement est donc un ballon d'oxygène pour tous ceux qui s'inquiétaient sur ce sujet, les élus, mais aussi les résidents. Nous le voterons donc avec grand plaisir !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 273 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 89 rectifié, présenté par MM. Dériot et Leclerc, Mme Procaccia et M. Murat, est ainsi libellé :

Supprimer les II, III, IV, V et VI de cet article.

La parole est à M. Gérard Dériot.

M. Gérard Dériot. Monsieur le président, avant de présenter cet amendement, je souhaite rectifier une erreur de rédaction. En fait, il ne vise pas à supprimer le II de l'article 32. Le texte résultant de la rédaction de l'Assemblée nationale était si peu clair que je n'avais pas compris ce qu'il signifiait.

L'amendement n° 89 rectifié *bis* tend donc à supprimer les III, IV, V et VI de l'article 32. Ceux-ci visent à généraliser la création de pharmacies à usage intérieur, les PUI, au sein des établissements médico-sociaux ou d'établissements d'un même groupement de coopération médico-sociale.

Une telle décision est extrêmement inopportune, car elle va à l'encontre du maintien d'un service public de santé de proximité.

Tout le monde le reconnaît, les pharmacies d'officine remplissent une véritable mission de service public, en particulier en milieu rural. Elles sont, en effet, présentes sur l'ensemble du territoire et garantissent la permanence des soins en assurant les gardes. Il est donc essentiel de maintenir et de préserver ce réseau de proximité.

Or le développement des PUI fait peser de graves menaces sur ce réseau, en particulier en milieu rural. En effet, la fourniture de médicaments aux établissements médico-sociaux par les pharmacies d'officine est un garant de la pérennité de celles-ci.

La création de PUI entraînera une réduction du chiffre d'affaires des pharmacies d'officine. Certaines d'entre elles se trouveront donc tout naturellement en grande difficulté.

Ainsi, si l'un des chefs-lieux de canton de mon département, qui compte 800 habitants, dispose encore d'une pharmacie, c'est parce qu'il y a une maison de retraite de quatre-vingt-dix lits et un établissement pour personnes adultes handicapées d'une soixantaine de lits. Si cette pharmacie perdait cette clientèle, elle disparaîtrait.

De plus, les créations de pharmacies sont fonction d'un *numerus clausus*, c'est-à-dire d'une population minimale. Les résidents des maisons de retraite et des établissements médico-sociaux sont pris en compte dans ce *numerus clausus*. C'est bien le signe qu'ils ont toujours été considérés comme des clients potentiels !

Le Sénat s'était déjà prononcé sur cette question à l'occasion de l'examen de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Nous nous étions alors prononcés à l'unanimité contre le développement des pharmacies à usage intérieur.

Sur le fond, la création d'une PUI permettrait-elle de réaliser des économies ? Manifestement non ! Même le rapport de Pierre Deloménie ne parvient pas à le prouver. Les économies sont, en effet, difficiles à évaluer.

En milieu rural, par exemple, la création d'une PUI nécessite le regroupement de trois, voire quatre maisons de retraite de quatre-vingt à cent lits, généralement installées à vingt kilomètres au moins les unes des autres.

Une PUI devrait être dirigée par un pharmacien hospitalier, dont le salaire mensuel, en début de carrière, charges comprises, s'élèverait à 4 500 euros. Même si celui-ci ne travaillait pas à temps plein, il représenterait tout de même une charge assez élevée.

En outre, l'embauche d'un pharmacien hospitalier poserait des problèmes de recrutement. Cette difficulté a d'ailleurs dû être envisagée, puisque l'article 32 prévoit que la direction d'une PUI peut également être confiée à un pharmacien d'officine. Celui-ci devra toutefois être rémunéré sur les mêmes bases, je le suppose, qu'un pharmacien hospitalier.

Par ailleurs, seul le siège de la PUI serait livré par les laboratoires. Les autres établissements devraient donc envoyer une personne y chercher les médicaments, une navette étant mise en place. Je vous laisse imaginer les conséquences sur le prix de la journée de la maison de retraite ! Ce sont, en effet, les établissements qui supporteront ces coûts.

Les dimanches et les jours fériés, la PUI ne sera pas ouverte. En cas de besoin, les maisons de retraite devront demander au pharmacien local de les approvisionner, ce qui ne sera possible que les jours où celui-ci sera de garde.

Quant au financement d'une PUI, il nécessitera une dotation des budgets « soins » des établissements. Seules les caisses d'assurance maladie contribuant à ces budgets, cela constituera un merveilleux cadeau pour les mutuelles ! En effet, lorsqu'un résident n'est pas pris en charge au titre d'une affection de longue durée, une ALD, il a une mutuelle. Or, si cette personne était restée chez elle, elle se serait rendue dans une pharmacie libérale et sa mutuelle aurait alors tout naturellement participé au remboursement de ses médicaments ! Les mutuelles n'auront donc ni à rembourser les médicaments ni à contribuer aux budgets « soins » des établissements.

S'agissant de la consommation médicale des patients de ces établissements, il n'y aura pas de surconsommation. En effet, un pharmacien d'officine ne délivre que les médicaments figurant sur l'ordonnance qui lui est remise. Quant au prescripteur de la maison de retraite, qu'il y ait une PUI ou non, il ne prescrira pas plus.

En cas de besoin, tous les pharmaciens disposent aujourd'hui d'un système informatique suffisamment développé leur permettant de fournir à tout moment la consommation patient par patient. Les contrôles nécessaires sont donc possibles.

À terme, ces dispositions menacent le réseau des pharmacies d'officine. Au moment où l'on est attentif à la bonne répartition des services de santé sur l'ensemble du territoire, j'ai le sentiment qu'il vaut mieux, monsieur le ministre, en rester à ce système. En effet, les pharmacies d'officine ne coûtent pas plus cher. Par ailleurs, elles assurent, je le rappelle, une véritable mission de service public pour l'ensemble de la population, mais également pour les personnes accueillies dans ces établissements.

De plus, il vaut mieux que perdre la situation actuelle plutôt que d'avoir, deux ou trois ans après l'installation d'une PUI, à subventionner une pharmacie d'officine pour maintenir une mission de service public de proximité.

Monsieur le ministre, il serait plus sage, plus sain et plus efficace, me semble-t-il, de laisser les pharmacies d'officine vivre de leur propre clientèle.

M. le président. Je suis donc saisi d'un amendement n° 89 rectifié *bis*, présenté par MM. Dériot et Leclerc, Mme Procaccia et M. Murat, et ainsi libellé :

Supprimer les III, IV, V et VI de cet article.

L'amendement n° 246 rectifié, présenté par MM. Darniche et Retailleau, est ainsi libellé :

Supprimer les III à V de cet article.

Cet amendement n'est pas soutenu.

L'amendement n° 227, présenté par Mme Demontès, MM. Cazeau et Domeizel, Mmes Printz, Le Texier et Campion, M. Godefroy, Mme Alquier et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Compléter le texte proposé par le II de cet article pour le dernier alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles par deux alinéas ainsi rédigés :

« Une liste de spécialités coûteuses adaptées à la gérontologie, établie par arrêté interministériel après avis du Conseil national de coordination gérontologique avant le 31 décembre 2006, définit les médicaments, produits et prestations remboursables qui ne sont pas inclus dans les tarifs de soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées.

« Les professionnels de santé libéraux exerçant leur art dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées, signent avec lesdits établissements un contrat d'exercice et de délivrance de prestations de soins avant le 31 décembre 2006. Ce contrat définit les modalités d'intervention et de coordination professionnelles des professionnels de santé libéraux au sein desdits établissements. Le contrat détermine les obligations réciproques des professionnels de santé et des établissements d'hébergement pour personnes âgées, dans le respect des droits et devoirs résultant du code de déontologie. Le contrat est signé par le représentant légal de l'établissement, après avis du médecin-coordonnateur. Un contrat-type est établi par arrêté interministériel avant le 31 décembre 2006, après avis du Conseil national de coordination gérontologique. Dans les établissements de santé qui disposent d'une commission médicale d'établissement, le médecin-coordonnateur en est membre de droit. »

Cet amendement a déjà été défendu.

Quel est l'avis de la commission sur les amendements n°s 89 rectifié *bis* et 227 ?

M. Alain Vasselle, rapporteur. La commission est favorable à l'amendement n° 89 rectifié *bis*.

En ce qui concerne l'amendement n° 227, je m'en remets à l'avis du Gouvernement.

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

M. Philippe Bas, ministre délégué. Si le Gouvernement a proposé que puissent être créées ces pharmacies d'usage inférieur dans les EHPAD et que la gestion en soit confiée à des pharmaciens officinaux, c'est précisément pour permettre

à ces derniers de poursuivre leur activité dans un cadre renouvelé, au service des personnes âgées accueillies dans ces EHPAD, mais également dans un cadre coordonné.

Par conséquent, il est difficile au Gouvernement d'approuver cet amendement n° 89 rectifié *bis*. Je suis toutefois sensible au fait que les auteurs de cet amendement aient accepté de le modifier pour éviter, à tout le moins, que l'établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes ne passe par la pharmacie d'officine pour la commande d'un certain nombre de matériels, tels que des lits médicalisés. En effet, on créerait dès lors une véritable rente de situation et l'on serait bien loin de la simple exigence du maintien de l'activité officinale en milieu rural.

Par conséquent, le Gouvernement s'en remet à la sagesse de votre assemblée sur cet amendement n° 89 rectifié *bis*.

Il est, en revanche, défavorable à l'amendement n° 227, qui ne comporte pas les mêmes aménagements.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 89 rectifié *bis*.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 227.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 229, présenté par M. Cazeau, Mme Demontès, M. Domeizel, Mmes Printz, Le Texier et Champion, M. Godefroy, Mme Alquier et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

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

... – Le dernier alinéa de l'article L. 5126-2 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les pharmacies à usage intérieur peuvent délivrer à d'autres établissements mentionnés à l'article L. 5126-1, ainsi qu'à des professionnels de santé libéraux participant à un réseau de santé mentionné au troisième alinéa de l'article L. 6321-1, des préparations magistrales, des préparations hospitalières, des spécialités pharmaceutiques reconstituées ainsi que les spécialités pharmaceutiques remboursables mentionnées à l'article L. 162-7 du même code. »

La parole est à M. Bernard Cazeau.

M. Bernard Cazeau. Il convient de faire en sorte que les responsables d'établissements ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur – et j'ai bien entendu le plaidoyer très complet qu'a fait M. Dériot tout à l'heure – puissent s'approvisionner auprès d'établissements de santé par voie conventionnelle. A défaut de l'adoption de cet amendement, ces établissements ne disposeront pas de la taille critique leur permettant une rationalisation des achats.

Il s'agit effectivement d'un problème d'économie. Lorsque M. Dériot nous dit que l'économie est la même, je suis sceptique. Je pense que des groupements d'achats auprès d'un établissement plus important permettront de réaliser des économies. Je partage l'obsession de M. le ministre : faire des économies !

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. Défavorable.

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

M. Philippe Bas, ministre délégué. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 229.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Monsieur le ministre, mes chers collègues, nous discutons de ce texte depuis lundi. Nous avons examiné la moitié des amendements qui ont été déposés. Il nous reste donc encore la moitié du chemin à parcourir ; c'est dire que le temps nécessaire à l'examen de ce projet de loi n'est qu'à moitié écoulé. C'est donc une bonne nouvelle ! *(Sourires.)*

Je souhaitais porter cette information à la connaissance de ceux qui pensaient qu'éventuellement nous pouvions achever nos travaux ce soir !

L'amendement n° 249 rectifié, présenté par MM. Darniche et Retailleau, est ainsi libellé :

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

... Dans la dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 5121-10 du code de la santé publique, après les mots : « spécialité générique » sont insérés les mots : « par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché mentionnée au premier alinéa ».

Cet amendement n'est pas soutenu.

L'amendement n° 82 rectifié *bis*, présenté par MM. Leclerc et Darniche, est ainsi libellé :

Compléter cet article par deux paragraphes ainsi rédigés :

... – Après l'avant-dernier alinéa (3°) de l'article L. 4231-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ... ° De contribuer à promouvoir la santé publique et la qualité des soins des actes professionnels. »

... – L'article L. 4231-2 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Afin de favoriser la qualité des soins et de la dispensation des médicaments, produits et objets définis à l'article L. 4211-1, il contribue au développement des moyens destinés à faciliter la mise en œuvre du dossier médical personnel mentionné à l'article L. 161-36-1 du code de la sécurité sociale, dans le cadre de l'exercice de la profession de pharmaciens et des articles L. 161-36-1 à L. 161-36-4 du code de la sécurité sociale. »

La parole est à M. Dominique Leclerc.

M. Dominique Leclerc. Cet amendement a pour objet de renforcer le rôle de l'Ordre national des pharmaciens.

Conçu à l'origine essentiellement comme un organe administratif et juridictionnel de régulation de la profession, l'Ordre a, depuis un bon nombre d'années, étendu ses activités à d'autres champs où se rejoignent l'exercice pharmaceutique et l'intérêt plus général de la santé publique.

Il contribue, en particulier, par de nombreuses initiatives, à la prévention et à l'éducation sanitaire, à la qualité de l'acte pharmaceutique, aux procédures d'autorisation de différents établissements et au fonctionnement de nombreuses instances scientifiques.

Le développement actuel des politiques de santé publique doit pouvoir s'appuyer sur une collaboration de plus en plus construite et systématique entre tous les acteurs de santé, ainsi que nous n'avons cessé de le dire depuis le début de l'examen de ce texte.

L'Ordre, qui regroupe tous les pharmaciens dans toutes les formes d'exercice de la pharmacie, doit mettre au service des objectifs de santé publique un ensemble de moyens techniques et matériels non négligeables.

Tel est l'objet de cet amendement.

M. Guy Fischer. C'est du *lobbying* !

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. Favorable.

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

M. Philippe Bas, ministre délégué. Favorable.

M. Guy Fischer. Quand il s'agit des pharmaciens, on accepte tout !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 82 rectifié *bis*.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 228, présenté par M. Cazeau, Mme Demontès, M. Domeizel, Mmes Printz, Le Texier et Champion, M. Godefroy, Mme Alquier et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – L'article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ces mesures peuvent prévoir l'intervention d'un service d'hospitalisation à domicile au sein de l'établissement ou service social ou médico-social. »

La parole est à M. Bernard Cazeau.

M. Bernard Cazeau. Cet amendement prévoit que les services de soins palliatifs sous forme d'hospitalisation à domicile puissent intervenir dans les EHPAD.

Cette proposition permettrait d'alléger les souffrances des personnes âgées en évitant qu'elles ne naviguent entre plusieurs établissements ou même, au sein d'un seul établissement, entre différents services.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. Je souhaite connaître l'avis du Gouvernement.

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

M. Philippe Bas, ministre délégué. Défavorable.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. Même avis.

M. le président. La parole est à M. Gérard Delfau, pour explication de vote.

M. Gérard Delfau. Monsieur le ministre, nous comprenons que vos conseillers et conseillères retiennent en permanence votre attention, mais nous apprécierions tout de même que vous répondiez de temps en temps aux questions que soulèvent des amendements comme celui qui vient d'être présenté !

S'agissant d'un problème qui intéresse des dizaines de milliers de Français et qui concerne toutes les professions des secteurs médical et paramédical, vous ne pouvez, monsieur le ministre, borner votre avis au seul mot « défavorable ». Nous vous prions donc de nous donner votre sentiment sur cet amendement.

M. François Autain. Très bien !

M. le président. Monsieur le ministre, souhaitez-vous compléter votre avis ?

M. Philippe Bas, ministre délégué. Non, monsieur le président.

M. Gérard Delfau. Il n'a rien à dire !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 228.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 250 rectifié, présenté par MM. Darniche et Retailleau, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... 1° Dans le premier alinéa de l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « entre une (ou plusieurs) organisation(s) syndicale(s) représentative(s) des pharmaciens titulaires d'officine », sont remplacés par les mots : « entre une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives pour l'ensemble du territoire des pharmaciens titulaires d'officine » ;

2° L'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale est complété par l'alinéa suivant :

« L'opposition formée à l'encontre de la convention ou d'un avenant de celle-ci par au moins deux organisations syndicales représentant au moins le double des effectifs des pharmaciens titulaires d'officine représentés par les organisations syndicales signataires, au vue de l'enquête de représentativité prévue à l'article L. 162-33, fait obstacle à sa mise en œuvre. »

Cet amendement n'est pas soutenu.

L'amendement n° 288, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – 1°) Après l'article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-16-7 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-16-7. – Un accord national conclu entre l'union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des pharmaciens d'officine et soumise à l'approbation des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe annuellement des objectifs chiffrés moyens relatifs à la délivrance par les pharmaciens de spécialités génériques figurant dans un groupe générique prévu au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique non soumis au tarif forfaitaire de responsabilité prévu par l'article L. 162-16.

« Ces objectifs peuvent, le cas échéant, faire l'objet d'une modulation en fonction des spécificités propres à certaines zones géographiques et notamment du niveau constaté de délivrance des spécialités mentionnées au précédent alinéa. »

2°) Le deuxième alinéa (1°) de l'article L. 182-2-4 du même code est complété par les mots : « ainsi que l'accord national mentionné à l'article L. 162-16-7 ».

La parole est à M. le ministre délégué.

M. Philippe Bas, ministre délégué. Mesdames, messieurs les sénateurs, comme vous le savez, au cours des dernières semaines, des discussions approfondies ont permis de trouver un accord avec les pharmaciens officinaux, notamment, mais aussi avec d'autres professions,...

M. Guy Fischer. Avec les laboratoires !

M. Philippe Bas, *ministre délégué*. ... à dessein de poursuivre le développement des médicaments génériques.

Cet amendement consacre la volonté du Gouvernement de procéder au développement du générique par une voie négociée, comme Xavier Bertrand l'a précisé ici même, mardi dernier.

Les pharmaciens ont joué un rôle moteur dans le développement du générique, dont la part dans le marché du médicament est passée, en six ans, d'une fraction négligeable à 60 %.

Il importe que tous les pharmaciens participent à cet effort. L'accord que l'UNCAM négociera dans les prochaines semaines avec les organisations représentatives des pharmaciens d'officine a donc pour objet de fixer des objectifs en matière de substitution, qui seront suivis individuellement.

Tel est le sens du présent amendement.

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

M. Alain Vasselle, *rapporteur*. Favorable.

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Monsieur le ministre, je vais encore vous poser une question à laquelle vous n'allez sans doute pas répondre, mais je la pose quand même, on ne sait jamais ! Qui plus est, je connais déjà la réponse. (*Sourires.*)

M. Jean-Jacques Jégou, *rapporteur pour avis*. Pourquoi alors poser la question ? Donnez plutôt la réponse !

M. François Autain. Je veux simplement vérifier que votre réponse, monsieur le ministre, sera conforme à celle qui m'a été donnée par ailleurs.

Cet accord que la Caisse nationale d'assurance maladie a passé avec plusieurs organisations syndicales représentatives des pharmaciens d'officine semble se traduire par une diminution importante des économies attendues pour 2005 du médicament générique et, d'une manière générale, de la maîtrise médicalisée.

Le chiffre de 500 millions d'euros qui a été cité par le représentant de l'une de ces organisations syndicales est-il exact ? Dans l'affirmative, cela signifierait qu'avant même le début de l'année 2006 vous avez déjà augmenté de 500 millions d'euros le déficit prévisible pour l'an prochain.

C'est la question à laquelle, monsieur le ministre, je vous demande de bien vouloir répondre.

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

M. Philippe Bas, *ministre délégué*. Monsieur Autain, je tiens à vous rassurer. Les objectifs de dépenses d'assurance maladie pour 2005 seront respectés. Naturellement – et je vous remercie de me donner l'occasion de le préciser – l'amendement qui est proposé par le Gouvernement à votre Haute Assemblée n'a aucune incidence sur la réalisation de l'objectif et, s'il en avait une, celle-ci serait positive puisqu'il s'agit de développer, comme vous le savez, le marché des médicaments génériques.

L'assurance maladie passera un accord avec les pharmaciens d'officine, le principe étant qu'elle ne subira pas de perte de rendement. Je vous rappelle d'ailleurs que cette démarche conventionnelle est assortie d'une baisse des prix du répertoire des médicaments de 15 %, d'une augmentation des parts de marché des génériques et d'une baisse des prix des médicaments qui ne passeront pas au tarif de responsabilité.

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

M. Guy Fischer. Il est toujours difficile d'apprécier jusqu'à quel point nous pouvons nous fier aux propos de M. le ministre, ainsi que d'évaluer les conséquences qu'entraîneront les dispositions présentées, notamment pour le budget de la CNAM.

Je reviens donc à la charge, monsieur le ministre : une contrepartie sera-t-elle apportée aux laboratoires, sous forme d'allègement de la taxe professionnelle ?

M. Gérard Delfau. Eh oui !

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

M. Philippe Bas, *ministre délégué*. Cette question a déjà été posée hier à Xavier Bertrand. J'étais présent, j'ai entendu sa réponse, qui a été on ne peut plus claire : non ! Puisque vous me reposez la question, monsieur Fischer, je renouvelle la réponse : c'est non !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 288.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'article 32, modifié.

(*L'article 32 est adopté.*)

Articles additionnels après l'article 32

M. le président. L'amendement n° 181, présenté par MM. Fischer, Muzeau et Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

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

Après la deuxième phrase de l'article L. 132-3 du code de l'action sociale et des familles, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Cette somme mensuelle ne peut pas être inférieure à 30 % du minimum vieillesse. »

La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. Les récents décrets relatifs à l'allocation aux adultes handicapés prévoient une augmentation significative du « reste à vivre » des personnes handicapées, qui passe de 10 % à 30 %, ce qui est une très bonne chose.

Cela étant, nous souhaitons qu'une mesure similaire soit prise en faveur des personnes âgées, dans un souci de préservation de la dignité de celles-ci et de convergence entre les deux catégories.

En effet, le montant du « reste à vivre » des personnes âgées percevant le minimum vieillesse s'élève à 71 euros par mois, soit 10 % de ce minimum. Comment, avec de si faibles revenus, pourvoir à des besoins élémentaires de la vie quotidienne, par exemple acquérir des vêtements personnels, payer une coupe de cheveux – le tarif est de quelque 20 euros dans un EHPAD –, autant de gestes qui contribuent grandement à maintenir la sociabilité de la personne âgée et le lien l'unissant à son environnement ?

De surcroît, ces personnes âgées doivent pouvoir accéder à des soins de première nécessité, en rapport avec leur état de santé. Aujourd'hui, pour se faire soigner, elles doivent acquitter un forfait journalier hospitalier alors que les tickets modérateurs sont en nette augmentation en 2005, sans parler du coût des médicaments non remboursés.

C'est pourquoi nous proposons au Sénat d'adopter cet amendement, logique et de bon sens, qui vise à porter le « reste à vivre » des personnes âgées à au moins 30 % du minimum vieillesse.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. Je comprends la démarche de M. Fischer, dont l'amendement, comme un certain nombre d'autres qui viendront ensuite en discussion, notamment celui que présentera Mme Printz, vise les *minima* sociaux et les avantages connexes, si l'on peut parler ici d'avantages, permettant de maintenir le pouvoir d'achat des personnes concernées.

Cela étant, vous participez, monsieur Fischer, aux réunions d'un groupe de travail sur les *minima* sociaux qui a été créé au sein de la commission des affaires sociales et qui est présidé par Mme Valérie Létard. Ce groupe a déjà procédé à plusieurs auditions, sa réflexion progresse de manière satisfaisante, et nous considérons donc qu'il conviendrait d'attendre qu'il l'ait menée à bien pour nous prononcer sur les propositions que vous venez de formuler.

Au bénéfice de cette indication, je souhaiterais que vous acceptiez de retirer votre amendement. Il s'agit non pas de vous opposer une fin de non-recevoir, mais de différer quelque peu la prise de décisions sur vos propositions.

M. le président. Monsieur Fischer, l'amendement n° 181 est-il maintenu ?

M. Guy Fischer. Je ne retire pas cet amendement, car je suis pragmatique.

Je le répète, des décrets relatifs à l'allocation aux adultes handicapés ont été pris récemment, qui visent à augmenter de manière significative le « reste à vivre » des personnes handicapées, ce qui est une très bonne chose. Or, dans le département du Rhône, par exemple – M. Mercier, s'il avait été présent parmi nous ce soir, aurait pu confirmer mes dires –, nous avons adopté une mesure similaire au bénéfice des personnes âgées.

C'est une question de logique et de bon sens. Pour une fois que nous sommes d'accord avec une décision gouvernementale, il est dommage que M. Vasselle renvoie aux calendes grecques la prise d'une décision sur notre proposition.

M. Alain Vasselle, rapporteur. Non !

M. Guy Fischer. Mais si !

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Ce sera en janvier !

M. Guy Fischer. Mais non, en janvier, le groupe de travail n'aura pas achevé sa réflexion !

M. Alain Vasselle, rapporteur. Mais si !

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Il aura bien avancé !

M. Guy Fischer. Vu le rythme auquel il a travaillé jusqu'à présent, il ne pourra remettre ses conclusions en janvier prochain ! Les dés sont pipés !

M. Alain Vasselle, rapporteur. Faites confiance à la commission et au groupe de travail !

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

M. Philippe Bas, ministre délégué. Je regrette que cet amendement n'ait pas été retiré, en vue d'attendre que la réflexion engagée sous l'égide de la commission des affaires sociales de la Haute Assemblée ait pu être menée à bien.

Par conséquent, c'est vraiment à grand regret que je dois émettre un avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 181.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 182, présenté par MM. Fischer, Muzeau et Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

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

La dernière phrase du dernier alinéa de l'article L. 231-4 du code de l'action sociale et des familles est complétée par les mots : « et ne peut être inférieur à 2,5 fois le montant journalier du minimum vieillesse à compter du 1^{er} juillet 2006 ».

L'amendement n° 183, présenté par MM. Fischer, Muzeau et Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

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

Après le I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, est inséré un paragraphe additionnel ainsi rédigé :

« ... – Lors que les établissements ont un prix de journée qui dépasse six fois le montant journalier du minimum vieillesse, un décret détermine les conditions dans lesquelles ils ont le choix d'opter ou non pour le conventionnement, ainsi que les modalités d'intervention des professionnels de santé libéraux. Cette option doit être exercée avant le 1^{er} juillet 2006.

« Si les établissements ne conventionnent pas ou maintiennent un prix de journée supérieur à six fois le montant journalier du minimum vieillesse, ils perçoivent un forfait journalier de soins versé par l'assurance maladie dont les conditions et le montant sont fixés par un arrêté ministériel. »

La parole est à M. Guy Fischer, pour présenter ces deux amendements.

M. Guy Fischer. Ces amendements relèvent du même principe, à savoir offrir à toutes les personnes âgées la possibilité de vivre dans des conditions décentes, pour un coût raisonnable.

L'adoption de ces amendements permettrait de réguler les tarifs d'hébergement en établissements pour personnes âgées « anormalement bas » et « anormalement élevés ».

On le sait, les conseils généraux fixent le prix de journée des établissements pour personnes âgées habilités à l'aide sociale. Or certains d'entre eux pratiquent des politiques très malthusiennes, en édictant des tarifs inférieurs à 38 euros par jour qui ne permettent pas aux établissements de prendre en charge de façon décente leurs résidents, au regard tant du fonctionnement quotidien que de la rénovation et de la mise aux normes de sécurité des locaux d'accueil. J'ai ici la liste des départements qui se livrent à un tel malthusianisme,...

MM. Gérard Dériot et André Lardeux. Des noms ! *(Sourires.)*

M. Guy Fischer. ... mais je ne les citerai pas !

Par symétrie avec la régulation proposée des tarifs d'aide sociale « anormalement bas », il serait cohérent d'envisager aussi une régulation des tarifs d'hébergement « anormalement élevés ».

Ces tarifs « anormalement élevés » se situent aux environs de 110 euros par jour, soit 3 300 euros par mois, c'est-à-dire très au-delà des 1 100 euros par mois de retraite que touchent en moyenne les personnes âgées. Ils sont pratiqués dans le secteur commercial.

Ce tarif journalier représente souvent le double, voire le triple, des prix de journée pratiqués par les établissements voisins habilités à l'aide sociale, mais cela n'empêche pas les opérateurs privés qui l'appliquent de réclamer, au titre d'une convergence des tarifs « soins » et des tarifs « dépendance », un traitement identique à celui qui est réservé aux établissements publics et privés à but non lucratif habilités à l'aide sociale.

Rappelons que le budget des établissements pour personnes âgées est alimenté de trois manières : par un forfait « soins » à la charge de l'assurance maladie pour les établissements qui ont signé leur convention tripartite ou qui étaient déjà partiellement médicalisés avant la réforme de la tarification ; par un tarif « dépendance » couvert en partie par l'allocation personnalisée d'autonomie ; enfin, par un tarif « hébergement » à la charge des personnes âgées ou de l'aide sociale, qui pèse de plus en plus lourdement sur les résidents de condition modeste.

Ainsi, la dépense totale est couverte à plus de 60 % par les personnes âgées et leurs familles, à 25 % par l'assurance maladie et à 15 % par les conseils généraux, au titre de l'APA et de l'aide sociale.

Dans ces conditions, adopter la disposition présentée serait un bon moyen de prévenir les « maltraitances financières » dont sont victimes les personnes âgées en raison de la fixation de tarifs « anormalement élevés ».

S'affranchir de la question des tarifs très élevés amènerait une diminution corrélative des financements collectifs au titre des soins et de la perte d'autonomie. Une telle forme de régulation s'apparenterait à la différence faite, dans le domaine sanitaire, entre les établissements liés par une convention avec la sécurité sociale, d'une part, et les établissements qui ne le sont pas, d'autre part.

C'est là un sujet qui est vraiment d'actualité.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. Au travers de ces deux amendements, M. Fischer vise en réalité les conventions tripartites, qui ont pour objet de garantir que les prix de journée en établissements soient réalistes et permettent d'assurer le service attendu dans les meilleures conditions, notamment en termes de qualité.

Une seconde garantie est apportée par la nouvelle procédure budgétaire, qui permet un dialogue plus fructueux entre les établissements et les financeurs. Il est de la responsabilité des départements de s'assurer, à cette occasion, que le prix retenu est compatible avec une bonne qualité de service.

Enfin, je vous rappelle, monsieur Fischer, que la loi du 11 février 2005 a prévu la conclusion de programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, dont l'un des objets est la réduction des écarts de tarification.

Tout cela devrait être de nature à vous rassurer et à vous inciter à retirer vos amendements.

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

M. Philippe Bas, ministre délégué. Je pense que les auteurs de ces amendements les retireront, parce qu'ils auront été convaincus par les explications que vient de leur donner M. Vasselle.

Dans le cas contraire, le Gouvernement émettrait un avis défavorable.

M. le président. Monsieur Fischer, les amendements n^{os} 182 et 183 sont-ils maintenus ?

M. Guy Fischer. Je ne peux pas croire que M. le ministre ait voulu me menacer ! (*Sourires.*)

M. Philippe Bas, ministre délégué. Non ! (*Nouveaux sourires.*)

M. Guy Fischer. Je vais retirer ces deux amendements, mais je crois que le problème posé doit être étudié très attentivement.

En tout état de cause, comme je l'ai donné à entendre, on observe que, souvent, la signature d'une convention tripartite ne débouche guère sur l'engagement de dépenses supplémentaires. Les responsables de certains établissements signataires de telles conventions ont la bouche un peu amère, car ils n'obtiennent pas toujours ce qu'ils étaient en droit d'attendre, c'est-à-dire les moyens d'améliorer de façon perceptible les conditions de vie des personnes âgées.

Malheureusement, la tendance « lourde » est de faire payer de plus en plus les personnes âgées et leurs familles. Je voulais ce soir, dans ce débat, me faire l'écho de ces réalités.

M. le président. Merci, monsieur Fischer : chacun ici est convaincu de la réalité des problèmes que vous avez soulevés, ainsi que M. le rapporteur et M. le ministre l'ont souligné.

On peut néanmoins reconnaître que de vrais efforts sont entrepris.

Ainsi, à titre d'information, je puis vous dire que le département du Bas-Rhin, département semblable à beaucoup d'autres, a signé soixante-quinze conventions tripartites sur une centaine d'établissements, permettant de créer six cent cinquante emplois, ce qui n'est pas négligeable.

Nous sommes tous conscients de la nécessité de progresser en la matière, mais si des efforts doivent encore être effectués, des avancées, chez les uns et les autres, ont déjà été réalisées.

Les amendements n^{os} 182 et 183 sont retirés.

L'amendement n^o 251 rectifié, présenté par MM. Darniche et Retailleau, est ainsi libellé :

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

Le quatrième alinéa de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les faits passibles de la pénalité prévue par le présent article se prescrivent dans les conditions prévues par l'article L. 332-1. »

Cet amendement n'est pas soutenu.

L'amendement n° 231, présenté par Mme Demontès, MM. Cazeau et Domeizel, Mmes Printz, Le Texier et Campion, M. Godefroy, Mme Alquier et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

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

Après la première phrase du premier alinéa de l'article L. 861-2 du code de la sécurité sociale, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Pour les personnes bénéficiant de l'aide sociale et hébergées dans un établissement, seule la somme mensuelle minimum laissée à leur disposition, définie par l'article L.132-3 du code de l'action sociale et des familles, est prise en compte dans le calcul des ressources ouvrant droit à la couverture maladie universelle complémentaire. »

La parole est à Mme Gisèle Printz.

Mme Gisèle Printz. Cet amendement tend à améliorer l'accès à une protection complémentaire d'assurance maladie des personnes hébergées dans un établissement médico-social.

Rappelons que la couverture maladie universelle complémentaire prend en charge le ticket modérateur en soins de ville, consultations et prescriptions, ou, à l'hôpital, le forfait hospitalier et, dans certaines limites fixées par la réglementation, les dépassements tarifaires pour prothèses ou appareillages, principalement dentaires et en optique. Les soins sont pris en charge à 100 % en tiers payant et les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les tarifs reconnus par la sécurité sociale.

La CMUC constitue ainsi une réponse particulièrement adaptée aux besoins de nombre de nos concitoyens, et notamment aux plus âgés d'entre eux. Reste que les dispositions légales permettant la filiation à ce régime complémentaire posent un problème central.

En effet, l'article L. 132-3 du code de l'action sociale et des familles dispose que sont affectées au remboursement de leurs frais d'hébergement et d'entretien, dans la limite de 90 %, toutes les ressources, y compris la retraite du combattant et les pensions attachées aux distinctions honorifiques dont le bénéficiaire de l'aide sociale peut être titulaire à l'exception des prestations familiales, dont sont bénéficiaires les personnes placées dans un établissement au titre de l'aide aux personnes âgées ou de l'aide aux personnes handicapées.

De fait, nombreuses sont les personnes qui ne disposent plus que de la somme mensuelle minimum laissée à la disposition du bénéficiaire de l'aide sociale et qui est déterminée par décret. Elles ne peuvent donc pas bénéficier d'une couverture complémentaire pourtant indispensable dans leur situation, même si, en cas d'urgence et en application de l'article L. 861-5 du code de la sécurité sociale et de l'article 136 de la loi de finances pour 2003, le bénéfice de la protection complémentaire est attribué dès le 1^{er} jour du mois de dépôt de la demande et que, au regard de la circulaire du 17 décembre 1999, « les caisses doivent prendre toutes les dispositions pour que cette notification de droit à la protection complémentaire en matière de santé soit délivrée dans la journée à l'intéressé et le cas échéant parvenue par tout moyen à l'organisme auprès duquel l'intéressé a présenté sa demande ».

Il n'en demeure pas moins vrai que le montant des ressources pris en considération est problématique.

En conséquence, nous vous proposons, pour les personnes bénéficiant de l'aide sociale et qui sont hébergées dans un établissement, de ne prendre en considération que la somme mensuelle minimum laissée à leur disposition dans le calcul des ressources ouvrant droit à la couverture maladie universelle complémentaire.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. Madame Printz, l'exposé des motifs pose un problème d'ordre rédactionnel dans la mesure où il indique : « Actuellement, le seuil de ressources pour bénéficier de la CMU complémentaire est fixé légèrement au-dessus du montant du minimum vieillesse. » Si tel était le cas, cela voudrait dire que les personnes percevant le minimum vieillesse pourraient avoir accès au bénéfice de la CMU.

En fait, madame Printz, vous voulez faire valoir que les personnes qui perçoivent le minimum vieillesse ont des ressources supérieures au plafond permettant d'avoir accès à la CMUC et ne peuvent donc pas en bénéficier. Je ne voudrais pas avoir la cruauté de vous rappeler que ce seuil a été institué sur l'initiative de Mme Aubry, alors que la commission des affaires sociales désire un lissage...

Le crédit d'impôt institué par le Gouvernement permet au moins d'atténuer pour partie le poids de la dépense que représente la CMUC pour ces personnes.

Ce que je vous propose, madame Printz, pour ne pas rejeter votre demande *ex abrupto*, c'est que vous relanciez ce sujet au sein du groupe de travail sur les *minima* sociaux de telle manière que l'on puisse l'intégrer dans notre réflexion, voire dans les propositions que fera Mme Valérie Létard dans son rapport.

Sous le bénéfice de cette approche, j'espère que vous accepterez de retirer votre amendement.

M. le président. Madame Printz, l'amendement n° 231 est-il maintenu ?

Mme Gisèle Printz. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 231 est retiré.

L'amendement n° 248 rectifié, présenté par MM. Darniche et Retailleau, est ainsi libellé :

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

Le premier alinéa de l'article 60 du code de procédure pénale est ainsi rédigé :

« S'il y a lieu de procéder à des constatations ou à des examens techniques ou scientifiques ou de délivrer des médicaments à la suite de ces constatations ou examens, l'officier de police judiciaire a recours à toutes personnes qualifiées. »

Cet amendement n'est pas soutenu.

Article 32 bis

Dans la première phrase du quatrième alinéa (2°) de l'article L. 1121-1 du code de la santé publique, les mots : « , autres que celles portant sur des produits mentionnés à l'article L. 5311-1 et figurant sur une liste fixée par décret en Conseil d'Etat, » sont supprimés.

M. le président. Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 29, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Alain Vasselle, rapporteur.

M. Alain Vasselle, rapporteur. Cet article 32 *bis* modifie la réglementation relative aux soins courants en prévoyant que certaines recherches sur les produits de santé soient intégrées dans cette catégorie.

Il est en contradiction avec la position adoptée par la commission des affaires sociales du Sénat à l'occasion des débats sur le projet de loi relatif à la politique de santé publique, la loi, je vous le rappelle, datant du 9 août 2004.

L'ampleur de la modification proposée me semble être de nature à fragiliser la distinction entre les soins courants et les recherches biomédicales, puisque désormais tous les produits pour lesquels l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments accorde une autorisation de mise sur le marché pourront faire l'objet de recherches dans le cadre des soins courants.

Par ailleurs, une telle modification est adoptée alors que la directive européenne sur les recherches médicales n'est pas intégralement transposée.

En outre, l'adoption en l'état de cet article 32 *bis* aura inévitablement des conséquences financières pour l'assurance maladie qui financera de fait ces recherches.

La loi sur la recherche serait à notre sens un cadre beaucoup plus approprié pour ce débat. Je vous rappelle qu'elle doit être soumise très prochainement au Parlement.

Dans l'hypothèse où le Gouvernement souhaiterait le maintien de cet article, la commission considère que le minimum qu'elle puisse exiger est qu'il soit accompagné d'un décret encadrant le dispositif des soins courants de telle sorte qu'il n'y ait pas de risques d'abus et de dérives par rapport à l'esprit de la loi relative à la politique de santé publique telle qu'elle avait été adoptée par le Parlement.

M. le président. L'amendement n° 290, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Compléter cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

Le quatrième alinéa (2°) de l'article L. 1121-1 du code de la santé publique est complété par quatre phrases ainsi rédigés :

« Les caisses d'assurance maladie peuvent prendre en charge à titre temporaire et dérogatoire les produits mentionnés à l'article L. 5311-1 et figurant sur une liste fixée par décret en Conseil d'État lorsque ces produits ne sont pas utilisés dans des conditions ouvrant droit au remboursement, sous réserve de l'avis conforme de la Haute Autorité de santé instituée par l'article L. 161-37. Cet avis apprécie l'intérêt des recherches conduites sur ces produits pour l'amélioration du bon usage et de la qualité des soins et des pratiques. La décision de prise en charge est prise par les ministres de la sécurité sociale et de la santé après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Un décret en Conseil d'État précise les conditions de la prise en charge par l'assurance maladie. »

La parole est à M. le ministre délégué.

M. Philippe Bas, ministre délégué. Le Gouvernement souhaite que M. le rapporteur veuille bien retirer son amendement, en échange, si j'ose dire, de celui que le Gouvernement a déposé et que je vais vous présenter.

L'Assemblée nationale a adopté, sur la proposition du Gouvernement, un amendement qui permet d'élargir le champ des recherches visant à évaluer les soins courants.

Il apparaît nécessaire, cependant, de préciser que les produits de santé éventuellement utilisés pourront bien être pris en charge par l'assurance maladie. S'agissant des produits prescrits en dehors des conditions normales d'utilisation, la Haute Autorité de santé devra rendre un avis sur l'intérêt de la recherche pour l'amélioration du bon usage et de la qualité des soins et des pratiques.

Un décret en Conseil d'État précisera les conditions de prise en charge.

M. le président. Monsieur Vasselle, l'amendement n° 29 est-il maintenu ?

M. Alain Vasselle, rapporteur. Le ministre annonçant la parution d'un décret permettant d'encadrer la prise en charge par l'assurance maladie, la commission accepte de retirer son amendement.

Nous verrons à l'usage si ce décret trouve son plein effet et s'il n'y a pas de dérives à la charge de la sécurité sociale. Nous cherchons, en effet, à faire en sorte qu'elle atteigne les objectifs fixés grâce à l'ONDAM contenu dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, monsieur le ministre !

M. Philippe Bas, ministre délégué. Objectif qui nous est commun, monsieur le rapporteur !

M. Alain Vasselle, rapporteur. La commission émet donc un avis favorable sur l'amendement n° 290 du Gouvernement et retire son amendement n° 29.

M. le président. L'amendement n° 29 est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 290.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 32 *bis*, modifié.

(L'article 32 bis est adopté.)

Article 33

I. – Le deuxième alinéa de l'article L. 3121-5 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Les dépenses afférentes aux missions des centres mentionnés par le présent article sont prises en charge par l'assurance maladie, sans préjudice d'autres participations, notamment des collectivités territoriales. Pour le financement de ces dépenses, il n'est pas fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements, ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale. »

II. – Dans l'attente de l'arrêté fixant la dotation globale pour l'année 2006, les caisses d'assurance maladie versent à chaque structure de réduction des risques pour usagers de drogues dont les missions correspondent à celles définies conformément à l'article L. 3121-5 du code de la santé publique et antérieurement financée par l'État, des acomptes mensuels sur la dotation globale de financement, égaux au douzième de la participation de l'État allouée à chaque structure. Tout refus d'autorisation d'un centre met fin à son financement par l'assurance maladie.

III. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans le deuxième alinéa de l'article L. 162-43, les mots : « l'objectif de dépenses mentionné à l'article

L. 314-3 » sont remplacés par les mots : « les objectifs de dépenses mentionnés respectivement aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 » ;

2° L'article L. 174-9-1 est ainsi modifié :

a) Dans le premier alinéa, après les mots : « L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles », sont insérés les mots : « , ainsi que les structures dénommées « lits halte soins santé » et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 du même code » ;

b) Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« La répartition des sommes versées à ces établissements au titre de l'alinéa précédent entre les régimes d'assurance maladie est effectuée chaque année suivant la répartition qui résulte de l'application de l'article L. 174-2. »

IV. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Dans le 9° du I de l'article L. 312-1, après les mots : « centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie », sont insérés les mots : « , les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue, les structures dénommées « lits halte soins santé » » ;

2° Dans le cinquième alinéa de l'article L. 313-1, après les mots : « centres de soins spécialisés aux toxicomanes », sont insérés les mots : « et aux centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue » ;

3° Dans les cinquième, septième et huitième alinéas de l'article L. 313-4, après la référence : « L. 314-3 », est insérée la référence : « , L. 314-3-2 » ;

4° Le quatrième alinéa de l'article L. 313-8 est complété par les mots : « et à l'article L. 314-3-2 » ;

5° Après l'article L. 314-3-1, sont insérés deux articles L. 314-3-2 et L. 314-3-3 ainsi rédigés :

« *Art. L. 314-3-2.* – Chaque année, dans les quinze jours suivant la publication de la loi de financement de la sécurité sociale, les ministres chargés de la sécurité sociale, de l'action sociale, de l'économie et du budget arrêtent, d'une part, l'objectif de dépenses correspondant au financement, par les régimes obligatoires d'assurance maladie, des établissements et des actions expérimentales mentionnés à l'article L. 314-3-3, et, d'autre part, le montant total annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales, forfaits, prix de journée et tarifs afférents aux prestations servies par ces mêmes établissements.

« L'objectif susmentionné est fixé en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement et après imputation de la part mentionnée à l'article L. 162-43 du code de la sécurité sociale. Il prend en compte l'impact des éventuelles modifications des règles de tarification des prestations, ainsi que celui des changements de régime de financement des établissements et services concernés.

« Le montant total annuel susmentionné est constitué en dotations régionales limitatives. Le montant de ces dotations est fixé par les ministres chargés de l'action sociale et de la sécurité sociale, en fonction des besoins de la population, des orientations définies par les schémas prévus à l'article L. 312-5, des priorités définies au niveau national, en tenant compte de l'activité et des coûts moyens des établissements et services, et d'un objectif de réduction progressive des inégalités dans l'allocation des ressources entre régions.

« Chaque dotation régionale est répartie par le représentant de l'Etat dans la région, après avis du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et des représentants de l'Etat dans les départements, en dotations départementales limitatives. Ces dotations départementales peuvent, dans les mêmes conditions, être réparties par le représentant de l'Etat dans le département en dotations affectées par catégories de bénéficiaires ou à certaines prestations.

« *Art. L. 314-3-3.* – Relèvent de l'objectif et du montant total mentionnés à l'article L. 314-3-2 les établissements suivants :

« 1° Les centres de soins spécialisés aux toxicomanes mentionnés à l'article L. 314-8 ;

« 2° Les centres de cure ambulatoire en alcoologie mentionnés à l'article L. 3311-2 du code de la santé publique ;

« 3° Les appartements de coordination thérapeutique, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue et les structures dénommées « lits halte soins santé » mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 du présent code.

« Relèvent également du même objectif les actions expérimentales de caractère médical et social mentionnées à l'article L. 162-31 du code de la sécurité sociale. » ;

6° Dans les II et III de l'article L. 314-7, après la référence : « L. 314-3 », est insérée la référence : « , L. 314-3-2 » ;

7° Dans le sixième alinéa de l'article L. 314-8, après les mots : « centres de soins spécialisés aux toxicomanes », sont insérés les mots : « et des structures dénommées « lits halte soins santé » ».

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, sur l'article.

M. Guy Fischer. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, cet article 33 transfère à l'assurance maladie le financement des dépenses des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue, les CAARUD, ainsi que des « lits halte soins santé ».

Les CAARUD, tels que je viens de les définir, jouent un rôle très important dans la prévention et les soins de la toxicomanie.

Depuis plusieurs années, ces centres s'inquiètent de la pérennité du financement de leurs activités. L'article 33 prévoit le transfert du financement de ces structures de l'Etat à l'assurance maladie.

S'il est dommage que l'utilité et l'intérêt de ces structures ne puissent être reconnus autrement que par ce transfert de charge, nous ne pouvons que nous réjouir de leur pérennisation, tout en regrettant ce désengagement de la part de l'Etat.

Je souhaite cependant, monsieur le ministre, attirer plus particulièrement votre attention sur les missions de ces CAARUD.

C'est la loi relative à la politique de santé publique, votée le 9 août 2004, qui a donné un cadre au dispositif de réduction des risques, la RDR, et qui a défini les objectifs des CAARUD.

Or, le décret d'application définissant les sept missions que doit remplir chaque CAARUD – accueil, accès aux soins, accès aux droits sociaux, contact des usagers en milieu de vie, accès au matériel de prévention, médiation et alerte – n'est toujours pas paru.

Cet état de fait va de pair avec un manque de moyens criant des structures de la RDR. Certaines disparaissent faute de soutien financier, d'autres sont en grande difficulté pour cause d'épuisement des intervenants.

Nombre d'acteurs de première ligne se plaignent du manque de transparence et de concertation en ce qui concerne la politique de la RDR. Mme Nicole Borvo Cohen-Seat a d'ailleurs interpellé le ministre de la santé sur ce thème, le 3 novembre dernier.

Nous nous trouvons ainsi à examiner un article de loi relatif à des dispositions dont les décrets d'application ne sont pas encore parus.

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

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Monsieur le ministre, ainsi que l'a dit notre collègue Guy Fischer, cet article 33 transfère à l'assurance maladie le financement des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue, les CAARUD.

Jusqu'à présent assuré par le budget de la santé, le montant de ce transfert s'élève à 14,9 millions d'euros.

L'exposé des motifs de cet article indique que le financement actuel sur des crédits d'Etat est peu adapté à ces structures, car il est assuré par le chapitre 39-01 du budget de l'Etat alors qu'il s'agit de services qui assument des activités de prise en charge de manière pérenne.

D'après les informations que j'ai recueillies en ma qualité de rapporteur spécial des crédits de la santé, l'exposé des motifs précité ne correspondrait pas aux raisons ayant présidé à ce changement de mode de financement.

M. Guy Fischer. Ah ?

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Je voudrais donc que le Gouvernement nous éclaire sur ses motivations.

M. François Autain. Éclairez-nous !

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. S'agit-il, monsieur le ministre, de soustraire cette dépense à toute contrainte budgétaire ou entendez-vous par ce transfert contourner le principe d'évaluation de la performance posé par la LOLF ?

M. Alain Vasselle, rapporteur. Très bonnes remarques !

M. le président. L'amendement n° 30, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Dans le deuxième alinéa (1°) du texte proposé par le 5° du IV de cet article pour l'article L. 314-3-3 du code de l'action sociale et des familles, remplacer les mots :

de soins spécialisés

par les mots :

spécialisés de soins

II. – Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

V. – Dans les articles L. 313-1 et L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles et dans l'article L. 174-

9-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « de soins spécialisés » sont remplacés par les mots : « spécialisés de soins ».

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Vasselle, rapporteur. Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

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

M. Philippe Bas, ministre délégué. Cet amendement n° 30 recueille un avis favorable du Gouvernement.

Par ailleurs, je répondrai à M. le rapporteur pour avis que la modification du mode de financement de ces centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue obéit, bien évidemment, aux seuls motifs avancés par le Gouvernement.

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Il n'empêche, monsieur le ministre, que nous avons là l'exemple type d'un transfert vers l'assurance maladie de dépenses qui devraient normalement incomber à l'Etat. Étant donné que nous observons beaucoup plus fréquemment des transferts en ce sens qu'en sens inverse, nous ne pourrions pas voter cet article.

La sécurité sociale a besoin de trouver de nouvelles ressources et non pas de faire face à de nouvelles dépenses pour pallier les carences de l'Etat, qui refuse d'assumer ses obligations.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 30.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 33, modifié.

(L'article 33 est adopté.)

Article 34

I. – L'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Le *b* du 1 du I est complété par les mots : « et une contribution, par voie de fonds de concours créé par l'Etat en 2006, au financement des groupes d'entraide mutuelle mentionnés à l'article L. 114-1-1 » ;

2° Après le *b* du III, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Est également retracée en charges la subvention due à la Caisse nationale d'allocations familiales en application de l'article L. 541-4 du code de la sécurité sociale. »

II. – 1. Dans le 3° de l'article L. 314-3-1 du même code, après le mot : « établissements » sont insérés les mots : « et services ».

2. Les dispositions du présent II entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2006.

III. – Les crédits affectés au V de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles peuvent être utilisés, selon des modalités fixées par voie réglementaire, après avis de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, au financement d'opérations d'investissement et d'équipement, pour la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux des établissements et des services mentionnés à l'article L. 314-3-1 du même code.

Les montants affectés respectivement aux opérations en faveur des établissements ou services accueillant des personnes âgées et aux opérations en faveur des établisse-

ments ou services accueillant des personnes handicapées sont fixés par l'autorité administrative, après avis de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

M. le président. L'amendement n° 274, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

I. – Rédiger comme suit le début du premier alinéa du III de cet article :

Le décret pris pour l'application du IV de l'article 100 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 précise les conditions du report des excédents de l'exercice 2005 dans les deux sous-sections mentionnées au V de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles. Ces crédits peuvent être utilisés, selon une procédure fixée par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et des personnes handicapées, après avis...

II. – Compléter le premier alinéa du III par les mots :

ainsi que des établissements relevant conjointement du 6° du I de l'article L. 312-1 dudit code et de l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation et ceux relevant du 2° de l'article 6111-2 du code de la santé publique

III. – Supprimer le second alinéa du III de cet article.

La parole est à M. le ministre délégué.

M. Philippe Bas, ministre délégué. Cet amendement est d'une grande importance pour nos compatriotes, puisqu'il vise à permettre que les réserves qui, dans le passé, ont été constituées par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, puissent concourir au financement de travaux de mise aux normes d'établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes à hauteur de 350 millions d'euros, et de maisons d'accueil spécialisées pour les personnes handicapées.

Les foyers-logements, notamment, dont beaucoup ont été construits dans les années soixante-dix, sont, comme vous le savez, dans un état de grande vétusté. Un certain nombre d'établissements, dont les chambres sont partagées, appellent des transformations : au niveau des sanitaires, les baignoires, souvent inaccessibles pour des personnes âgées lourdement dépendantes, doivent être remplacées par des douches, mais il faut également munir les couloirs de rampes, élargir les portes et installer parfois des ascenseurs là où il n'y en a pas.

Cet effort considérable de 500 millions d'euros qui a été décidé pour l'an prochain sera, pour donner un ordre de grandeur, dix fois supérieur à l'effort consenti en 2005 et pratiquement deux fois supérieur à l'effort consenti au cours des cinq dernières années pendant lesquelles un peu plus de 280 millions d'euros seulement avaient été consacrés à la rénovation des établissements médicalisés pour personnes âgées et pour personnes handicapées. Cela revient à dire que nous allons faire, l'année prochaine, deux fois plus de réalisations qu'en cinq ans et dix fois plus qu'en 2005.

Il s'agit donc d'un effort extrêmement important : sur toutes les travées, je crois, on peut s'accorder à le reconnaître.

Cela nous permettra notamment de financer, dans un premier temps, pour les maisons de retraite médicalisées, des opérations inscrites au contrat de plan Etat-région, mais qui, jusqu'alors, n'avaient pas pu être financées, et, dans un second temps, des opérations de rénovation dont les dossiers pourront être instruits dès le mois de décembre 2005, selon des priorités déterminées après consultation du conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. Il s'agit là, vraiment, d'une façon d'agir que j'ai personnellement souvent dénoncée ! D'ailleurs, je n'ai pas manqué de le faire savoir au directeur de la CNSA lorsqu'il est venu devant la commission des affaires sociales.

Je me doutais qu'un jour nous en arriverions là !

Nous avons créé la CNSA avec des fonds qui avaient une double vocation : financer la dépendance et financer les personnes handicapées. Aujourd'hui, dans la mesure où certains crédits ne peuvent pas être utilisés parce que tous les décrets ne sont pas sortis et que le rythme de croisière n'est pas atteint, de l'argent est disponible. Comme il y a de l'argent, on l'utilise, au moins pour partie.

Dès lors qu'il sert à financer les établissements destinés aux personnes âgées handicapées, il n'y a rien à redire puisque cela s'inscrit tout à fait dans la vocation de la CNSA. En revanche, lorsqu'il sert à financer des unités de soins de long séjour, je regrette de devoir dire que ce n'est pas la vocation de la CNSA et que c'est un moyen, pour l'Etat, de faire supporter par une caisse des dépenses qui sont à sa charge.

Vous m'excuserez, monsieur le ministre, de vous dire, sans aller jusqu'à nous gendarmier sur cette affaire, que nous ne sommes pas dupes ! Nous allons voter votre amendement, mais il n'en reste pas moins que cette façon de procéder est regrettable. On ne peut pas tenir un double discours : demander de la rigueur dans l'élaboration du budget de la sécurité sociale et accepter que le ministère des finances, par votre intermédiaire, fasse adopter par le Parlement de telles dispositions.

M. François Autain. Très bien !

M. Alain Vasselle, rapporteur. Il faut que le ministère des finances apprenne une bonne fois pour toutes qu'il y a maintenant une loi de financement de la sécurité sociale : cette loi existe, bon sang de bonsoir !

M. François Autain. Très bien, bravo !

M. Alain Vasselle, rapporteur. Il faut que le ministère des finances assume complètement ses responsabilités dans la loi de finances et qu'il ne se décharge pas tantôt sur la CNSA, tantôt sur la sécurité sociale.

Notre collègue M. Jégou a eu raison de vous interpeller. Cela suffit : on ne peut pas entretenir en permanence l'ambiguïté !

M. Guy Fischer. Encore plus fort !

M. Alain Vasselle, rapporteur. Je suis désolé de m'emporter un peu sur ce sujet, mais c'est la goutte d'eau qui fait déborder le vase : la rigueur doit valoir pour tout le monde. Je sais bien que nous évoluons dans un contexte difficile, que la conjoncture économique ne permet pas de maîtriser les déficits du budget de l'Etat, mais tout cela a des limites !

Cela étant, la commission m'a chargé de donner, sur cet amendement, un avis favorable. (*Exclamations sur les travées du groupe CRC et du groupe socialiste.*)

M. le président. Visiblement, cela fait sourire quelques commissaires du Gouvernement ! Cela m'étonne, car il s'agit d'un sujet tout à fait sérieux et qui mérite d'être approfondi !

La parole est à M. le ministre délégué.

M. Philippe Bas, ministre délégué. Il n'y a, certes, monsieur le président, nullement matière à sourire, car le sujet est trop important.

Je voudrais rassurer M. Vasselle. Cette initiative émane non pas du ministère des finances, mais de mon ministère, et j'ajoute que j'en suis fier !

M. François Autain. C'est encore plus grave !

M. Philippe Bas, ministre délégué. En effet, cet effort, absolument sans précédent, est destiné à la rénovation de nos maisons de retraite et de nos maisons d'accueil pour les personnes handicapées, toutes structures qui sont médicalisées.

Ces fonds, qui proviennent de la CNSA, sont conformes à la vocation même de la caisse. Il est vrai que la journée de solidarité a permis une rentrée d'argent à compter de juillet 2004 et que la prestation de compensation du handicap, prévue par la loi du 11 février 2005, n'est pas encore entrée en vigueur, ce qui explique l'existence d'excédents.

Nous aurions pu utiliser ces crédits pour assurer le fonctionnement courant, pour effectuer des prestations ou de la redistribution ; nous avons préféré en tirer parti en réalisant un investissement sans précédent en France pour l'humanisation de nos maisons d'accueil spécialisées et de nos établissements pour personnes âgées.

Il est vrai que nous avons fait figurer dans l'amendement la possibilité d'accompagner également le financement d'opérations qui concernent des unités de long séjour pour les personnes âgées dépendantes...

M. Alain Vasselle, rapporteur. C'est ça le problème !

M. Philippe Bas, ministre délégué. ...mais je tiens à vous assurer que cela a été prévu par pure précaution, pour permettre, dans certains cas, de financer des opérations en faveur de ces personnes.

Ce n'est, toutefois, nullement l'objet principal de cet amendement qui concerne, à hauteur de 350 millions d'euros, les EPHAD, et, à hauteur de 150 millions d'euros, les MAS et d'autres structures médicalisées pour personnes handicapées.

M. Alain Vasselle, rapporteur. Ces précisions étaient importantes et nécessaires !

M. le président. La parole est à M. André Lardeux, pour explication de vote.

M. André Lardeux. Je voudrais saluer l'effort qui est consenti tout en formulant deux remarques.

D'abord, la Cour des comptes vient de rendre un rapport sur la politique relative aux personnes âgées. Je participe au conseil d'administration de la CNSA, avec l'un de mes collègues ici présent ce soir : il est évident que le système que nous avons mis en place est d'une telle complexité qu'il est devenu illisible.

M. François Autain. C'est vrai !

M. André Lardeux. Il va falloir penser à le simplifier !

Ensuite, l'effort réalisé par la collectivité nationale, que je salue, ne doit cependant pas faire oublier l'action menée depuis de nombreuses années, en ce domaine, par les collectivités locales. Dans mon département, nous n'avons pas attendu pour moderniser la plupart des maisons de retraite. Je suis certain qu'il en a été de même dans bien d'autres départements !

Je voudrais attirer l'attention du Gouvernement sur les MAS. Si un effort doit être réalisé dans les années qui viennent, pour combler un important retard, c'est sur le nombre de places offertes en MAS. Les départements ont probablement encore du travail à accomplir en matière de foyers d'hébergement et de foyers occupationnels pour personnes handicapées, mais toutes les régions de France souffrent d'un lourd déficit de places en MAS.

J'enregistre, monsieur le ministre, l'effort que vous venez de consentir, mais je vous demande de le faire porter, dans les années qui viennent, sur ce point précis.

M. le président. La parole est à M. Gérard Delfau, pour explication de vote.

M. Gérard Delfau. J'approuve complètement la saine colère de notre rapporteur, même si j'estime que, dès lors qu'il y a de l'argent, il est préférable de l'utiliser, surtout si c'est au profit de deux catégories d'établissements qui méritent un effort substantiel et rapide.

Je souhaiterais, néanmoins, prolonger la récente intervention de notre éminent collègue M. Lardeux

Les MAS rencontrent de grandes difficultés pour remplir leur mission, qui est aujourd'hui plus que jamais nécessaire, et ce pour deux raisons. D'abord, comme cela vient d'être dit, parce qu'il n'y a pas suffisamment de créations de places pour accueillir toutes les personnes qui devraient entrer dans ces maisons. Ensuite – et là, je rejoins le souci immédiat du ministre – parce que, du fait de l'ancienneté de l'institution, qui remonte à une vingtaine d'années, les équipements des établissements sont, non pas vétustes, mais peu conformes aux nouvelles réglementations qui ont été édictées.

Voilà pourquoi si un budget conséquent est affecté à ces deux types d'établissements hautement symboliques de la solidarité nationale, je m'en réjouirai, comme tous mes collègues

M. le président. La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote.

M. Bernard Cazeau. Nous sommes très étonnés de la feinte colère de M. le rapporteur : il a des talents d'acteur qui nous permettent de nous détendre, même à cette heure tardive ! (*Sourires.*)

Monsieur le ministre, la procédure n'est pas orthodoxe, mais nous faisons partie, nous aussi, de la CNSA et nous estimons que ces crédits, qui sont des reliquats, doivent être utilisés. La CNSA a accepté de les reporter sur deux types d'établissements et nous nous en félicitons, parce que sinon il n'y avait pas de financement possible. Pour autant, nous ne vous donnons pas un blanc-seing sur la manière.

Mais, je le répète, il faut aussi penser à nos établissements, notamment à ceux que le contrat de plan ne pouvait pas financer parce que vous vous étiez engagé, monsieur le ministre, sur un dispositif que l'on ne pouvait pas tenir. Malheureusement, mes propos ne valent pas que pour ces établissements ; bien d'autres sujets mériteraient les mêmes remarques.

Nous nous félicitons aussi que ces crédits puissent être affectés aux foyers-logements, car cela répond à une demande que nous formulons depuis quelques années déjà.

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

M. Philippe Bas, ministre délégué. Je remercie les orateurs qui ont soutenu cet amendement, qui est, en effet, très important.

Messieurs Lardeux et Delfau, je partage entièrement votre sentiment sur l'urgence de créer des places en maisons d'accueil spécialisées. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle, entre 2005 et 2007, nous allons créer 2 500 places nouvelles par an en MAS, ce qui représente un doublement de l'effort par rapport à la période antérieure.

Ce dispositif s'inscrit dans un plan de création de 40 000 places comprenant, par ailleurs, des places en centres d'aide par le travail.

Par ailleurs, l'année prochaine, grâce à la mise en œuvre de la réforme, la hausse des dotations de l'assurance maladie ne devra pas dépasser 2,5 %. Mais la part des crédits consacrés au secteur médico-social pour les personnes handicapées sera de 5 %, et même de 6,16 % en comptant l'apport supplémentaire de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie : 6,16 %, cela représente environ 400 millions d'euros.

Je rappelle que, s'agissant des personnes âgées, les créations de places se poursuivent également, puisque le plan vieillissement et solidarité est doublé et que, l'année prochaine, l'augmentation des crédits d'assurance maladie pour les EPAD et les services de soins infirmiers à domicile sera de 9 % ; en comptant l'apport de la CNSA, nous atteindrons environ 14 %.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 274.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 34, modifié.

(L'article 34 est adopté.)

Article 35

L'article L. 1142-23 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le 6° est abrogé ;

2° Le 7° devient le 6°.

M. le président. L'amendement n° 184, présenté par MM. Fischer, Muzeau et Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. Lors de l'examen en première lecture du projet de loi relatif à la santé publique, nos collègues ont adopté un amendement gouvernemental élargissant les compétences de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, l'ONIAM.

Aux termes de l'article 115 de ce texte, définitivement adopté le 30 juillet 2004, l'ONIAM se voyait confier la mission de réparer les dommages imputables à une vaccination obligatoire, à une contamination par le virus d'immunodéficience humaine, à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins réalisée en application de mesures d'urgence ou de menace sanitaire grave.

Pour financer les nouvelles attributions de l'ONIAM, le paragraphe II de cet article 115 prévoyait le versement d'une dotation de l'Etat.

Le transfert de la mission du fonds d'indemnisation pour les personnes contaminées par le virus de l'immunodéficience humaine par voie transfusionnelle à l'ONIAM était acceptable tant que les nouvelles charges en résultant étaient financées par l'Etat.

Or, avec l'article 35 du présent projet de loi, le Gouvernement propose d'abroger cette disposition financière de compensation, ce qui revient à considérer que, à compter de 2006, les nouvelles missions intégrées à l'ONIAM seront financées par une dotation versée par les organismes d'assurance maladie.

Le Gouvernement justifie ce désengagement de l'Etat au détriment de l'assurance maladie au double motif que la raréfaction des contaminations entraîne une diminution des demandes d'indemnisation et que les préjudices indemnisés sont liés à des activités de soins.

Cette argumentation ne saurait emporter notre adhésion, puisque ce qu'on a appelé « l'affaire du sang contaminé » a abouti à la reconnaissance de la responsabilité de l'Etat. Il convient donc de maintenir l'indemnisation sur les fonds de l'Etat et non pas sur ceux de la sécurité sociale, afin de ne pas entretenir la confusion dans le cadre de la réparation du préjudice subi.

C'est la raison pour laquelle nous vous proposons d'adopter cet amendement de suppression de l'article 35.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. Tout a été dit lors de l'examen de la loi relative à la santé publique ; le Sénat a déjà délibéré sur cette disposition.

La commission émet un avis défavorable.

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

M. Philippe Bas, ministre délégué. Défavorable.

M. Guy Fischer. Eh bien, c'est enveloppé !

M. François Autain. Les victimes seront heureuses !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 184.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 35.

(L'article 35 est adopté.)

Article 36

I. – L'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans le II, le taux : « 1,75 % » est remplacé par le taux : « 2,5 % » ;

2° Dans le III, le montant : « 76,13 € » est remplacé par le montant : « 85 € ».

II. – Dans le troisième alinéa de l'article L. 863-1 du même code, les montants : « 150 € », « 75 € » et « 250 € » sont remplacés, respectivement, par les montants : « 200 € », « 100 € » et « 400 € ».

M. le président. L'amendement n° 185, présenté par MM. Fischer, Muzeau et Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. Monsieur le ministre, cet article résume parfaitement la politique de votre Gouvernement, et son ambiguïté.

Sont déployés ici les mêmes mécanismes que dans l'article 13 *ter* sur le « bonus exceptionnel ».

Sous l'apparence d'une amélioration de la condition des assurés sociaux les plus modestes, comme le laisse entendre la revalorisation du forfait de la CMU, vous augmentez en réalité la charge des salariés, tout en poursuivant méthodiquement le démantèlement de notre système de solidarité nationale, au profit des assurances complémentaires.

En augmentant de 0,5 point le taux de la taxe sur les organismes complémentaires, vous accroissez la charge des assurés sociaux, soit directement si ces organismes augmentent leurs cotisations, soit indirectement s'ils répercutent cette mesure sur les remboursements.

Les organismes d'assurances complémentaires annoncent déjà une augmentation des cotisations résultant de ces mesures gouvernementales.

Je sais bien que, lors de votre intervention, vous avez fait la distinction entre les assurances complémentaires et les assurés – ce que paient les complémentaires, les assurés ne le paient pas – mais j'avoue que je n'ai pas bien compris !

Finalement, cet effort serait acceptable pour les assurés s'il allait vers une augmentation de la solidarité ou une amélioration de la couverture des risques.

Ici, il s'agit, en fait, de faire bénéficier les complémentaires privées d'une subvention publique à la charge des contribuables. Cet article va donc à l'encontre des principes fondamentaux de la sécurité sociale.

Enfin, dans tous les cas, l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire ne permet nullement d'échapper aux difficultés croissantes d'accès aux soins, nées de la dégradation de notre système solidaire de protection sociale.

Son montant, même revalorisé, est dérisoire : 200 euros par an pour une personne seule âgée de vingt-cinq à cinquante-neuf ans, soit à peine plus du quart – j'y insiste – du prix d'une assurance complémentaire parmi les moins coûteuses aujourd'hui, c'est-à-dire celle qui assure la couverture minimale.

Nous dénonçons cette logique assurantielle et nous préconisons, au contraire une augmentation du taux de remboursement des soins pour éviter le recours à ces assurances complémentaires.

Si des ressources nouvelles étaient trouvées et si une recherche des soins utiles et nécessaires était engagée, nous pourrions atteindre cet objectif. Malheureusement, vous n'en avez pas la volonté politique.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. Étant donné l'heure avancée, je me contenterai de donner un avis défavorable. En effet, il y aurait beaucoup à dire sur l'amendement présenté par M. Autain !

Cela dit, je me suis déjà exprimé sur l'amendement présenté par Mme Printz, qui a eu l'élégance de le retirer, car elle a bien compris que le dispositif du Gouvernement tendait à solvabiliser la situation de ceux qui se trouvent au-dessus du seuil de la CMUC.

Cela n'a pas l'air de soucier M. Autain, qui considère que cet avantage va se traduire par des augmentations de cotisations des assurances complémentaires. Je n'ai pas le sentiment que ce soit la volonté du Gouvernement et ce n'est pas ce que nous recherchons, bien au contraire.

M. François Autain. C'est tout de même ce qui va arriver !

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

M. Philippe Bas, ministre délégué. Si l'amendement de M. Autain était adopté, au lieu de 100 euros, les moins de vingt-cinq ans recevraient 75 euros pour accéder à une couverture complémentaire, les personnes âgées de vingt-cinq à cinquante-neuf ans, au lieu de 200 euros, recevraient 150 euros et les personnes âgées de cinquante-neuf ans et plus, au lieu de 400 euros, comme le prévoit le projet de loi de financement qui vous est soumis, recevraient seulement 250 euros.

Je ne comprends pas ce qui peut inspirer cet amendement régressif, et le Gouvernement émet donc un avis défavorable.

M. Guy Fischer. C'est une question de principe !

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Monsieur le ministre, il s'agit non pas d'un amendement régressif, mais d'un amendement qui prépare l'avenir et qui implique un changement radical de politique.

Évidemment, vous ne pouvez pas le comprendre parce que cette politique n'est pas la vôtre !

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Il est sûr que si un jour vous pouvez y revenir, vous y reviendrez !

M. François Autain. Il s'agit non pas de supprimer cette aide, mais de lui substituer une augmentation du taux de remboursement des régimes obligatoires de base.

Cette mesure rendrait inutile le recours à ce genre d'aides et serait beaucoup plus conforme aux principes d'universalité et de solidarité de la sécurité sociale tels qu'ils résultent de sa création au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. (*M. Guy Fischer applaudit.*)

Mme Hélène Luc. Très bien !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 185.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'article 36.

(*L'article 36 est adopté.*)

Article 36 bis

I. – Dans l'intitulé du titre VII du livre VIII du code de la sécurité sociale, les mots : « de santé » sont supprimés.

II. – Le II de l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« Toutefois, entrent en vigueur au 1^{er} juillet 2006 :

« 1° Les dispositions concernant la prise en charge des prestations liées à la prévention visées au dernier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale ;

« 2° Les dispositions prévues au I du présent article pour les garanties en cours au 1^{er} janvier 2006 souscrites dans le cadre d'un accord collectif obligatoire de branche. »

III. – L'article 6-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Toutefois, si la prise en charge de certaines de ces prestations n'est pas conforme aux règles définies en application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, la prolongation d'adhésion ou de contrat peut prévoir, pour la prise en charge de ces seules prestations, la mise en conformité avec ces règles, le cas échéant par dérogation au premier alinéa de l'article 6. »

IV. – Les contrats, les bulletins d'adhésion ou les règlements comportant exclusivement des garanties prenant en charge les dépenses occasionnées lors d'une hospitalisation, doivent se mettre en conformité avec les dispositions prévues à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale au plus tard le 1^{er} janvier 2008. Jusqu'à cette date, ces contrats, bulletins d'adhésion ou règlements bénéficient des exonérations fiscales et sociales mentionnées au premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

M. le président. Je suis saisi de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 137, présenté par Mmes Procaccia et Gousseau et M. Cambon, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le II de cet article :

II. – Le II de l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions concernant la prise en charge des prestations liées à la prévention entrent en vigueur au 1^{er} juillet 2006. Pour les contrats et conventions en cours à cette date, la prise en charge de ces prestations doit intervenir au plus tard au moment de l'échéance principale suivante ».

La parole est à Mme Catherine Procaccia.

Mme Catherine Procaccia. Il s'agit, dans le cadre des contrats « responsables », de pouvoir attendre la sortie du décret qui permettra aux assurances maladie de mettre en place toutes les prestations de prévention qui sont prévues.

En effet, ces dernières ne pouvaient pas entrer en vigueur, puisque le décret n'était pas sorti lors de la rédaction de l'amendement.

M. le président. L'amendement n° 154, présenté par Mme Hermange, est ainsi libellé :

Rédiger ainsi le texte proposé par le II de cet article pour compléter le II de l'article 57 de la loi du 13 août 2004 :

« Toutefois, s'appliquent au premier renouvellement des garanties mentionnées au premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale :

« 1° les dispositions relatives à la prise en charge des prestations liées à la prévention visées au dernier alinéa de ce même article ;

« 2° et au plus tard au 1^{er} avril 2006, les dispositions prévues au I du présent article pour les garanties en cours au 1^{er} janvier 2006. »

La parole est à Mme Marie-Thérèse Hermange.

Mme Marie-Thérèse Hermange. Le paragraphe II de l'article 36 *bis*, adopté en première lecture à l'Assemblée nationale, doit être modifié afin de ne pas retarder, au-delà de ce qui est strictement nécessaire, l'entrée en vigueur du dispositif des contrats « responsables ». Cette liste est en cours d'élaboration et ne pourra être publiée avant le 1^{er} janvier 2006.

Sans retarder le délai d'entrée en vigueur de la prise en charge des prestations de prévention, il convient de permettre aux organismes d'assurance maladie complémentaire d'adapter leurs garanties en fonction des contraintes qui leur sont propres. La rédaction proposée permet ainsi à ces organismes d'intégrer dans leurs garanties à venir les actions de prévention indiquées dans l'arrêté prévu à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

Au surplus, pour assurer les bonnes conditions de mise en œuvre du dispositif, il semble préférable de prévoir un régime semblable pour l'ensemble des contrats en cours, en assurant toutefois un respect du cahier des charges au plus tard le 1^{er} avril 2006.

M. le président. L'amendement n° 256, présenté par M. About, est ainsi libellé :

À la fin du dernier alinéa (2°) du texte proposé par le II de cet article pour compléter le II de l'article 57 de la loi du 13 août 2004, remplacer les mots :

souscrites dans le cadre d'un accord collectif obligatoire de branche.

par les mots :

et instituées à titre obligatoire par une convention collective de branche ou un accord collectif professionnel ou interprofessionnel.

La parole est à M. Nicolas About.

M. Nicolas About. Afin d'éviter toute ambiguïté sur le champ d'application de la mesure de prorogation des contrats d'assurance complémentaire de santé, le présent amendement prévoit que celle-ci s'applique aux conventions de branche et aux accords collectifs professionnels ou interprofessionnels.

C'est en effet à ce niveau, qui dépasse le champ d'une seule entreprise, que se rencontrent des difficultés d'adaptation des contrats dans les délais initialement prévus.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. La liste des consultations de prévention susceptibles d'être prises en charge dans le cadre des contrats « responsables » doit être établie par la Haute Autorité de santé. Il convient donc, à titre transitoire, d'aménager les conditions dans lesquelles ces prestations seront prises.

L'amendement n° 137 fait œuvre de pragmatisme en prévoyant une montée en charge progressive, à compter du 1^{er} juillet 2006 pour les nouveaux contrats et au moment de leur renouvellement pour les contrats en cours.

La commission des affaires sociales estime que cette mesure est d'autant plus réaliste que, dans les semaines qui viennent, les assureurs complémentaires vont devoir transformer leurs contrats pour tenir compte de la législation relative aux contrats « responsables », puisque les décrets viennent d'être publiés. Imposer une date butoir au 1^{er} juillet 2006 leur impose d'effectuer une deuxième opération de grande ampleur quelques mois plus tard.

La commission, considérant que Mme Procaccia a eu raison d'appeler l'attention du Gouvernement sur ces difficultés, souhaite savoir quelle suite le Gouvernement entend donner à cet amendement de bon sens.

L'amendement n° 154 appelle les mêmes observations que l'amendement précédent, bien qu'il s'en distingue en prévoyant un échéancier raccourci.

Enfin, l'amendement n° 256 apporte des précisions utiles. La commission y est donc favorable.

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

M. Philippe Bas, ministre délégué. Monsieur le président, la loi du 13 août 2004 prévoit que les contrats « responsables » doivent entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2006. M. Xavier Bertrand et moi-même n'avons cessé de confirmer cette échéance, qui constitue la seconde étape du parcours de soins, après la mise en application, le 1^{er} juillet 2005, du choix du médecin traitant.

Les six mois qui précèdent cette échéance sont destinés à donner la possibilité aux organismes d'assurance complémentaire de se mettre en ordre de bataille – nombre d'entre eux l'ont déjà fait – pour permettre l'application des contrats « responsables ». Les décrets qui rendent possible l'application de ces contrats au 1^{er} janvier 2006 ont été publiés au *Journal officiel* le 29 septembre dernier.

Si le Gouvernement est prêt à prendre en considération certaines difficultés d'adaptation, il tient néanmoins à ce que la mise en œuvre de la réforme intervienne dans les délais prévus par le législateur en 2004.

Je suis favorable à l'amendement n° 256, qui permet de laisser le temps de la négociation pour les contrats collectifs qui résultent d'un accord de branche entre les partenaires sociaux. La négociation collective au niveau de la branche constitue, nous le savons, une mécanique lourde à enclencher. Le délai prévu est donc justifié.

En revanche, et je le regrette, mon avis sera beaucoup plus réservé sur les amendements n°s 137 et 154.

L'amendement n° 154 vise, en premier lieu, à reporter à la date du renouvellement naturel des contrats les obligations de prise en charge de la prévention qui sont aujourd'hui prévues au 1^{er} juillet 2006. En second lieu, il tend à reporter au 1^{er} avril 2006 la mise en place des contrats « responsables ».

Le Gouvernement souhaite maintenir la date du 1^{er} janvier 2006 pour la mise en place des contrats « responsables » et la date du 1^{er} juillet 2006 pour la prise en charge des obligations de prévention.

En effet, imposer aux organismes d'assurance complémentaire de santé de prendre à leur charge un certain nombre d'actions de prévention constitue l'un des apports les plus importants des contrats « responsables ». Il n'y a pas de raison d'attendre plus longtemps pour le faire.

Pour les mêmes raisons, le Gouvernement ne peut pas accueillir favorablement l'amendement n° 137, qui prévoit des délais encore plus longs.

Le Gouvernement demande donc le retrait des amendements n°s 137 et 154 au bénéfice de l'amendement n° 256, qu'il souhaite voir adopter.

M. le président. Madame Procaccia, l'amendement n° 137 est-il maintenu ?

Mme Catherine Procaccia. Comme je l'ai indiqué tout à l'heure, ces amendements ont été rédigés par Marie-Thérèse Hermange et moi-même alors que les décrets n'étaient pas encore publiés. Nous sommes heureuses de constater que le dépôt de nos amendements a conduit le Gouvernement à prendre ces décrets qui étaient attendus depuis un certain temps par les entreprises et par les organismes d'assurance maladie complémentaire ! (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC, ainsi que sur certaines travées du RDSE et de l'UC-UDF*)

M. Gérard Delfau. Vous êtes plus efficaces que nous !

Mme Catherine Procaccia. Compte tenu des explications de M. le ministre, je rectifie mon amendement en supprimant la phrase : « Pour les contrats et conventions en cours à cette date, la prise en charge de ces prestations doit intervenir au plus tard au moment de l'échéance principale suivante. »

De cette façon, les dispositions concernant la prise en charge des prestations liées à la prévention entreront en vigueur au 1^{er} janvier 2006, conformément au vœu de M. le ministre.

M. le président. Je suis donc saisi d'un amendement n° 137 rectifié, présenté par Mmes Procaccia et Gousseau et M. Cambon, et ainsi libellé :

Rédiger comme suit le II de cet article :

II. – Le II de l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions concernant la prise en charge des prestations liées à la prévention entrent en vigueur au 1^{er} juillet 2006. »

Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Vasselle, rapporteur. Favorable !

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

M. Philippe Bas, ministre délégué. Favorable.

M. le président. Madame Hermange, l'amendement n° 154 est-il maintenu ?

Mme Marie-Thérèse Hermange. Je le retire au bénéfice de l'amendement n° 137 rectifié.

M. le président. L'amendement n° 154 est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 137 rectifié.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. En conséquence, l'amendement n° 256 n'a plus d'objet.

M. Nicolas About. Nous ferons la coordination nécessaire en commission mixte paritaire.

M. le président. L'amendement n° 139, présenté par Mmes Procaccia et Gousseau et M. Cambon, est ainsi libellé :

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

... – Le II de l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les contrats collectifs obligatoires, à l'exception de ceux mis en place sur décision unilatérale de l'employeur, portant sur le remboursement de frais de santé qui ne respectent pas au 1^{er} janvier 2006 les règles prévues à

l'article L. 871-1 bénéficient des dispositions mentionnées au premier alinéa de cet article, sous réserve qu'ils en remplissent les autres conditions, pendant un délai de six mois. »

La parole est à Mme Catherine Procaccia.

Mme Catherine Procaccia. Cet amendement vise à étendre les délais de mise en place des contrats collectifs obligatoires aux accords d'entreprise, comme le faisait celui de M. Nicolas About pour les accords collectifs de branche.

Si, dans les accords de branche, les négociations sont longues, elles le sont également dans une entreprise puisqu'il faut convoquer les organisations syndicales, discuter du contenu du contrat, etc. Il en résulte qu'il sera difficile de tenir le délai du 1^{er} janvier 2006.

C'est la raison pour laquelle cet amendement prévoit que les dispositions s'étendent à tous les contrats collectifs et aux contrats d'entreprise, à l'exclusion de tous les accords individuels qui sont imposés par l'employeur.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. La commission souhaite entendre le Gouvernement avant de se prononcer.

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

M. Philippe Bas, ministre délégué. Le Gouvernement n'est pas favorable à cet amendement. Il existe une grande différence entre les accords de branche, qui impliquent une lourde machinerie de négociations collectives, et les accords d'entreprise, d'ailleurs assez peu nombreux. Il ne me paraît donc pas utile de prévoir un délai supplémentaire pour la modification des contrats d'assurance complémentaire qui ont pu être conclus dans le cadre d'un accord d'entreprise.

En revanche, l'amendement n° 256, présenté par M. Nicolas About, qui prévoyait la même disposition pour les accords de branche, me paraissait positif.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Ne regrettez pas trop l'amendement n° 256. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce sujet en commission mixte paritaire.

M. le président. Madame Catherine Procaccia, l'amendement n° 139 est-il maintenu ?

Mme Catherine Procaccia. Monsieur le ministre, j'ai travaillé à la direction des ressources humaines d'une entreprise et je peux vous affirmer que ce n'est pas en quinze jours que l'on peut négocier des accords avec un Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou avec un comité d'entreprise. Excusez-moi de le dire, mais il me semble que les services des ministères ne savent pas que la négociation d'un accord d'entreprise demande du temps !

Très peu d'entreprises agissent ainsi, dites-vous. C'est une raison supplémentaire pour ne pas empêcher celles qui souhaitent négocier de tels accords de pouvoir le faire. Je ne crois pas que vous incitez les entreprises à conclure des accords collectifs en refusant d'étendre la proposition de M. Nicolas About aux accords d'entreprise.

Cela dit, je retire l'amendement n° 139, car j'ai confiance en M. About et dans le travail de la commission mixte paritaire.

M. le président. L'amendement n° 139 est retiré.

L'amendement n° 33, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le III de cet article :

III. – L'article 6-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques est ainsi modifié :

1° Les mots : « avec les mêmes prestations et » sont supprimés ;

2° Il est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Les prestations prises en charge dans ce cadre sont identiques à celles définies à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, à l'exception de celles qui ne sont pas conformes aux règles définies à l'article L. 871-1 du même code.

« Cette disposition est applicable aux contrats et adhésions souscrits à partir du 1^{er} janvier 2006. Les contrats et adhésions de prolongation en cours à cette date bénéficient jusqu'à leur terme en 2006 de l'exonération de taxe sur les conventions d'assurance mentionnée au premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. »

La parole est à M. Alain Vasselle, rapporteur.

M. Alain Vasselle, rapporteur. Cet amendement vise la mise en œuvre du parcours de soins prévu par la loi du 13 août 2004 et celle de la convention médicale du 12 janvier 2005 qui tend à faire rembourser par la couverture maladie universelle complémentaire, la CMUC, les prestations dont le remboursement est prohibé par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

Pour éviter que ces contrats ne soient soumis à la taxe sur les conventions d'assurance, il faut pouvoir mettre en conformité les prestations avec les règles dudit article.

La rédaction qui vous est proposée permet de rendre cette mise en conformité obligatoire et dispense les contrats en cours au 1^{er} janvier, qui viendront à expiration le 31 décembre 2006, de cette mise en conformité afin qu'ils bénéficient encore de l'exonération de la taxe.

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

M. Philippe Bas, ministre délégué. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 33.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 140, présenté par Mmes Procaccia et Gousseau et M. Cambon, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le IV de cet article :

IV. – L'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les contrats et les conventions relatives à des opérations d'assurance en matière de complémentaire santé qui ne comportent pas les garanties mentionnées au précédent alinéa, doivent se mettre en conformité avec les dispositions prévues à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale au plus tard au 1^{er} janvier 2008. Jusqu'à cette date, ils continuent de bénéficier des dispositions sociales et fiscales mentionnées au premier alinéa. »

La parole est à Mme Catherine Procaccia.

Mme Catherine Procaccia. M. le ministre a demandé que les contrats « responsables » s'appliquent aux complémentaires maladie, et ce le 1^{er} janvier 2006 pour la plupart des particuliers. Or, certaines personnes n'ont pas de complémentaires maladie, mais ont seulement des complémentaires spécifiques concernant des risques dentaires, optiques ou d'hospitalisation.

J'ai essayé de dresser la liste des individus concernés. Il s'agit tout d'abord des professionnels de la médecine, qui n'ont pas vraiment besoin d'une complémentaire maladie, car ils savent se soigner tout seuls ; mais il s'agit également de personnes qui font des choix financiers, car elles n'ont pas les moyens de se payer des complémentaires maladie. Elles prennent donc une assurance pour le gros risque et pour l'hospitalisation, autrement dit comme aux origines de l'assurance.

L'amendement n° 140 vise à étendre les dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale à ce type de contrat.

M. le président. L'amendement n° 34, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Dans la première phrase du IV de cet article, après les mots :

lors d'une hospitalisation

insérer les mots :

ou prenant exclusivement en charge des spécialités ou dispositifs inscrits sur les listes prévues aux articles L. 162-17 et L. 165-1 du code de la sécurité sociale

La parole est à M. Alain Vasselle, rapporteur, pour présenter cet amendement et pour donner l'avis de la commission sur l'amendement n° 140.

M. Alain Vasselle, rapporteur. L'amendement de Mme Procaccia consiste à transformer immédiatement tous les contrats qui offrent des garanties partielles en contrats « responsables ».

L'amendement n° 34 tend à ce que cela puisse se faire, mais sur une période de deux ans.

Madame Procaccia, votre objectif est bien d'arriver au même résultat que celui que nous. Tout à l'heure, vous demandiez du temps au ministre pour l'établissement de certains contrats. C'est pourquoi j'imagine que vous accepterez de prendre en considération l'amendement de la commission, qui permet d'atteindre votre objectif, mais dans un délai plus long.

En conséquence, je vous demanderai de retirer votre amendement au profit du nôtre.

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

M. Philippe Bas, ministre délégué. Les efforts de Mme Procaccia et de la commission sont convergents. Le Gouvernement les soutient. Il a toutefois une préférence pour l'amendement n° 34 de la commission, qui précise plus clairement quels sont les types de contrats qu'il vise.

Par ailleurs, l'amendement n° 34 tend à allouer un délai supplémentaire pour les contrats proposés à des assurés à faibles moyens, qui voulaient surtout se couvrir contre de très gros risques hospitaliers ou médicamenteux.

Madame le sénateur, comme le suggère M. le rapporteur, si vous acceptiez de retirer votre amendement au bénéfice de celui de la commission, cela permettrait de clarifier le choix.

M. le président. Madame Procaccia, l'amendement n° 140 est-il maintenu ?

Mme Catherine Procaccia. L'amendement que Christian Cambon et moi-même avions déposé était un peu plus large. Toutefois, si M. Vasselle et M. le ministre m'assurent que ce type de contrats sera pris en charge, un délai plus long est encore plus appréciable ! En conséquence, monsieur le président, je retire l'amendement n° 140.

M. le président. L'amendement n° 140 est retiré.

La parole est à M. Alain Vasselle, rapporteur.

M. Alain Vasselle, rapporteur. Je tenais juste à donner une précision complémentaire aux propos que j'ai tenus tout à l'heure à l'attention de Mme Procaccia.

La commission procédera prochainement à une audition de l'UNOCAM, l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, afin d'aborder cette question. Une telle consultation vous permettra, chère collègue, de pouvoir faire valoir le point de vue que vous avez défendu.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 34.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 36 rectifié, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Dans le I de l'article L. 162-5-13 du code de la sécurité sociale, après les mots : « exigence particulière du patient » sont insérés les mots : « notamment en cas de visite médicalement injustifiée ».

La parole est à M. Alain Vasselle, rapporteur.

M. Alain Vasselle, rapporteur. Je me suis largement expliqué sur cet amendement à l'occasion de la discussion générale. Il s'agit d'aligner le régime de la CMUC sur celui du contrat « responsable », c'est-à-dire sur les exigences relatives au parcours de soins.

Nous considérons que les bénéficiaires de la CMUC doivent remplir les mêmes conditions que les autres personnes en la matière.

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

M. Philippe Bas, ministre délégué. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 36 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 35, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Après le quatrième alinéa de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La prise en charge prévue au 1° ci-dessus peut être limitée par décret en Conseil d'Etat afin de respecter les dispositions de l'article L. 871-1 et de prendre en compte les avis de la Haute Autorité de santé eu égard à l'insuffisance du service médical rendu des produits, actes ou prestations de santé. »

Cet amendement a déjà été défendu.

Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Philippe Bas, *ministre délégué*. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 35.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 112 rectifié, présenté par M. Mercier et les membres du groupe Union centriste-UDF, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

« Cette majoration de participation ne peut être prise en charge par la protection complémentaire en matière de santé dont bénéficient les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 et sorties du régime prévu à l'article L. 380-1, quel que soit le choix qu'elles ont fait en vertu de l'article L. 861-4. »

La parole est à M. Adrien Giraud.

M. Adrien Giraud. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, notre amendement n° 112 rectifié vise à inclure dans la liste des contrats « responsables » les contrats de couverture maladie universelle complémentaire.

En effet, l'effectivité du parcours de soins est en partie assurée par le fait que les complémentaires ne remboursent pas la majoration de participation imposée aux patients en cas de manquement audit parcours.

Pour ce faire, les complémentaires bénéficient d'aides pour les contrats « responsables » définis à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

Or, les contrats CMUC ne figurent pas au nombre des contrats « responsables ». Leurs bénéficiaires peuvent donc ne pas respecter la règle de primo-consultation de leur médecin traitant et ne pas se voir appliquer la sanction du paiement de la majoration de consultation.

Par le présent amendement, nous entendons réintroduire dans le parcours de soins certains bénéficiaires de la CMUC.

En effet, pour ne pas faire peser une contrainte trop lourde sur les plus défavorisés, seuls les contrats de CMUC bénéficiant à des assurés sortis du régime de la CMU de base seraient, en vertu de notre amendement, réintroduits dans le parcours de soins.

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

M. Alain Vasselle, *rapporteur*. Je demande le retrait de cet amendement, compte tenu de ce que nous venons d'adopter.

Initialement, l'amendement de M. Mercier devait être examiné en amont de tous ces amendements. Or, maintenant, il vient en discussion en aval.

Monsieur Giraud, votre amendement tend à atteindre exactement les mêmes objectifs que ceux qui sont contenus dans les amendements de la commission. Il est donc satisfait.

M. le président. Monsieur Giraud, l'amendement n° 112 rectifié est-il maintenu ?

M. Adrien Giraud. Bien entendu, je le retire, dans la mesure où il est satisfait par les amendements de la commission.

M. le président. L'amendement n° 112 rectifié est retiré.

L'amendement n° 138 rectifié, présenté par Mmes Procaccia et Gousseau et M. Cambon, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe V ainsi rédigé :

V. – Le cinquième alinéa de l'article L. 112-3 du code des assurances est complété par quatre phrases ainsi rédigées :

« Par dérogation, la modification proposée par l'assureur d'un contrat complémentaire santé individuel ou collectif visant à le mettre en conformité avec les règles fixées par le décret en Conseil d'Etat mentionné à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est réputée acceptée à défaut d'opposition du souscripteur. L'assureur informe par écrit le souscripteur des nouvelles garanties proposées et des conséquences juridiques, sociales et fiscales qui résultent de ce choix en application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. Ce dernier dispose d'un délai de 30 jours pour refuser par écrit cette proposition. Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt un mois après l'expiration du délai précité de 30 jours et dans un délai compatible avec les obligations légales et conventionnelles d'information des adhérents ou affiliés par le souscripteur. »

La parole est à Mme Catherine Procaccia.

Mme Catherine Procaccia. Faisons un petit peu de droit des assurances.

Si intervient modification du contrat d'assurance auquel l'assuré a souscrit, celui-ci doit approuver l'avenant qui en résulte. Or, les contrats « responsables » de la plupart de nos mutuelles et de nos complémentaires maladie seront opérationnels au 1^{er} janvier 2006.

Ainsi, des millions de personnes devraient recevoir un avenant qu'il leur faudra accepter pour que les nouvelles clauses des contrats « responsables » puissent s'appliquer au 1^{er} janvier. C'est matériellement impossible, puisque les décrets d'application ne sont sortis que très récemment !

Cet amendement tend donc à permettre de déroger à la règle selon laquelle les assurés doivent renvoyer leur avenant pour que le nouveau contrat d'assurance s'applique, sous réserve que les principes de la loi qui a été votée l'année dernière soient respectés, cette dérogation ne s'appliquant qu'aux contrats « responsables ».

En effet, si cet amendement n'est pas adopté, il est à parier que, au 1^{er} janvier, moins de 5 % des assurés français auront communiqué leur acceptation. Lorsque les assureurs envoient des modifications de contrat, conformément à ce qu'exige la loi, il y a rarement plus de 15 % ou 20 % de retour.

L'amendement n° 138 rectifié tendrait à garantir l'application des contrats « responsables » le plus rapidement possible.

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

M. Alain Vasselle, *rapporteur*. La proposition de notre collègue nous apparaît tout à fait pragmatique. Si l'on veut aller vite, c'est une façon de procéder !

Nous aimerions que le Gouvernement nous livre son sentiment sur le sujet.

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

M. Philippe Bas, ministre délégué. C'est la règle « qui ne dit mot consent » que vous voulez voir adopter par la Haute Assemblée.

Lorsque l'on passe d'un contrat « non responsable » à un contrat « responsable », pour l'essentiel, la couverture apportée à l'assuré social ne pourra pas s'étendre au dépassement que ce même assuré aura provoqué en ne suivant pas le parcours de soins.

Un certain nombre d'assurés peuvent préférer avoir un contrat non responsable. Nous ne le souhaitons pas ! Toutefois, la règle « qui ne dit mot consent », qui suppose une sorte d'acquiescement tacite de la part de l'assuré, est quelque peu frustratoire dans la mesure où elle dispense d'une manifestation expresse de la volonté de l'assuré.

Autant nous souhaitons le développement des contrats « responsables », autant nous voulons que la procédure respecte les droits des assurés sociaux.

Il s'agit tout de même d'une règle importante que celle qui consiste à pouvoir exprimer son accord sur le changement de l'étendue de la couverture dont on bénéficie par rapport au contrat qu'on avait conclu quelques années auparavant !

Le délai prévu de deux mois est largement suffisant pour que s'exprime la volonté de l'assuré. Il n'est pas possible de procéder de manière totalement unilatérale, par simple lettre, pour prévenir l'assuré que l'on va modifier son contrat. Bien des moyens existent pour recueillir une réponse rapide de l'assuré autre que le consentement tacite : on peut s'adresser à lui par le biais d'un accusé de réception, par exemple.

Pour toutes ces raisons, madame la sénatrice, le Gouvernement préférerait que vous retiriez votre amendement, sinon il émettrait un avis défavorable.

M. le président. Madame Procaccia, acceptez-vous de retirer votre amendement ?

Mme Catherine Procaccia. Monsieur le ministre, j'ai le regret de vous dire que cela va à l'encontre de l'intérêt des assurés.

En effet, ils vont recevoir l'avenant en janvier ou en février. Par conséquent, le contrat « responsable » ne s'appliquera pas au 1^{er} janvier. Ils auront à acquitter une taxe sur les contrats d'assurance qu'ils ne payaient pas et ils paieront plus cher, précisément parce que le contrat « responsable » ne s'appliquera pas.

Je vais réfléchir à une éventuelle rectification le temps que le président About intervienne, mais je ne peux pas accepter vos propos.

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

M. Philippe Bas, ministre délégué. Permettez-moi de préciser que la plupart des organismes d'assurance ont pris depuis longtemps les dispositions nécessaires auprès de leur clientèle. Ce contrat « responsable » n'est nullement une improvisation ! Il était prévu dans la loi de 2004 ; le parcours de soins a été mis en œuvre le 1^{er} juillet 2005.

Un délai de six mois a été laissé précisément – Dieu sait qu'on nous l'a reproché à l'époque ! – pour permettre la mise en œuvre de ce dispositif. De ce point de vue, les choses me paraissent donc tout à fait claires.

M. le président. La parole est à M. le président de la commission.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Tout d'abord, je crois utile de rappeler que l'amendement de Mme Procaccia ne sous-tend pas l'idée d'un

changement tarifaire. Il n'est pas question de profiter de la dérogation et du principe selon lequel « qui ne dit mot consent » pour procéder à un changement de tarif.

En revanche, cet amendement est intéressant si l'on veut effectivement aller plus vite.

Le ministre suggère d'agir autrement, par le biais d'une lettre recommandée, par exemple. La disposition étant appliquée par décret, faut-il solennellement indiquer que l'assureur informe le souscripteur dans des conditions prévues par décret ?

M. Guy Fischer. Oui !

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. De toute façon, cela va de soi ! Je suggère toutefois à Mme Procaccia de rectifier son amendement pour préciser que les conditions présidant à l'information des assurés seront définies par décret.

Cette réécriture devrait rassurer le ministre, puisque c'est lui qui prendra le décret ! (*Mme Procaccia s'exclame.*) Il fixera donc les bonnes conditions dans lesquelles l'assureur informera le souscripteur.

M. le président. Madame Procaccia acceptez-vous de rectifier votre amendement en ce sens ?

Mme Catherine Procaccia. Je voudrais d'abord savoir si M. le ministre sera en mesure de publier le décret à temps ! En effet, le problème qui m'a conduit à déposer ces amendements est lié non aux assureurs, mais à l'absence de décret !

M. Bernard Cazeau. Comme toujours !

Mme Catherine Procaccia. Les assureurs et la Fédération française des sociétés d'assurances que j'ai reçus étaient prêts à agir, mais il ne suffit pas que la loi soit votée ! Le décret relatif aux contrats « responsables » n'étant sorti que voilà trois semaines, même si l'on envoie aujourd'hui les millions de lettres, cela n'est pas suffisant !

Par conséquent, malgré les bons conseils du président About, je maintiens mon amendement et je compte sur la sagesse des sénateurs pour prendre position.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. M. le président About a tendu une perche à Mme Procaccia, qui n'a pas voulu la saisir. Il a fait de même avec M. le ministre, qui ne l'a pas saisie non plus. Le mieux qui me reste à faire est maintenant de m'en remettre, sur l'amendement de Mme Procaccia, à la sagesse du Sénat ! (*Sourires.*)

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. J'ai du mal à comprendre ce débat très technique !

Les contrats « responsables », qui constituent la clé de voûte du parcours coordonné de soins et qui conditionnent sa réussite, me semblent d'une application très difficile.

Ce parcours coordonné de soins n'a pas pu être appliqué en 2005. Je me demande s'il le sera en 2006 ! Cela signifie que les économies qui devaient résulter de son application sont, là encore, très aléatoires ! Il sera très intéressant de faire le bilan à la fin de l'année prochaine, lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

J'étais déjà très pessimiste et je vous avoue que ce débat n'est pas fait pour me rendre optimiste sur les conséquences que vont avoir sur les dépenses de santé le parcours coordonné de soins, étant donné que celui-ci semble de plus en plus difficile à mettre en œuvre et donc à appliquer !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 138 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 36 bis, modifié.

(L'article 36 bis est adopté.)

Article additionnel avant l'article 37

M. le président. Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 37, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Avant l'article 37, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le premier alinéa de l'article L. 182-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire rend un avis motivé et public sur les projets de loi relatifs à l'assurance maladie et au financement de la sécurité sociale. »

La parole est à M. Alain Vasselle, rapporteur.

M. Alain Vasselle, rapporteur. Cet amendement a pour objet de réparer un oubli. En effet, dans la précipitation de l'examen du projet de loi relatif à l'assurance maladie, le Gouvernement et la commission des affaires sociales avaient omis – mais il n'est jamais trop tard pour bien faire – d'associer l'UNOCAM à l'avis sur les projets de loi relatifs à l'assurance maladie, y compris le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Étant donné que le dispositif repose à la fois sur le régime de base et sur les régimes complémentaires, la réussite de la réforme ne vaudra que si tous les acteurs y sont véritablement associés. C'est la raison pour laquelle la commission des affaires sociales vous propose cet amendement.

Mes chers collègues, l'amendement n° 289 du Gouvernement est quasiment identique, mais, je ne vous le cache pas, la commission des affaires sociales souhaite que vous privilégiez celui de la commission.

M. le président. L'amendement n° 289, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Avant l'article 37, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le premier alinéa de l'article L. 182-3 du code de la sécurité sociale, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Le ministre chargé de la sécurité sociale saisit pour avis l'Union des organismes d'assurance maladie complémentaire des projets de loi relatifs à l'assurance maladie et des projets de loi de financement de la sécurité sociale.

« Ces avis sont rendus dans les mêmes conditions que les avis mentionnés à l'article L. 200-3 ».

La parole est à M. le ministre délégué, pour présenter cet amendement et pour donner l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 37.

M. Philippe Bas, ministre délégué. Le Gouvernement est favorable à l'amendement de la commission. Il s'est senti obligé, non pas de le sous-amender, mais de préciser que les avis de l'Union des organismes d'assurance maladie complémentaire sur les projets de loi relatifs à l'assurance maladie et les projets de loi de financement de la sécurité sociale devaient être rendus dans les mêmes délais que ceux des caisses.

Je me réjouirais que cette question puisse être réglée en commission mixte paritaire, car, sur le fond, l'amendement de la commission est tout à fait satisfaisant pour nous.

M. Alain Vasselle, rapporteur. Nous le ferons !

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Faisons-le maintenant. Nous rectifions l'amendement en ce sens, monsieur le président.

M. Alain Vasselle, rapporteur. C'est une bonne idée.

M. le président. Je suis saisi donc saisi d'un amendement n° 37 rectifié, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Avant l'article 37, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le premier alinéa de l'article L. 182-3 du code de la sécurité sociale, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire rend un avis motivé et public sur les projets de loi relatifs à l'assurance maladie et au financement de la sécurité sociale.

« Ces avis sont rendus dans les mêmes conditions que les avis mentionnés à l'article L. 200-3. »

En conséquence, l'amendement n° 289 n'a plus d'objet.

La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

M. Guy Fischer. Nous allons voter contre cet amendement qui a été présenté par le rapporteur, rectifié par le président de la commission des affaires sociales et entériné par le Gouvernement, car nous sommes très sceptiques.

Nous avons rencontré le président de la Fédération nationale de la mutualité française et d'autres responsables de grandes mutuelles. Au cours de ce débat, nous n'avons cessé de dénoncer l'orientation que veut prendre le directeur général de l'UNOCAM. Lors de son audition, il nous a dit qu'il fallait recentrer l'assurance maladie sur son « cœur de métier », à savoir, nous a-t-il expliqué, les maladies lourdes.

Je me souviens, également que M. Chadelat souhaitait définir un panier de soins dans lequel l'assurance maladie obligatoire prendrait en charge tous les actes lourds, tandis que les assurances maladie complémentaires prendraient en charge les autres actes.

Pour notre part, notre raisonnement est le même : aujourd'hui, en permettant à l'UNOCAM d'exprimer son avis sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale, nous officialisons une privatisation rampante, dont M. le président de la commission, M. le rapporteur et M. le ministre accélèrent le processus. La Fédération française des sociétés d'assurance n'attend que cela pour entériner le rôle de plus en plus grand de cet organisme.

Certes, l'UNOCAM étant appelée à supporter des dépenses croissantes, je comprends fort bien que l'on ait la volonté de solliciter son avis, notamment lorsque le

Gouvernement présente le projet de loi de financement de la sécurité sociale, mais c'est à partir de tels amendements que l'on va lui conférer un rôle plus important.

M. le président. La parole est à M. le président de la commission.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Monsieur Fischer, je n'en reviens pas ! Si la commission a déposé cet amendement, c'est parce que M. Autain nous l'a demandé ! En effet, il était scandalisé que l'UNOCAM ne soit pas saisie, ne soit pas entendue par la commission et ne puisse pas donner son avis lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale ! (*Rires sur les travées de l'UMP.*)

M. Gérard Dériot, rapporteur. Eh oui !

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. J'ai alors répondu à M. Autain que nous retenions sa proposition et que nous déposerions un amendement en ce sens, dans le cadre du PLFSS.

M. François Autain. Vous n'êtes pas charitable ! (*Sourires.*)

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Je sais bien que le groupe communiste républicain et citoyen comprend des communistes et des républicains et citoyens,...

M. François Autain. Le MRC !

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. ... mais essayez de vous mettre d'accord, mes chers collègues !

Quoi qu'il en soit, je regrette de n'avoir donné satisfaction qu'à l'un des membres de ce groupe ! (*Nouveaux rires sur les mêmes travées.*)

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Monsieur le président de la commission, vous vous en souvenez, je vous ai demandé que le président de l'UNOCAM soit auditionné dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale, car j'en avais assez que les ministres parlent en son nom. Vous m'avez alors rétorqué que nous ne pouvions pas l'inviter parce qu'il n'était pas prévu que nous le sollicitions.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. En effet !

M. François Autain. Sans réfléchir, je vous ai dit : pourquoi pas ne pas lui donner cette possibilité ?

À la réflexion, si nous lui demandons d'exprimer un avis sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale, nous allons dans le sens d'une plus grande institutionnalisation de l'UNOCAM, en donnant à cette dernière plus de pouvoirs qu'elle n'en a.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Non, on ne fait que l'entendre !

M. François Autain. Mais si ! Cela signifie que l'UNOCAM prendra peut-être en charge demain la part la plus importante des remboursements des soins des Français, ce qui est inquiétant.

Monsieur About, vous le comprendrez, je suis obligé maintenant d'avoir une vision plus globale de la situation.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Si tel est votre souhait ! (*Sourires.*)

M. François Autain. C'est pourquoi je voterai contre l'amendement n° 37 rectifié. J'espère, cependant, que nous pourrions, l'année prochaine, voire avant, auditionner le président de l'UNOCAM...

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Grâce à cet amendement !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 37 rectifié.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, avant l'article 37.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

11

TEXTE SOUMIS AU SÉNAT EN APPLICATION DE L'ARTICLE 88-4 DE LA CONSTITUTION

M. le président. J'ai reçu de M. le Premier ministre le texte suivant, soumis au Sénat par le Gouvernement, en application de l'article 88-4 de la Constitution :

– Projet d'action commune du Conseil ... /.../PESC du ... relative à la mission de police de l'Union européenne (MPUE) en Bosnie-Herzégovine.

Ce texte sera imprimé sous le n° E 3007 et distribué.

12

ORDRE DU JOUR

M. le président. Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, précédemment fixée à aujourd'hui, vendredi 18 novembre 2005, à neuf heures trente et à quinze heures :

Suite de la discussion du projet de loi (n° 63, 2005-2006) de financement de la sécurité sociale pour 2006, adopté par l'Assemblée nationale.

Rapport (n° 73, 2005-2006) de MM. Alain Vasselle, Dominique Leclerc, André Lardeux et Gérard Dériot, fait au nom de la commission des affaires sociales.

Avis (n° 71, 2005-2006) de M. Jean-Jacques Jégou, fait au nom de la commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la nation.

Le délai limite pour le dépôt des amendements est expiré.

Délai limite pour les inscriptions de parole et pour le dépôt des amendements

Projet de loi portant engagement national pour le logement (n° 57, 2005-2006).

Délai limite pour les inscriptions de parole dans la discussion générale : vendredi 18 novembre 2005, à dix-sept heures.

Délai limite pour le dépôt des amendements : vendredi 18 novembre 2005, à douze heures.

Personne ne demande la parole ?...

La séance est levée.

(La séance est levée le vendredi 18 novembre 2005, à zéro heure trente.)

*La Directrice
du service du compte rendu intégral,
MONIQUE MUYARD*

ORGANISME EXTRAPARLEMENTAIRE

Lors de sa séance du jeudi 17 novembre 2005, le Sénat a désigné Mme Michèle André et M. Paul Blanc pour siéger au sein du Conseil national de la montagne.

QUESTION ORALE

REMISE À LA PRÉSIDENTE DU SÉNAT

Composition et missions du Conseil de modération et de prévention

873. – 24 novembre 2005. – Mme Anne-Marie Payet appelle l'attention de M. le ministre de la santé et des solidarités sur la composition et les missions du Conseil de modération et de préven-

tion. Dans son article 1^{er}, le décret n° 2005-1249 du 4 octobre 2005 énumère les missions de ce conseil, défini comme « une instance de dialogue et d'échange » qui ne saurait en aucun cas se substituer aux instances qualifiées en matière de santé publique ou de politique agricole. Il prévoit une composition équilibrée du conseil avec quatre catégories de membres, incluant aussi bien les acteurs de la santé publique que les organismes professionnels de la production et de la distribution de boissons alcoolisées, des parlementaires, des ministres, ou leurs représentants. Or, l'article 21 A de la loi d'orientation agricole nouvellement adoptée par les deux assemblées vient modifier profondément les missions de cet organisme, rendant obligatoire la saisine du conseil sur tout projet de campagne de santé publique concernant les risques liés à la surconsommation d'alcool et sur tout texte législatif et réglementaire dans son domaine de compétence. Elle souligne que l'objectif clairement affiché des députés est de modérer les campagnes de prévention contre l'alcoolisme et non pas de modérer la consommation excessive d'alcool. Cela équivaut, de fait, à attribuer aux viticulteurs un rôle prépondérant dans la lutte contre l'alcoolisme. Cette disposition vient briser la logique et la cohérence de l'action gouvernementale ; elle brouille la lisibilité de la politique de santé publique : comment peut-on se fixer pour objectif de faire baisser la consommation d'alcool de 20 % sur cinq ans et rendre obligatoire la saisine du Conseil de modération avant toute campagne publique sur ce sujet ? Elle rappelle que la consommation excessive d'alcool cause 45 000 décès par an dans notre pays et que les deux tiers d'entre eux sont imputables au vin, que le nombre d'alcootests positifs a augmenté de 41 % et que cinq millions de personnes sont exposées à des difficultés médicales, psychologiques et sociales du fait de leur consommation d'alcool. Ainsi, l'alcoolisme coûte à l'État 18 milliards d'euros par an ! En conséquence, elle lui demande de bien vouloir lui préciser sa position sur ce dossier et de lui faire connaître, le cas échéant, les moyens qu'il entend mettre en œuvre.

ABONNEMENTS

NUMÉROS d'édition	TITRES	TARIF abonnement France (*)
		Euros
	DÉBATS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE :	
03	Compte rendu..... 1 an	114,90
33	Questions..... 1 an	80,60
83	Table compte rendu.....	21,90
93	Table questions.....	17,40
	DÉBATS DU SÉNAT :	
05	Compte rendu..... 1 an	97,30
35	Questions..... 1 an	62,00
85	Table compte rendu.....	18,60
95	Table questions.....	12,30
	DOCUMENTS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE :	
07	Série ordinaire..... 1 an	576,80
27	Série budgétaire..... 1 an	69,30
	DOCUMENTS DU SÉNAT :	
09	Un an.....	527,10

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

Tout paiement à la commande facilitera son exécution

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

(*) Décret n° 2004-1434 du 23 décembre 2004

DIRECTION, RÉDACTION ET ADMINISTRATION : Journaux officiels, 26, rue Desaix, 75727 PARIS CEDEX 15
STANDARD : **01-40-58-75-00** – RENSEIGNEMENTS DOCUMENTAIRES : **01-40-58-79-79** – TÉLÉCOPIE ABONNEMENT : **01-40-58-77-57**

Prix du numéro : 0,90 €