

SÉNAT

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2010-2011

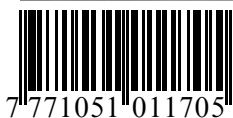
COMPTE RENDU INTÉGRAL

Séance du lundi 15 novembre 2010

(29^e jour de séance de la session)



www.senat.fr



SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE MME MONIQUE PAPON

Secrétaires :

Mme Michelle Demessine, M. Jean-Noël Guérini.

1. **Procès-verbal** (p. 9981)
2. **Convocation du Sénat** (p. 9981)
3. **Caducité de questions orales avec débat** (p. 9981)
4. **Rappels au règlement** (p. 9981)
MM. Jacky Le Menn, Guy Fischer, Mme la présidente, M. François Autain.
5. **Financement de la sécurité sociale pour 2011. – Suite de la discussion d'un projet de loi** (p. 9982)

Demande de priorité (p. 9982)

Demande de priorité des articles 44 à 47. – Mmes Muguette Dini, présidente de la commission des affaires sociales; Nora Berra, secrétaire d'État chargée de la santé. – La priorité est de droit.

Article 42 (p. 9982)

Amendement n° 432 de M. François Autain. – MM. François Autain, Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales, Mme la secrétaire d'État, M. Guy Fischer. – Rejet.

Adoption de l'article.

Articles additionnels après l'article 42 (p. 9984)

Amendement n° 505 rectifié de M. Alain Milon. – MM. Marc Laménie, Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la secrétaire d'État. – Retrait.

Amendement n° 254 de M. Guy Fischer. – M. François Autain.

Amendement n° 340 rectifié de M. Jacky Le Menn. – M. Yves Daudigny.

M. Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la secrétaire d'État, MM. François Autain, Jean-Pierre Fourcade. – Rejet des amendements n° 254 et 340 rectifié.

Amendement n° 257 de M. Guy Fischer. – MM. Guy Fischer, Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la secrétaire d'État, M. François Autain. – Rejet.

Amendement n° 256 de M. Guy Fischer. – MM. François Autain, Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la secrétaire d'État. – Rejet.

Amendements identiques n° 349 rectifié de M. Jacky Le Menn et 433 de M. François Autain. – Mme Gisèle Printz, MM. Guy Fischer, Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la secrétaire d'État. – Adoption des deux amendements insérant un article additionnel.

Amendements identiques n° 345 de M. Jacky Le Menn et 499 rectifié de M. Alain Milon. – MM. Jacky Le Menn, Marc Laménie, Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la secrétaire d'État. – Rejet des deux amendements.

Amendement n° 199 de M. Dominique Leclerc. – Mme Lucienne Malovry, M. Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la secrétaire d'État. – Retrait.

Amendement n° 343 de M. Jacky Le Menn. – MM. Ronan Kerdraon, Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la secrétaire d'État. – Rejet.

Amendement n° 344 de M. Jacky Le Menn. – MM. Yves Daudigny, Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la secrétaire d'État. – Rejet.

Amendements identiques n° 356 de M. Jacky Le Menn et 514 rectifié de M. Alain Milon. – MM. Jacky Le Menn, Marc Laménie, Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la secrétaire d'État. – Retrait de l'amendement n° 514 rectifié; rejet de l'amendement n° 356.

Article 42 *bis* (p. 9996)

Amendement n° 79 de la commission. – M. Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la secrétaire d'État. – Adoption.

Amendement n° 80 de la commission. – M. Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la secrétaire d'État. – Adoption.

Amendement n° 78 de la commission. – M. Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la secrétaire d'État. – Retrait.

Adoption de l'article modifié.

Article 42 *ter* (p. 9998)

Amendement n° 81 de la commission. – M. Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la secrétaire d'État. – Adoption de l'amendement rédigeant l'article.

Article 42 *quater* (p. 9998)

M. Guy Fischer.

Adoption de l'article.

Articles additionnels après l'article 42 *quater* (p. 9998)

Amendement n° 82 de la commission. – M. Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la secrétaire d'État, M. François Autain. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 483 rectifié *ter* de M. Philippe Dominati. – Mme Marie-Thérèse Hermange, M. Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la secrétaire d'État. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 115 de M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – MM. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis de la commission des finances; Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la secrétaire d'État. – Retrait.

Amendements identiques n°s 376 rectifié de Mme Anne-Marie Payet et 543 rectifié *bis* de M. Alain Milon. – Mme Anne-Marie Payet, MM. Marc Laménie, Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la secrétaire d'État. – Retrait des deux amendements.

Article 43 (p. 10002)

Mme Odette Terrade.

Adoption de l'article.

Article 44 (*priorité*) (p. 10003)

Amendement n° 280 de Mme Annie David. – MM. Guy Fischer, Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la secrétaire d'État. – Rejet.

Amendement n° 85 de la commission. – M. Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la secrétaire d'État. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 45 (*priorité*) (p. 10004)

Amendements identiques n°s 86 de la commission et 116 de M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – MM. Alain Vasselle, rapporteur général; Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis; Mme la secrétaire d'État, M. François Autain. – Adoption des deux amendements.

Amendement n° 597 du Gouvernement. – Mme la secrétaire d'État, M. Alain Vasselle, rapporteur général. – Adoption.

Amendement n° 585 du Gouvernement. – Mme la secrétaire d'État, MM. Alain Vasselle, rapporteur général; Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis; Mme Marie-Thérèse Hermange, M. Jean-Pierre Fourcade. – Rejet.

Amendement n° 601 du Gouvernement. – Mme la secrétaire d'État, M. Alain Vasselle, rapporteur général; Mmes Marie-Thérèse Hermange, Sylvie Desmarescaux, M. Yves Daudigny. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 45 (*priorité*) (p. 10010)

Amendements n°s 87 à 89 de la commission. – M. Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la secrétaire d'État. – Adoption des amendements insérant trois articles additionnels.

Amendements identiques n°s 336 rectifié de M. Jacky Le Menn et 436 rectifié de M. François Autain. – Mme Annie Jarraud-Vergnolle, MM. François Autain,

Alain Vasselle, rapporteur général; Mmes la secrétaire d'État, Annie Jarraud-Vergnolle, Marie-Thérèse Hermange. – Rejet des deux amendements.

Amendement n° 352 rectifié de M. Jean-Luc Fichet. – MM. Yves Daudigny, Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la secrétaire d'État. – Retrait.

Article 45 *bis* (*priorité*) (p. 10014)

Amendement n° 90 de la commission et sous-amendement n° 602 du Gouvernement. – M. Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la secrétaire d'État. – Adoption du sous-amendement et de l'amendement modifié.

Adoption de l'article.

Article 45 *ter* (*priorité*) (p. 10014)

Amendements identiques n°s 91 de la commission et 117 de M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis; sous-amendement n° 561 du Gouvernement à l'amendement n° 117. – MM. Alain Vasselle, rapporteur général; Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis; Mme la secrétaire d'État.

Suspension et reprise de la séance (p. 10016)

Mme la secrétaire d'État, M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – Retrait du sous-amendement n° 561; adoption des amendements identiques n°s 91 et 117 rédigeant l'article.

Article additionnel après l'article 45 *ter* (*priorité*) (p. 10016)

Amendement n° 598 du Gouvernement. – Mme la secrétaire d'État, MM. Alain Vasselle, rapporteur général; Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis; François Fortassin. – Rejet.

Article 46 (*priorité*). – Adoption (p. 10017)

Article 47 (*priorité*) (p. 10017)

Amendement n° 350 de M. Jacky Le Menn. – M. Jean-Marc Todeschini.

Amendement n° 526 de M. Alain Milon. – M. Marc Laménie.

Amendement n° 378 de Mme Anne-Marie Payet. – Mme Anne-Marie Payet.

M. Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la secrétaire d'État, M. Marc Laménie, Mmes Anne-Marie Payet, la présidente de la commission. – Rejet des amendements n°s 350 et 378; retrait de l'amendement n° 526.

Adoption de l'article.

Articles additionnels avant l'article 43 *bis* (p. 10020)

Amendements identiques n°s 173 rectifié de M. Yves Daudigny et 480 rectifié *bis* de M. Yvon Collin. – MM. Yves Daudigny, François Fortassin, Mmes Sylvie Desmarescaux, rapporteur de la commission des affaires sociales pour le secteur médico-social; la secrétaire d'État, MM. Guy Fischer, Mme Muguette Dini, présidente de la

commission des affaires sociales ; MM. Roland Courteau, Yves Daudigny. – Adoption des deux amendements insérant un article additionnel.

Suspension et reprise de la séance (p. 10021)

6. Conférence des présidents (p. 10021)

Mme la présidente, Odette Terrade.

7. Financement de la sécurité sociale pour 2011. – Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 10026)

Articles additionnels avant l'article 43 (*suite*) (p. 10026)

Amendements identiques n° 160 rectifié de M. Yves Daudigny et 401 rectifié de M. Nicolas About. – Mmes Gisèle Printz, Muguet Dini, Sylvie Desmarescaux, rapporteur de la commission des affaires sociales pour le secteur médico-social ; Nora Berra, secrétaire d'État, chargée de la santé. – Retrait de l'amendement n° 401 rectifié ; rejet de l'amendement n° 160 rectifié.

Amendement n° 176 rectifié de M. Yves Daudigny. – Mmes Raymonde Le Texier, Sylvie Desmarescaux, rapporteur ; la secrétaire d'État, M. Yves Daudigny. – Rejet.

Amendement n° 165 rectifié de M. Yves Daudigny. – Mmes Annie Jarraud-Vergnolle, Sylvie Desmarescaux, rapporteur ; la secrétaire d'État. – Rejet.

Amendement n° 500 rectifié *bis* de M. Alain Milon. – M. Marc Laménie, Mmes Sylvie Desmarescaux, rapporteur ; la secrétaire d'État. – Retrait.

Amendements identiques n° 167 rectifié de M. Yves Daudigny, 274 rectifié de Mme Isabelle Pasquet et 403 rectifié de M. Nicolas About. – Mme Annie Jarraud-Vergnolle, M. Guy Fischer, Mmes Muguet Dini, Sylvie Desmarescaux, rapporteur ; la secrétaire d'État, M. Yves Daudigny. – Retrait de l'amendement n° 403 rectifié ; rejet des amendements n° 167 rectifié et 274 rectifié.

Amendement n° 169 rectifié de M. Yves Daudigny. – M. Yves Daudigny, Mmes Sylvie Desmarescaux, rapporteur ; la secrétaire d'État. – Retrait.

Amendements identiques n° 166 rectifié de M. Yves Daudigny et 273 rectifié de Mme Isabelle Pasquet. – Mmes Raymonde Le Texier, Odette Terrade, Sylvie Desmarescaux, rapporteur ; la secrétaire d'État, MM. Bernard Cazeau, Yves Daudigny, Gérard Dériot. – Rejet des deux amendements.

Amendement n° 171 rectifié de M. Yves Daudigny. – M. Jacky Le Menn, Mmes Sylvie Desmarescaux, rapporteur ; la secrétaire d'État, MM. Gérard Dériot, Yves Daudigny. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 525 rectifié de M. Alain Milon. – M. Marc Laménie, Mmes Sylvie Desmarescaux, rapporteur ; la secrétaire d'État. – Retrait.

Article 43 *bis* (p. 10038)

M. Yves Daudigny.

Amendements n° 575 rectifié de la commission et 175 rectifié *bis* de M. Yves Daudigny. – Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur ; M. Yves Daudigny, Mme la secrétaire d'État, M. Guy Fischer, Mme Annie Jarraud-Vergnolle. – Adoption de l'amendement n° 575 rectifié, l'amendement n° 175 rectifié *bis* devenant sans objet.

Adoption de l'article modifié.

Article 43 *ter* (p. 10043)

Amendement n° 411 rectifié *bis* de M. Nicolas About. – M. Jean Boyer, Mmes Sylvie Desmarescaux, rapporteur ; la secrétaire d'État. – Retrait.

Amendement n° 501 rectifié *ter* de M. Alain Milon. – M. Marc Laménie, Mmes Sylvie Desmarescaux, rapporteur ; la secrétaire d'État. – Retrait.

Amendements identiques n° 299 rectifié *ter* de Mme Marie-Thérèse Hermange et 502 rectifié *ter* de M. Alain Milon. – M. Marc Laménie.

Amendements identiques n° 346 rectifié *ter* de M. Jacky Le Menn et 392 rectifié *bis* de M. Nicolas About. – MM. Jacky Le Menn, Jean Boyer.

Mmes Sylvie Desmarescaux, rapporteur ; la secrétaire d'État. – Adoption des amendements n° 299 rectifié *ter* et 502 rectifié *ter*, les amendements n° 346 rectifié *ter* et 392 rectifié *bis* devenant sans objet.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 43 *ter* (p. 10045)

Amendement n° 269 rectifié de Mme Isabelle Pasquet. – M. François Autain, Mmes Sylvie Desmarescaux, rapporteur ; la secrétaire d'État. – Retrait.

Amendement n° 272 rectifié de Mme Isabelle Pasquet. – Mmes Odette Terrade, Sylvie Desmarescaux, rapporteur ; la secrétaire d'État. – Rejet.

Amendement n° 503 rectifié *bis* de M. Alain Milon. – M. Marc Laménie. – Retrait.

Article 43 *quater* (p. 10047)

Amendement n° 516 rectifié *bis* de M. Alain Milon. – Retrait.

Amendement n° 414 de M. François Autain. – M. François Autain, Mmes Sylvie Desmarescaux, rapporteur ; la secrétaire d'État, M. Yves Daudigny. – Rejet.

Amendement n° 409 de M. Nicolas About. – M. Jean Boyer, Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur. – Retrait.

Adoption de l'article.

Article 43 *quinquies*. – Adoption (p. 10049)

Renvoi de la suite de la discussion.

8. Ordre du jour (p. 10049)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE MME MONIQUE PAPON

vice-présidente

Secrétaires :
Mme Michelle Demessine,
M. Jean-Noël Guérini.

Mme la présidente. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à quinze heures dix.)

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

CONVOCATION DU SÉNAT

Mme la présidente. Par lettre en date du dimanche 4 novembre 2010, M. François Fillon, Premier ministre, a demandé au Sénat, en application de l'article 48, alinéa 3, de la Constitution, de siéger pour examiner le projet de loi de financement de la sécurité sociale, aujourd'hui, à quinze heures et le soir, et demain, mardi 16 novembre, l'après-midi et le soir.

M. le président du Sénat nous a donc convoqués aujourd'hui, mes chers collègues, pour que nous poursuivions l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Je vous informe par ailleurs que la conférence des présidents se réunira ce soir, à vingt heures trente, pour délibérer sur la suite de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale et sur le reste de l'ordre du jour jusqu'à la discussion budgétaire, dont il est prévu qu'elle débute le jeudi 18 novembre.

3

CADUCITÉ DE QUESTIONS ORALES AVEC DÉBAT

Mme la présidente. Je rappelle au Sénat que toutes les questions orales avec débat qui avaient été déposées avant le 13 novembre 2010 sont devenues caduques en raison de la cessation des fonctions du gouvernement auquel elles étaient adressées.

Les auteurs de ces questions ont été informés individuellement de cette caducité.

4

RAPPELS AU RÈGLEMENT

Mme la présidente. La parole est à M. Jacky Le Menn, pour un rappel au règlement.

M. Jacky Le Menn. Madame la présidente, de ce côté de l'hémicycle, et sans doute au-delà, nous sommes particulièrement insatisfaits des conditions dans lesquelles se déroule ce moment important qu'est l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

En effet, nous sommes en quelque sorte les victimes collatérales de la stratégie de communication du Président de la République, ce qui est fort désagréable.

Il convient d'organiser nos travaux le plus rationnellement possible. Nous étions censés siéger samedi soir et dimanche pour achever l'examen de ce texte. Or tel n'a pas été le cas. Ainsi, de nombreux collègues, qui s'étaient libérés pour la fin de semaine, ne pourront-ils être présents aujourd'hui. Pourtant, ils avaient à cœur de défendre leurs amendements, dans le cadre d'un échange que nous souhaitons fructueux. Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui porte sur plus de 460 milliards d'euros, est tout de même loin d'être un texte mineur!

Ayant l'impression que notre travail est de plus en plus déconsidéré, nous tenons à protester très officiellement contre cette manière de procéder. *(Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.)*

Mme la présidente. La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. Madame la présidente, je souhaite m'associer au rappel au règlement de mon collègue Jacky Le Menn.

Comme vous pouvez le constater, la parité n'est pas respectée, cet après-midi, au sein de notre groupe. *(Sourires.)* Cette situation exceptionnelle est due à la convocation précipitée dont notre assemblée vient de faire l'objet.

Pour ma part, j'ai dû me sacrifier et remettre pas moins de six rendez-vous, pourtant fort attendus, que j'avais déjà été obligé de reporter du fait de la discussion du projet de loi portant réforme des retraites.

Il est véritablement déplorable de travailler ainsi! Nous pensions en effet que nous reprendrions nos travaux après la déclaration de politique générale du Gouvernement, comme c'est la tradition. Mais il semble que l'on ne respecte plus désormais les traditions et que l'on méprise le Parlement, et plus particulièrement le Sénat.

Par ce rappel au règlement, nous souhaitons témoigner notre profond mécontentement devant les conditions de travail qui nous sont faites! (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.*)

Mme la présidente. Acte est donné de ce rappel au règlement. Je saisisrai de vos observations la conférence des présidents, qui se réunit ce soir.

La parole est à M. François Autain, pour un rappel au règlement.

M. François Autain. Madame la présidente, est-il habituel que l'on modifie l'ordre du jour sans même réunir la conférence des présidents? Nous allons en effet poursuivre l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, sans qu'au préalable la conférence des présidents en ait décidé ainsi. Est-ce bien conforme au règlement?

Mais sans doute notre règlement n'a-t-il pas prévu le cas de figure, il est vrai inédit, d'un changement de gouvernement en cours de discussion budgétaire!

Mme la présidente. Mon cher collègue, acte vous est donné de votre rappel au règlement. Sachez que tout est parfaitement conforme et à la Constitution et au règlement du Sénat. (*M. François Autain s'exclame.*)

5

FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2011

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, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2011 (projet n° 84, rapports n° 88 et 90).

Demande de priorité

Mme la présidente. La parole est à Mme la présidente de la commission des affaires sociales.

Mme Muguet Dini, présidente de la commission des affaires sociales. Madame la présidente, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, en application de l'article 44, alinéa 6, du règlement, la commission demande l'examen en priorité des articles 44 à 47 inclus, après l'amendement n° 524 portant article additionnel après l'article 43.

Mme la présidente. Je rappelle que, aux termes de l'article 44, alinéa 6, de notre règlement, la priorité est de droit quand elle est demandée par la commission saisie au fond, sauf opposition du Gouvernement.

Quel est donc l'avis du Gouvernement sur cette demande de priorité?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État chargée de la santé. Avis favorable.

Mme la présidente. La priorité est ordonnée.

QUATRIÈME PARTIE (*SUITE*)

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'ANNÉE 2011

Section 1 (*suite*)

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Mme la présidente. Dans la discussion des articles, nous en sommes parvenus, au sein de la section 1 de la quatrième partie, à l'article 42.

Article 42

- ① I. – L'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale est complété par un 3° ainsi rédigé :
- ② « 3° Les activités financées conformément aux dispositions de l'article L. 174-5. »
- ③ II. – Après la première phrase du second alinéa du I de l'article L. 162-22-2 du même code, il est inséré une phrase ainsi rédigée :
- ④ « Il distingue la part afférente à chacune des activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22. »
- ⑤ III. – L'article L. 174-1-1 du même code est ainsi modifié :
- ⑥ 1° Le 1° et le 1° *bis* sont remplacés par un 1° ainsi rédigé :
- ⑦ « 1° Les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 exercées par les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 ; »
- ⑧ 2° À la fin du 3°, les mots : « des unités de soins de longue durée » sont remplacés par les mots : « mentionnées au 3° de l'article L. 162-22 » ;
- ⑨ 3° Au 4°, les mots : « de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation » sont remplacés par les mots : « mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 » ;
- ⑩ 4° Après la première phrase de l'avant-dernier alinéa, il est inséré une phrase ainsi rédigée :
- ⑪ « Il distingue la part afférente à chacune des activités mentionnées au 1°. »

Mme la présidente. L'amendement n° 432, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. Madame la présidente, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, l'article 42 de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale semble être un pas de plus vers l'application au secteur de la psychiatrie de la tarification à l'activité, ce qui nous apparaît une aberration à la fois économique et sociale.

Nous nous sommes constamment opposés à la T2A. Le groupe CRC-SPG a été pratiquement le seul groupe à se prononcer contre son instauration lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004. L'application qui en a été faite depuis nous prouve, malheureusement, que nous avons raison. Ce nouveau mode de

tarification n'est en effet pas étranger aux difficultés que rencontre aujourd'hui l'hôpital. Nous craignons qu'à moyen terme un certain nombre de malades, que je dirais « non rentables », ne trouvent plus leur place dans l'hôpital.

Si nous constatons aujourd'hui que ce mode de tarification ne s'adapte pas à la médecine, à la chirurgie et à l'obstétrique, nous pensons qu'il est particulièrement inadapté à la psychiatrie, qui comporte peu d'actes techniques pouvant facilement s'insérer dans un GHM, c'est-à-dire un groupe homogène de malades, et dont l'exercice est surtout constitué de consultations souvent effectuées par des équipes pluridisciplinaires.

Par conséquent, nous pensons que, moins que les autres spécialités, la psychiatrie se prête à l'application de la T2A. Nous demandons donc la suppression de cet article, qui est la préparation de l'extension de ce mode de tarification à la psychiatrie.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Madame la présidente, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, peut-être y a-t-il eu une confusion dans l'esprit de M. Autain lorsqu'il a rédigé cet amendement. Il ne s'agit pas en effet de tarifier dès à présent la psychiatrie.

M. François Autain. Mais si !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Il s'agit de procéder à une clarification, de bien distinguer ce qui relève de la psychiatrie de ce qui relève des soins de suite. C'est une étape préalable indispensable avant de s'engager vers la tarification. C'est la raison pour laquelle votre proposition de suppression de l'article ne me paraît pas utile. Ce serait seulement un bon moyen de freiner l'avancée vers la tarification, étape préalable à l'application de la T2A.

M. François Autain. Nous voulons effectivement la freiner !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. C'est donc un avis défavorable.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Même avis que la commission : défavorable !

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

M. Guy Fischer. Le 5 mai 2010, j'organisais au Sénat avec François Autain un grand colloque sur la psychiatrie. Il devait réunir plus de cent dix personnes : des usagers, des médecins, des proches de patients, des infirmiers, des sociologues, des directeurs d'établissement, bref, toutes celles et tous ceux qui sentaient le besoin d'échanger sur la psychiatrie dans un contexte particulier, marqué par votre annonce de réformer l'hospitalisation sous contrainte. Je ne reviendrai pas sur cette question, elle fera certainement l'objet d'un débat prochainement.

Je voudrais simplement vous lire une partie de l'intervention prononcée par un gestionnaire d'établissement psychiatrique lors de ce colloque. Elle est, je crois, très éclairante.

« Avec la seconde version de certification, la procédure a commencé à se modéliser et les critères se sont resserrés. Ainsi, les établissements expliquent toujours leurs pratiques mais, pour apprécier ces explications, les experts utilisent des grilles d'évaluation très précises. Leurs compétences professionnelles d'experts de la Haute Autorité de santé, sont donc mises de côté. Avec la dernière version de certification, le pas est franchi. Désormais, l'établissement n'a pas à expliquer ses pratiques. À quelques nuances près, il répond à des critères par oui ou non. À ces réponses doivent correspondre des documents écrits qui sont appelés " documents preuves " .

« On pousse le formalisme jusqu'au bout et la certification qui, au départ, a été conçue pour tenir compte des pratiques soignantes, est aujourd'hui affaire d'administratifs comme moi ou de qualitatifs qui, pour certains, ne sont même pas des soignants. Logique, car qui mieux qu'un administratif peut renseigner les montagnes de documents demandés ? Plus dangereux, c'est laisser un administratif organiser la politique de soin à travers des protocoles et des démarches qualité.

« Nous sommes aujourd'hui inscrits dans une démarche qualité qui n'a rien à voir avec le soin, mais qui est directement issue des pratiques du secteur industriel. On doit analyser des risques pour tendre vers le risque zéro. Pour cela, on utilise des méthodes d'analyse directement inspirées des normes ISO de l'industrie.

« Et ces méthodes dans le milieu psychiatrique sont porteuses de bien plus de risques que le risque qu'elles sont censées prévenir. Et, surtout, on arrive à des situations irrationnelles où les établissements sont conduits à répondre à des objectifs contradictoires.

« Ainsi, je vais prendre pour exemple deux des grands objectifs visés par la certification : d'une part, les établissements doivent veiller à bien traiter leur patient et à réfléchir à l'éthique de leurs pratiques ; d'autre part, ils doivent développer une démarche qualité visant à la maîtrise des risques.

« Cette notion de bienveillance, apparue dans la dernière version de certification des établissements, est directement issue du dispositif législatif, notamment de la loi de 2002 sur les droits du patient, ainsi que des recommandations européennes, notamment la recommandation R 10 de 2004.

« Ces textes énoncent clairement que le patient hospitalisé en psychiatrie conserve la pleine jouissance de ses libertés individuelles et que les soignants doivent respecter ses droits et sa dignité. La Haute Autorité de santé a, d'ailleurs, élaboré un référentiel des situations qui peuvent être considérées comme de la maltraitance. Par exemple, on y trouve la non-prise en compte de la parole du patient et la non-prise en compte de la douleur qu'il exprime.

« Les soignants avec lesquels je travaille s'inscrivent pleinement dans ce souci de bien traiter les patients, de prendre en compte leur parole, leur douleur. Ils s'interrogent sans cesse sur leur pratique et sur son sens. Concrètement, bien traiter un patient en psychiatrie, que cela signifie-t-il ?

« C'est d'abord le laisser libre de se soigner, lui expliquer les soins proposés lorsqu'il accepte l'hospitalisation et c'est l'accueillir dans de bonnes conditions. C'est accepter qu'il ait un avis à donner sur les soins et le traitement médicamenteux. C'est accepter qu'il donne son avis sur les conditions générales de son séjour. C'est aussi accepter qu'il n'aille pas bien et que cette souffrance parfois s'extériorise bruyamment. »

J'arrête là ma citation de ce psychiatre qui participait à nos travaux.

Ce premier pas vers l'application à la psychiatrie d'une T2A fait naître de grandes interrogations. Nous pensons aujourd'hui qu'il y a un véritable danger. À terme, il s'agira d'appliquer la T2A à la psychiatrie, ce sera un premier pas ; puis, après avoir en quelque sorte sondé le terrain, on fera du traitement comptable la finalité de la gestion des hôpitaux psychiatriques. (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 432. (*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 42.

(L'article 42 est adopté.)

Articles additionnels après l'article 42

Mme la présidente. L'amendement n° 505 rectifié, présenté par MM. Milon, P. Blanc, Laménie, J. Blanc et Revet, est ainsi libellé :

Après l'article 42, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La première phrase de l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale, est complété par les mots : « ainsi que les prestations de soins relatives au traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extra-rénale selon les modalités mentionnées au 1° de l'article R 6123-54 du code de la santé publique, afin de privilégier les modalités mentionnées au 2°, 3° et au 4° de l'article R 6123-54 du même code.

La parole est à M. Marc Laménie.

M. Marc Laménie. Madame la présidente, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, cet amendement est à l'initiative, en particulier, de notre collègue Alain Milon. Il s'agit de compléter l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale.

La tarification à l'activité et la concentration des médecins sur les villes importantes comportent l'inconvénient d'encourager les établissements de santé publics et privés à privilégier la dialyse en centre, nettement mieux tarifiée. Par ailleurs, la dialyse hors centre est beaucoup moins onéreuse pour l'assurance maladie mais présente la difficulté, pour les associations de dialyse, de comporter des coûts spécifiques de desserte de proximité et de couverture du territoire.

C'est la raison pour laquelle le présent amendement prévoit d'inscrire dans la durée l'objectif d'amélioration des conditions d'exercice et de développement de la dialyse hors centre.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Lors de l'examen de cet amendement en commission, nous avons écouté avec intérêt les arguments avancés par nos collègues Marc Laménie et Alain Milon.

Si nous souscrivons pleinement à leur démarche, il semblerait toutefois, à notre connaissance, qu'il n'existe pas, à ce stade, de référentiel pour la dialyse à domicile. Mme la secrétaire d'État pourra confirmer ou infirmer mes propos. En revanche, la proposition des auteurs de l'amendement soulèverait moins de difficultés pour les autres pathologies que nous avons placées sous entente préalable, notamment les soins de suite et de rééducation, dans la mesure où il existe un référentiel en la matière.

Par conséquent, cet amendement doit être plutôt considéré comme un amendement d'appel adressé au Gouvernement.

Nous sommes tous favorables au développement de la dialyse à domicile, chaque fois qu'elle sera possible, mais, à ce jour, sans doute celle-ci n'est-elle pas encore très sûre sur le plan sanitaire. Si le Gouvernement considère que c'est possible, la commission s'en remettra à la sagesse du Sénat ; s'il considère, au contraire, qu'il reste encore plusieurs étapes à franchir avant de s'engager dans cette voie, la commission considérera qu'il importe avant tout de ne faire prendre aucun risque aux patients.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Monsieur Laménie, il est question, ici, de l'optimisation de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, de surcroît terminale. De fait, le mécanisme d'entente préalable, me semble-t-il, n'est pas véritablement adapté à cette pathologie, le meilleur traitement étant bien évidemment la greffe rénale. Aussi, il est essentiel de promouvoir le don d'organes et la greffe, et c'est pourquoi, à la demande de Roselyne Bachelot-Narquin, alors ministre de la santé, l'Agence de biomédecine a lancé, en juin dernier, une action dans ce sens.

Par ailleurs, pour compléter les propos de M. le rapporteur général, je vous confirme que la Haute Autorité de santé ne dispose à ce jour d'aucune étude médico-économique sur la stratégie la plus efficace de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale. C'est un sujet sur lequel elle travaille actuellement, et elle devrait rendre ses conclusions au début de l'année 2012. De fait, nous ne disposons pas de données sanitaires objectivées sur les dialyses à domicile et sur leur taux optimal.

En outre, sur le plan purement juridique, les prestations de dialyse en centre sont incluses dans le champ visé par l'article sur l'entente préalable, qui couvre toutes les prestations d'hospitalisation prises en charge par l'assurance maladie.

Enfin, l'une des priorités des agences régionales de santé, dans leur gestion du risque, est précisément de lever les freins au développement de la greffe et de la dialyse à domicile. Je ne détaillerai pas davantage, ici, les modalités de leur action.

Pour l'ensemble de ces raisons, je vous demanderai, monsieur Laménie, de bien vouloir retirer votre amendement ; à défaut, le Gouvernement émettra un avis défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur général de la commission des affaires sociales.

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Vos propos, madame la secrétaire d'État, me rappellent certaines observations qui ont été formulées tant par les représentants de la Caisse nationale d'assurance maladie lors de leurs auditions que par plusieurs de nos collègues en commission. Dans certains départements, il n'existe aucune possibilité d'effectuer des dialyses à domicile, ce qui soulève un réel problème. De fait, les patients concernés sont systématiquement hospitalisés.

Aussi, avant même que la Haute Autorité de santé ne fasse connaître les conclusions de son étude et ses référentiels, il conviendrait de demander par circulaire – une de plus, mais cela ne fera jamais que la deux cent cinquante et unième – aux directeurs des agences régionales de santé de veiller à ce que la situation des personnes dialysées habitant dans ces départements soit prise en considération afin de faciliter leur traitement.

Mme la présidente. Monsieur Laménie, l'amendement n° 505 rectifié est-il maintenu ?

M. Marc Laménie. J'ai écouté avec attention les explications et les arguments avancés tant par Mme la secrétaire d'État que par M. le rapporteur général, lequel a rappelé le débat que nous avons eu en commission.

Les auteurs de cet amendement attachent une grande importance à leur démarche et veulent obtenir des avancées à court terme, si possible. Néanmoins, je suis bien conscient de la complexité de cette question, madame la secrétaire d'État, et c'est pourquoi je retire cet amendement, amendement d'appel, finalement.

Mme la présidente. L'amendement n° 505 rectifié est retiré.

Je suis saisie de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 254, présenté par M. Fischer, Mmes David et Pasquet, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du parti de gauche, est ainsi libellé :

Après l'article 42, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le sixième alinéa de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les établissements privés mentionnés au d) et au e), les tarifs intègrent les honoraires des médecins libéraux qui y exercent. »

La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. Le Gouvernement, avec la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « loi HPST », s'est engagé encore un peu plus dans la privatisation du secteur public. J'en veux pour preuve la possibilité que vous avez laissée aux établissements privés lucratifs de créer des centres de santé, ou encore l'instauration dans les hôpitaux de méthodes de management issues du privé et de l'industrie, telles que la rémunération au mérite des personnels.

De plus, vous avez autorisé la création d'une véritable structure hybride mêlant indistinctement public et privé, à savoir les groupements de coopération sanitaire. Les établissements cliniques commerciaux ont aussi, et c'est une nouveauté, la possibilité d'exercer une ou plusieurs missions de service public à leur convenance, sous réserve qu'ils en aient reçu l'autorisation de la part des directeurs généraux des agences régionales de santé.

À cela s'ajoute la volonté du Gouvernement d'imposer la convergence tarifaire, même si l'échéance a été repoussée, entre les établissements publics et privés commerciaux.

Si nous nous réjouissons que vous reconnaissiez, dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, que les prix pratiqués par le public peuvent être quelquefois moins élevés que ceux qui sont pratiqués par le privé, nous regrettons que vous n'alliez pas plus loin en intégrant, comme nous vous le proposons par cet amendement, aux tarifs des établissements privés commerciaux les honoraires des médecins qui y exercent.

En effet, les GHS, à la différence de ce qui prévaut dans le secteur public, n'intègrent pas les honoraires médicaux, ce qui crée des inégalités. Cette question, par conséquent, n'est pas anodine. Elle l'est d'autant moins que ce sont souvent dans les cliniques qu'exploitent les dépassements d'honoraires.

En refusant d'intégrer les honoraires des médecins des établissements privés, vous diminuez artificiellement le coût des soins dispensés dans les structures commerciales et ne prenez en compte que ce qui est remboursable. Ce faisant, vous fermez volontairement les yeux sur les sommes importantes que supportent seuls les patients en raison des dépassements d'honoraires.

M. Guy Fischer. C'est scandaleux !

M. François Autain. Ce refus vous permet également de faire croire que les établissements publics, en dehors des dépenses liées aux sujétions de service public, qui ont un coût, reviennent plus cher à la collectivité que les établissements privés. Cela vous autoriserait ainsi à transposer les règles marchandes et commerciales des cliniques commerciales au secteur public,

ce qui est une aberration, compte tenu de ses spécificités, à savoir la non-sélection des missions et des patients et la réalisation des soins non programmés.

Un an après l'adoption de la loi HPST, qui accentue la concurrence entre le secteur privé lucratif et le secteur public, nous considérons qu'il est urgent d'intégrer les honoraires dans les GHS des cliniques privées. (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 340 rectifié, présenté par M. Le Menn, Mme Jarraud-Vergnolle, M. Daudigny, Mme Le Texier, MM. Cazeau et Desessard, Mmes Demontès, Campion, Alquier, Printz et Schillinger, MM. Kerdraon, Godéfroy, Jeannerot, S. Larcher et Gillot, Mmes San Vicente-Baudrin et Ghali, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Après l'article 42, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à M. Yves Daudigny.

M. Yves Daudigny. À maintes reprises, comme je l'ai encore fait samedi dernier, avant que le Sénat n'ajourne ses travaux en raison de la démission du Premier ministre, nous avons dénoncé les effets pervers de la conduite à marche forcée de la tarification à l'activité telle qu'elle est imposée aux établissements publics depuis quelques années.

La Cour des comptes elle-même a déjà souligné les incohérences de sa mise en œuvre, allant même jusqu'à dire que la T2A est devenue un dispositif opaque pour les gestionnaires. La Cour a encore récemment insisté sur les nécessaires améliorations à apporter au dispositif, s'agissant notamment de la définition même des tarifs et des missions d'intérêt général ainsi que du scénario de convergence des tarifs entre secteurs public et privé.

Notre amendement s'inscrit dans le cadre de ces réflexions et de ces constats. Il vise à intégrer les honoraires médicaux dans le tarif de séjour des établissements privés, préalablement à la régulation prix-volume.

En effet, comment faire converger les tarifs des établissements publics et privés, alors que les modalités de détermination du coût des séjours sont différentes ?

Le problème est que les honoraires médicaux ne sont pas intégrés dans les coûts de séjour des cliniques privées, alors même que les rémunérations des professionnels médicaux le sont dans ceux des établissements publics, formant ainsi un coût « global ». Cette différence participe à la distorsion de tarification que décrit la Cour des comptes dans son dernier rapport.

Pour cette raison, la régulation prix-volume n'a pas, à ce jour, le même impact selon le secteur d'exercice et elle s'effectue au détriment de l'hôpital public : son coût de séjour est effectivement « tout compris », alors que, dans le privé, les honoraires sont soumis aux résultats de la négociation conventionnelle.

À l'origine, faut-il le rappeler ? la réforme de la T2A avait été pensée autour de deux principes directeurs : d'une part, dynamiser la gestion des établissements publics en substituant au financement par dotation instauré en 1983 des recettes issues de l'activité de soins produite ; d'une part, éliminer

progressivement les disparités historiques de financement entre établissements, qu'ils soient publics ou privés, en faisant converger leurs tarifs pour appliquer un principe, simple en apparence, à prestation identique, tarif identique.

Encore faut-il, pour cela, se référer à des bases comparables. Tel est l'objet de l'amendement que nous vous demandons d'adopter.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Ces deux amendements visent à intégrer dans le tarif les honoraires des médecins exerçant dans les établissements privés.

Cette question est naturellement prise en compte dans le processus de convergence, lequel tiendra compte des honoraires des médecins et des tarifs à l'acte pratiqués par les établissements privés.

À ce jour, le tarif public intègre la part salariale des médecins et des praticiens hospitaliers qui appartiennent à la fonction publique hospitalière, ce qui donne un tarif plus élevé que celui qui est pratiqué pour le même acte dans les établissements privés, puisque s'ajoutent aux actes les honoraires.

Pour le moment, nous ne pensons pas qu'il faille faire évoluer la situation, même si vos réflexions sont tout à fait pertinentes.

M. Guy Fischer. Elles sont pleines de bon sens !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Mme la secrétaire d'État pourra vous confirmer que le Gouvernement intégrera bien entendu les honoraires dans le processus de convergence.

M. Guy Fischer. On sera bien avancé !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. En réalité, vous soulevez la question des dépassements d'honoraires, que vous aimeriez voir réglée.

M. Guy Fischer. Eh oui !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Il est vrai que, s'il existait un tarif intégrant les honoraires, cela nous permettrait de régler cette question des dépassements.

M. Guy Fischer. Vous admettez donc que c'est scandaleux !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Puisque, par ailleurs, nous réfléchissons actuellement à la création d'un secteur optionnel, laissons les choses suivre leur cours, laissons les négociations conventionnelles aboutir. Il sera toujours temps de répondre à votre demande.

Aussi, je demande à chacun des auteurs de ces deux amendements de bien vouloir les retirer ; à défaut, la commission émettra un avis défavorable.

M. François Autain. Cela dure depuis six ans !

M. Guy Fischer. Six ans, monsieur le rapporteur général !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Je le sais, mes chers collègues, mais je suis intervenu pour demander que le processus soit accéléré !

M. Guy Fischer. Nous aimerions que cela aille encore plus vite !

M. Nicolas About. *Chi va piano va sano ! (Sourires.)*

M. Guy Fischer. *E va lontano !*

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. La convergence doit concerner des prestations homogènes et clarifier au préalable les différences entre la nature des activités produites. Or, aujourd'hui, le tarif du GHS ne recouvre pas le même champ de charges selon qu'il s'applique à l'hôpital public, où toutes les prestations sont comprises, ou aux cliniques, où les honoraires sont facturés en sus.

L'évolution que proposent les auteurs de ces amendements pour harmoniser les champs de charges couvertes, à savoir le regroupement de la rémunération de la structure et des honoraires dans un même tarif pour les établissements privés, paraît simple en apparence du point de vue technique, mais elle est porteuse de nombreuses implications et conséquences qui dépassent le seul sujet de la convergence tarifaire.

Cette solution ne me semble pas acceptable, du moins en tant que cible à court terme, pour les raisons suivantes.

Premièrement, elle complexifie considérablement le débat sur la convergence, en créant un nouveau sujet de discussion – la question du statut des médecins exerçant en clinique – avec le risque, s'agissant des médecins libéraux, d'une requalification en contrat de travail.

Deuxièmement, elle crée un mécanisme de compensation entre les revenus des cliniques et des médecins, dont les cliniques pâtiront dès lors que la négociation des honoraires se fait dans un autre cadre et que les dépassements d'honoraires sont librement fixés par les médecins.

Troisièmement, elle pose la question de l'harmonisation des règles de prise en charge par les organismes d'assurance maladie, puisque, les dépassements d'honoraires n'étant pas remboursés, le taux moyen de prise en charge est plus bas dans la filière privée que dans la filière publique.

La globalisation de la rémunération devrait dès lors conduire à harmoniser le taux de prise en charge et, donc, à resocialiser les dépassements d'honoraires.

On voit bien, ici, les difficultés, notamment financières, auxquelles une telle évolution se heurterait. D'ailleurs, en 2005, l'Inspection générale des affaires sociales estimait le coût de la réintégration des dépassements à 530 millions d'euros, sauf à créer des effets revenus massifs pour les médecins.

Mesdames, messieurs les sénateurs, vous le comprenez, le Gouvernement est, pour ces raisons, défavorable à ces amendements.

M. Jacky Le Menn. Nous comprenons, mais nous ne sommes pas d'accord !

M. Guy Fischer. Cela commence mal, madame la secrétaire d'État !

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

M. François Autain. J'ai bien entendu les explications qui viennent de nous être données, mais elles ne me convainquent absolument pas ! Une injustice demeurera.

J'insiste sur le fait que ces inconvénients ont été soulignés par la Cour des comptes dans son dernier rapport, à propos, en particulier, de l'imagerie médicale.

Il faut espérer qu'il y aura encore demain des radiologues dans nos hôpitaux ! En effet, compte tenu du mode de rémunération, tous les radiologues quittent l'hôpital pour le secteur privé. Pourquoi ? Ce dernier leur offre une rémunération à l'acte : ils sont rétribués à chaque fois qu'ils réalisent une IRM ou un cliché radiographique. Ce n'est pas le cas à l'hôpital.

Plus grave encore, à mon sens, cette pratique encourage une multiplication des actes d'imagerie médicale, avec toutes les conséquences qui en découlent.

Je voudrais insister sur un deuxième point, auquel je sais M. le rapporteur général sensible.

Les dépassements d'honoraires ne pourront jamais être pris en compte dans le GHS de la clinique, y compris dans l'hypothèse où nous effectuerions des comparaisons intégrant les honoraires. Puisque seuls les honoraires qui font l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie obligatoire seront pris en compte, les dépassements ne seront jamais concernés.

Vous pensez que nous aurons, demain, un secteur optionnel, monsieur le rapporteur général. J'ai donc bien compris que vous n'étiez pas pressé. Les patients, eux, le sont beaucoup plus que vous...

M. Jacky Le Menn. Ils sont impatients !

M. François Autain. ... et souhaiteraient que cette question soit résolue.

Pour ma part, j'estime que le secteur optionnel n'est pas la solution. Il impliquerait un transfert des dépenses remboursées par l'assurance maladie obligatoire vers les complémentaires santé. Or, vous le savez, à chaque fois que l'on effectue ce type de transfert – le Gouvernement le fait continuellement, au point qu'aujourd'hui les soins courants ne sont plus remboursés qu'à 50 % par l'assurance maladie obligatoire, le régime complémentaire comblant les 50 % restants – on creuse les inégalités.

C'est pourquoi nous ne pouvons pas être favorables au secteur optionnel...

M. Nicolas About. C'est pourtant une bonne chose !

M. François Autain. ... et nous ne pensons pas pouvoir nous en remettre à cette solution pour régler les problèmes de dépassement d'honoraires ni, *a fortiori*, des différences existant entre les secteurs privé et public.

Nous renouvelons donc notre demande d'intégration des honoraires dans les GHS du secteur privé, ce qui faciliterait et de beaucoup la comparaison et découragerait, de surcroît, les médecins tentés de pratiquer des dépassements d'honoraires. Dès lors, le changement de secteur d'activité – public ou privé – ne constituerait plus pour eux une issue.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Fourcade, pour explication de vote.

M. Jean-Pierre Fourcade. Je ne voterai pas les deux amendements qui viennent d'être présentés.

M. François Autain. Nous sommes étonnés !

M. Jean-Pierre Fourcade. Ils me semblent effectivement beaucoup trop simples : si l'on examine de près le fonctionnement de notre système de santé, on constate que, au-delà de la fameuse opposition entre le secteur public et le secteur privé, la situation est beaucoup plus complexe qu'on ne le pense.

Pour être plus précis, j'apporterai deux bémols à la proposition qui nous est faite.

D'une part, chacun sait que les tarifs sont plus élevés dans le secteur privé sans but lucratif que dans le secteur public. Une des principales revendications de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs concerne d'ailleurs une modification tarifaire.

D'autre part, comme chacun le sait également, des activités libérales sont aussi exercées dans le cadre de l'hôpital public et donnent lieu aussi à des dépassements d'honoraires. (*M. le rapporteur général de la commission des affaires sociales acquiesce.*)

Par conséquent, en optant pour un système simpliste de rapprochement entre les secteurs public et privé, sans tenir compte de tous les éléments annexes, on raterait complètement l'opération.

Cela étant dit, madame la secrétaire d'État, je voudrais vous indiquer – ce sera ma manière de saluer votre promotion et votre arrivée dans vos nouvelles fonctions – que le problème de la convergence est actuellement suivi par un chef de bureau de la direction de l'organisation des soins, qui est tout à fait sérieux ; le dossier progresse donc très bien.

Je pense néanmoins que cette question de la convergence, dont on parle partout – dans tous les colloques, dans tous les ouvrages portant sur les thèmes que nous abordons maintenant –, mériterait un peu plus d'approfondissement. Si vous créez un groupe de travail chargé de réfléchir aux modalités techniques de la convergence,...

M. François Autain. On n'arrête pas d'en créer !

M. Jean-Pierre Fourcade. ... cela permettrait de sortir des idées toutes faites. Nous pourrions ainsi, premier objectif, trouver des solutions pour que nos régimes de sécurité sociale dégagent des économies et, second objectif, sortir de ces querelles idéologiques entre le secteur privé et le secteur public.

Cette mesure serait importante. Il faudra peut-être du temps pour dégager des pistes, mais la création d'une telle structure, spécifiquement dédiée au problème de la convergence, me paraît s'imposer, au-delà de ces amendements que, bien entendu, je repousserai.

Mme Isabelle Debré. Très bien !

M. François Autain. En attendant, les inégalités subsistent !

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Mesdames, messieurs les sénateurs, un groupe de travail se réunit de manière régulière, depuis quelques mois, qui se consacre précisément à l'évolution de la tarification des établissements.

M. François Autain. Vous voyez, monsieur Fourcade, malgré le groupe de travail...

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Il faut attendre ses conclusions, monsieur Autain !

M. François Autain. Moi, je maintiens l'amendement !

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 254.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 340 rectifié.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 257, présenté par M. Fischer, Mmes David et Pasquet, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Après l'article 42, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le I de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le financement des mesures salariales concernant la fonction publique hospitalière intervenant en cours d'année fait l'objet d'un projet de loi rectificatif de financement de la sécurité sociale. »

La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. Les dispositions infra-annuelles qui sont prises par les pouvoirs publics et viennent corriger à la hausse les charges hospitalières sont subies par les établissements hospitaliers. C'est le cas, notamment, des revalorisations salariales.

Pour autant, les tarifs hospitaliers ne sont pas corrigés en fonction de ces mesures prises en cours d'année.

Il est donc proposé que ces charges supplémentaires soient intégrées à l'ONDAM hospitalier, au travers de l'adoption d'une loi de financement de la sécurité sociale rectificative, étant précisé que notre rapporteur général a indiqué, à de nombreuses reprises, que nous pourrions aller jusqu'à l'adoption d'une telle loi.

Il ne nous semble pas opportun, en effet, de faire supporter aux budgets des hôpitaux des décisions qui ne relèvent pas de leur responsabilité directe.

À ce stade de mon intervention, je dois préciser que, pour 2011, on ne parle plus de revalorisations de salaire dans les fonctions publiques, puisque le Gouvernement a notamment décidé le gel du point d'indice. Et le traitement sera le même pour 2012 et pour 2013, bien que le Gouvernement, faisant preuve d'une certaine hypocrisie sur la question, n'ose pas le dire...

Le Gouvernement continue donc d'exercer une pression sur les salaires, et ce n'est pas le glissement vieillesse technicité, ou GVT, argument massue censé justifier le gel des rémunérations, qui viendra nous convaincre.

Nous estimons que des pressions considérables sont aujourd'hui exercées sur un certain nombre de leviers, en particulier sur la prise en compte de certaines charges dans les budgets hospitaliers. C'est pourquoi nous avons présenté cet amendement.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Nous comprenons bien l'objectif de M. Guy Fischer. Ce n'est pas la première fois que nous évoquons les difficultés engendrées par les actualisations qui sont réalisées en cours d'année, sans être forcément intégrées dans l'ONDAM.

Cela étant, il n'est pas nécessaire de légiférer sur ce point, la loi prévoyant déjà que le Gouvernement peut, s'il le souhaite, faire voter aux parlementaires une loi de financement de la sécurité sociale rectificative pour apporter toutes les corrections nécessaires.

M. Guy Fischer. Ce n'est jamais arrivé !

M. François Autain. Jamais !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Certes, ce n'est jamais arrivé, mais la faculté de le faire est offerte au Gouvernement, s'il le juge nécessaire.

Monsieur Fischer, vous devez tout de même intégrer dans votre raisonnement un élément nouveau. Suivant les recommandations du rapport Briet sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie, nous aurons dorénavant trois rendez-vous dans l'année pour les avis obligatoires du Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie.

Par l'amendement que nous avons fait adopter ici, au Sénat, contre la volonté du Gouvernement – Mme Roselyne Bachelot-Narquin ne voulait pas en entendre parler – nous avons fixé un rendez-vous supplémentaire, et systématique, établissant ainsi trois échéances dans l'année : le 15 avril, le 15 juin et le 15 octobre.

À ces dates, le comité d'alerte doit faire le point concernant le respect de l'ONDAM et, en cas de non-respect de l'objectif, formuler des propositions de correction. Si, au moment du troisième avis, le dépassement est sensible, le Gouvernement ne devra sans doute pas hésiter à nous présenter un projet de loi de financement de la sécurité sociale rectificative pour corriger le tir. Bien sûr, si la correction peut être apportée au cours de l'exercice suivant, nous attendrons, mais un écart trop important nécessitera certainement que nous procédions par le biais d'une loi rectificative.

Le dispositif mis en place me paraît donc satisfaisant et je ne pense pas qu'il soit nécessaire d'adopter la solution qui nous est proposée et qui, par ailleurs, poserait des problèmes d'application pratique.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Il est défavorable. Cet amendement nous paraît sans objet, dans la mesure où l'ensemble des charges nouvelles qui seront à supporter par les établissements pour l'année à venir sont d'ores et déjà intégrées dans le cadre de la construction de l'ONDAM.

Plus précisément, l'ONDAM, ainsi que les sous-objectifs de dépenses qui en découlent, sont construits chaque année en tenant compte de l'intégralité des mesures nouvelles qui impacteront, pour l'année à venir, les établissements de santé, y compris en provisionnant des charges encore incertaines au moment de la construction.

Dans le secteur relevant de la tarification à l'activité, sur lequel porte l'amendement, le financement de ces mesures nouvelles est ainsi intégré, au moment de la campagne tarifaire annuelle, dans les tarifs de prestation et dans l'évolution de la dotation relative aux missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation des établissements de santé.

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

M. François Autain. Les hôpitaux ont déjà beaucoup de difficultés, sans modification de l'ONDAM, à assurer le financement des charges qui leur incombent. Je n'en prendrai qu'un seul exemple, madame la secrétaire d'État.

Alors que, pour l'hôpital, les charges fixes augmentent chaque année d'environ 4 %, vous prévoyez, pour 2011, une augmentation de recettes de l'ordre de 2,9 % pour l'hôpital – certes, ce taux n'est pas encore fixé, mais, en imaginant qu'il soit identique au taux prévu pour l'ONDAM, il n'excédera pas 2,9 %. En clair, puisque les charges fixes augmentent de 4 %, sauf à creuser le déficit, les hôpitaux devront réduire leurs personnels au risque de porter atteinte à la qualité des soins dispensés.

Ce n'est pas seulement une vue de l'esprit ou un fantasme ; c'est ce qui se passe aujourd'hui dans un certain nombre d'hôpitaux. Le dernier exemple en date est celui de l'hôpital Tenon, où le service des urgences a dû être fermé, parce qu'il n'y avait plus suffisamment de personnels.

Je mets en garde le Gouvernement sur les risques que l'on prend à trop pressurer les dépenses hospitalières. Le seuil d'alerte a déjà été atteint et, en refusant l'amendement qui constituerait pour les hôpitaux une sorte de garantie, on prend un risque : nous ne sommes pas à l'abri de la fermeture,

demain, d'un certain nombre de services – c'est déjà arrivé –, ni de l'allongement des délais d'attente pour se faire traiter à l'hôpital, délais qui sont actuellement relativement courts dans notre pays.

Nous avons pensé que cet amendement était de nature à éviter ces dérives que tout le monde condamne.

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

M. Guy Fischer. Je voudrais saisir cette occasion, puisque nous discutons des budgets hospitaliers, pour évoquer un problème que vous connaissez bien, madame la secrétaire d'État, vous qui êtes lyonnaise.

Mme Isabelle Debré. Si on vous gêne, dites-le nous ! (*Sourires.*)

M. Guy Fischer. Vous ne nous gênez pas du tout. Je me sens bien avec ma secrétaire d'État lyonnaise ! (*Rires.*)

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Nous nous étions compris !

Mme Muguet Dini, présidente de la commission des affaires sociales. Moi aussi, je suis lyonnaise... (*Nouveaux rires.*)

M. Guy Fischer. Trêve de plaisanterie, mes chers collègues, mon temps de parole s'écoule !

J'avais eu l'occasion, au cours du débat sur le projet de loi portant réforme des retraites, d'évoquer le conflit qui oppose à leur direction les personnels de nuit des Hospices civils de Lyon – infirmiers, mais également surveillants des services médicaux et manipulateurs d'électroradiologie.

Au moment où les négociations sur les primes de nuit, menacées de suppression, sont dans l'impasse, je voudrais y revenir de façon plus précise et vous faire à ce propos deux demandes, madame la secrétaire d'État.

La pénibilité subie par les personnels hospitaliers, très présente dans le texte portant réforme des retraites, peut être légitimement évoquée dans le cadre d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale qui va accroître la souffrance au travail de l'ensemble des personnels de la fonction publique hospitalière.

D'abord, un bref historique s'impose.

En 1974, la direction des HCL avait pris en compte la pénibilité du travail de nuit en accordant aux agents sollicités une « prime d'heure supplémentaire de nuit ».

Depuis lors, la prime, considérée sur l'année, représente l'équivalent d'un mois de salaire pour ces personnels travaillant de nuit, soit 10 % à 12 % du salaire mensuel.

C'est au mois d'août que la direction des HCL, se référant à une recommandation de la chambre régionale des comptes, déclare illégale cette prime et décide sa suppression.

Il faut noter que la prétendue illégalité de cette prime de nuit avait déjà été relevée par la Cour des comptes dans un rapport thématique de mai 2006 intitulé *Les personnels des établissements publics de santé*. La Cour s'appuyait à l'époque sur une circulaire de 1999 relative à l'élaboration et à la publicité des textes relatifs à la rémunération des fonctionnaires.

Il semble donc que, depuis 1999 au moins, l'illégalité perdurait et que rien n'avait été fait à l'époque pour tendre vers une régularisation statutaire de cette compensation de la pénibilité.

On peut noter cependant que le décret n° 2002-598 du 25 avril 2002 portant mesures d'adaptation de la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière, créait un cadre pour l'indemnisation des heures supplémentaires dans la fonction publique hospitalière. La direction des HCL n'avait pas manqué de s'y référer en précisant, par une note de service en date du 29 août 2002, les nouvelles modalités de calcul induites par ce décret et y incluant notamment la prime « heure supplémentaire des infirmières de nuit ».

On peut donc considérer que les Hospices civils de Lyon n'ont pas dérogé au devoir de publicité en énonçant les conditions d'indemnisation des heures supplémentaires.

C'est dire que, sans remettre en cause l'analyse de la Cour des comptes, il y a matière à se poser des questions sur la portée réelle de cette « illégalité » de la prime de nuit des HCL.

Aujourd'hui, les négociations sont dans l'impasse. En effet, la direction des HCL fait aux organisations syndicales des propositions inacceptables : soit supprimer la prime progressivement, soit la remplacer par une prime compensatoire du même montant mais qui viendrait à extinction au fur et à mesure du déroulement de carrière des agents, autrement dit gel des salaires et négation de l'ancienneté et de l'expérience ; il s'agissait aussi de revenir sur la durée légale du travail en imposant aux salariés d'effectuer dix nuits de plus par an, avec, pour corollaire, la suppression probable de 200 postes.

Il faut noter enfin une incompréhension du personnel : les aides-soignants ne bénéficient pas de la prime, alors qu'ils supportent les mêmes servitudes, et les nouveaux entrants dans les services s'en voient privés.

Face à une telle incompréhension, j'en appelle à vous, madame la secrétaire d'État, avec mes deux questions très précises. J'ai d'ailleurs écrit à ce propos au président du conseil de surveillance des Hospices civils de Lyon, notre collègue Gérard Collomb.

Premièrement, madame la secrétaire d'État, accepteriez-vous de nommer un médiateur pour régler ce conflit, faisant ainsi droit à la demande qui a été formulée par les organisations syndicales ?

Deuxièmement, pensez-vous qu'il serait possible d'harmoniser, par voie législative ou réglementaire, cette question des primes, instaurées selon des modalités qui continuent à varier selon les établissements ?

Une prise de position de votre part – je ne vous la demande pas immédiatement – serait d'autant plus importante, et appréciée, que l'on constate une très grave perte d'attrait pour le travail de nuit aux HCL et que, sans cette prime, il deviendra bientôt impossible de maintenir les effectifs indispensables aux contraintes de service public dans une grande ville comme Lyon.

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. La situation particulière à Lyon fait l'objet de discussions entre les syndicats et l'Agence régionale de santé, et le ministère proprement dit est saisi pour la première fois de la question au plan national.

Je peux d'ores et déjà vous dire, monsieur Fischer, que je porterai un regard très attentif sur cette question. Nous verrons comment la situation évolue, et, si le besoin se fait sentir, nous étudierons l'opportunité de mettre en place un médiateur.

Mais je préfère examiner le dossier plus précisément avant de vous apporter une réponse, prochainement.

M. Guy Fischer. Je vous remercie infiniment, madame la secrétaire d'État! (*Exclamations ironiques sur les travées du groupe socialiste.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 257. (*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 507 rectifié, présenté par M. Milon, est ainsi libellé :

Après l'article 42, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale est complété par un paragraphe ainsi rédigé :

... - De nouvelles mesures ayant des incidences sur les charges hospitalières ne peuvent intervenir en cours d'année sans que leurs modalités de financement aient été intégrées dans la loi de financement de la sécurité sociale.

Cet amendement n'est pas soutenu.

L'amendement n° 256, présenté par M. Fischer, Mmes David et Pasquet, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Après l'article 42, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le II *bis* de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les autres mesures prises en cours d'année par le Gouvernement en vue de compenser un éventuel dépassement de l'ONDAM hospitalier portent de manière équilibrée sur les différentes modalités de financement des établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6. »

La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. L'amendement que nous proposons nous semble être un amendement de justice, puisqu'il vise à prévoir un partage équitable des efforts d'économie entre les établissements de santé du secteur public et ceux du secteur privé lucratif.

En effet, chaque année, le Parlement – en tout cas, les parlementaires de la majorité – vote une « enveloppe MIGAC » destinée à financer les missions d'intérêt général des établissements de santé, en grande majorité publics.

Or une partie de ces crédits n'est pas versée aux hôpitaux publics et est utilisée comme une variable d'ajustement, en particulier lorsque l'ONDAM est dépassé. On l'a d'ailleurs constaté cette année, puisque l'ONDAM 2010 ne sera respecté que grâce à cette retenue sur le MIGAC.

Cette situation n'est pas acceptable, puisqu'elle permet de dissimuler le sous-financement des hôpitaux.

Ainsi, alors que l'enveloppe MIGAC a diminué de 25 millions d'euros en 2009, ce sont 400 millions d'euros qui ont été mis en réserve en 2010, et ce en prévision d'un éventuel dépassement de l'ONDAM. Voilà dans quelles conditions on peut respecter l'ONDAM !

Ce dépassement a de multiples causes, et force est de constater que, contrairement à ce que l'on voudrait nous faire croire, les établissements publics de santé n'en sont pas, loin s'en faut, les seuls responsables. On sait, par

exemple, que les cliniques commerciales sont nombreuses à réaliser des actes inutiles à la seule fin d'accroître leurs financements.

Aussi, nous considérons que, le Gouvernement ayant voulu engager l'hôpital dans un mécanisme de convergence, il n'y a aucune raison que le secteur public assume seul les conséquences résultant du dépassement de l'ONDAM hospitalier.

Tel est le sens de cet amendement.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement relève plus d'une déclaration de principe que d'une application concrète.

Il tend à prévoir que les mesures de redressement prises en cours d'année par le Gouvernement en cas de dépassement de l'ONDAM hospitalier portent de manière équilibrée sur l'ensemble des établissements et des dépenses, c'est-à-dire l'activité elle-même et les fonds.

Or vous savez très bien que, dans le cadre du rapport Briet – cela a été intégré dès 2010 et le sera en 2011 –, il était prévu, pour respecter l'ONDAM, le gel d'un certain nombre de dotations comptables, et non de dotations liées à la couverture des soins.

Par conséquent, le présent amendement est tout à fait incompatible avec la construction de l'ONDAM 2010 et de l'ONDAM 2011. Cette proposition pourrait néanmoins être prise en compte par le Gouvernement, en tant que de besoin et de manière pragmatique, à la suite du travail qu'effectuera le Comité d'alerte, qui appréciera les domaines où il faut agir, et dira s'il convient d'opérer une meilleure péréquation sur l'ensemble des régions. Je n'y suis pas hostile, mais je ne pense pas que ce soit possible *a priori*.

Cette mesure est par ailleurs totalement incompatible avec un autre amendement, qui tend à mettre en place ce que l'on appelle un ORDAM, un objectif...

M. Jacky Le Menn. Régional !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. De toute façon, nous ne pourrions pas accepter les deux suggestions.

M. François Autain. La compatibilité de notre amendement n'est donc pas en cause !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Par conséquent, la commission émet un avis défavorable sur cet amendement.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Même avis défavorable !

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

M. François Autain. Monsieur le rapporteur général, que l'on se comprenne bien : nous ne souhaitons pas que les deux amendements soient adoptés : un seul nous suffit ! (*Sourires.*)

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Mettez-vous d'accord avec vos amis !

M. François Autain. Vous pouvez très bien appeler à voter leur amendement et non le nôtre, ou inversement !

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 256. (*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 532, présenté par M. Milon, est ainsi libellé :

Après l'article 42, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le deuxième alinéa de l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le montant du forfait journalier applicable en établissement de soins de suite et de réadaptation tient compte de la durée moyenne du séjour dans des conditions fixées par arrêté. »

Cet amendement n'est pas soutenu.

Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 349 rectifié est présenté par M. Le Menn, Mme Jarraud-Vergnolle, M. Daudigny, Mme Le Texier, MM. Cazeau et Desessard, Mmes Demontès, Campion, Alquier, Printz et Schillinger, MM. Kerdraon, Godefroy, Jeannerot, S. Larcher et Gillot, Mmes San Vicente-Baudrin et Ghali et M. Teulade.

L'amendement n° 433 est présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 42, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Avant le dernier alinéa de l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 9° de publier annuellement un bilan national et comparatif par région, quantitatif et qualitatif, de la prévalence des actes et interventions chirurgicales réalisés par les établissements de santé. »

La parole est à Mme Gisèle Printz, pour présenter l'amendement n° 349 rectifié.

Mme Gisèle Printz. La seule manière de maîtriser les dépenses sans nuire à la qualité des soins est de mettre en œuvre un véritable mécanisme d'évaluation de la pertinence des actes.

Pourquoi tel service de cardiologie enregistre-t-il beaucoup plus de poses de stents que son voisin ? Pour quelle raison telle région détient-elle le record des césariennes ou des opérations de l'appendicite ?

La pertinence des soins correspond à l'adéquation des soins – actes diagnostiques et thérapeutiques – et des hospitalisations aux besoins des patients. L'analyse de la pertinence évalue la prescription ou l'utilisation appropriée des soins et des hospitalisations.

Nous souhaitons mettre en avant la question de la qualité et celle de la pertinence des soins afin de parvenir à une véritable égalité de nos concitoyens dans l'accès aux soins.

Cette mission doit incomber à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la CNAMTS, et doit permettre de rendre les bonnes pratiques opposables, afin que l'on passe d'une gestion purement quantitative et comptable à une gestion qualitative et médicale de l'offre de soins.

Il est donc proposé que la CNAMTS publie annuellement un bilan national et comparatif par région des actes et interventions réalisés par les établissements de santé, qui permettra d'analyser la pertinence des soins effectués.

Mme la présidente. La parole est à M. Guy Fischer, pour présenter l'amendement n° 433.

M. Guy Fischer. Cet amendement, identique à celui que vient de présenter Mme Printz, reprend en réalité un amendement déposé à l'Assemblée nationale par le rapporteur Yves Bur.

M. Nicolas About. Cela devient un classique !

M. Guy Fischer. Que nous reprenions un des amendements du rapporteur de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale n'a rien de classique, mon cher collègue !

M. François Autain. La convergence est à l'œuvre ! (*Sourires.*)

M. Guy Fischer. Notre collègue député rappelait, alors qu'il présentait cet amendement devant la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, que « la pertinence de la prise en charge d'un acte, qu'il soit diagnostic ou thérapeutique, constitue l'essence même d'une bonne médecine ».

Il paraît difficile de ne pas souscrire à ces propos, et cette proposition nous semble très intéressante. Vous voyez que, lorsque le camp adverse fait de bonnes propositions, nous n'hésitons pas à le reconnaître !

M. Nicolas About. C'est si rare !

M. Guy Fischer. Il s'agit de demander à la CNAMTS la publication annuelle d'un bilan national et comparatif par région, un bilan aussi bien qualitatif que quantitatif, de la prévalence des actes et interventions chirurgicales réalisés par les établissements de santé.

En aucun cas ce rapport ne doit déboucher sur des sanctions, son objet étant purement informatif. Il doit amener les professionnels de santé à réfléchir sur leurs propres pratiques professionnelles.

C'est loin d'être inutile, bien au contraire. Comme l'exposait dans le journal *Libération* le vice-président du Conseil national de chirurgie, François Aubart, le 5 novembre dernier, une discipline comme la chirurgie – mais elle n'est pas la seule ! – « doit basculer dans une évaluation conciliant aussi bien les données cliniques des patients que les pratiques éthiques ».

Et il dresse cette comparaison très pertinente entre, d'un côté, le chirurgien qui, après avoir terminé son clinat, va exercer pendant vingt ou trente ans sans la moindre évaluation extérieure et, de l'autre, le pilote de ligne, qui sera régulièrement évalué. Pourquoi le pilote de ligne et pas le chirurgien ? On peut se poser la question...

La publication d'un rapport comparatif nous apparaît comme un bon moyen de fournir aux praticiens une occasion de s'ouvrir aux pratiques de leurs confrères et de se remettre en question, de même qu'elle constitue un préalable indispensable à l'élaboration d'un référentiel de bonnes pratiques.

Je ne doute pas que vous porterez une appréciation positive sur cette proposition, monsieur le rapporteur général.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Mon cher collègue, il semblerait *a priori* que vos amendements soient satisfaits, mais je parle sous le contrôle de Mme la secrétaire d'État et de ses services, qui connaissent cette question mieux que moi.

En effet, de nombreux organismes procèdent d'ores et déjà à ces études comparatives : la CNAM, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, la DREES, l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, ou encore certaines universités spécialisées dans le domaine de la santé publique.

Vous voudriez rendre ces études systématiques et obligatoires, afin qu'elles soient produites chaque année.

La commission des affaires sociales a jugé cette idée intéressante. Il faut voir maintenant, dans la pratique, ce qui est possible et ce qui ne l'est pas. Je laisse le soin à Mme Nora Berra, en qualité d'experte, de nous livrer son point de vue sur le sujet.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Le Gouvernement émet un avis favorable sur cet amendement.

Comme vous le savez, mesdames, messieurs les sénateurs, l'amélioration de la pertinence des soins constitue un axe fort et important de notre politique et de l'action des agences régionales de santé. Il s'agit d'un instrument essentiel, à la fois de la qualité des soins, mais également du contrôle de l'activité hospitalière et donc des dépenses correspondantes.

Je précise d'ailleurs que le ministère de la santé ainsi que la CNAMTS ont demandé à la Haute Autorité de santé de travailler sur des référentiels de bonnes pratiques portant sur dix gestes qui représentent des volumes importants, et sur lesquels il existe des interrogations.

Des données sont d'ores et déjà publiées annuellement, mobilisées par les ARS et les professionnels, mais il est vrai qu'une analyse d'ensemble par la CNAMTS, éclairée par une approche en termes de gestion du risque, serait à même d'accroître la prise de conscience et la mobilisation autour de cette priorité. (*Marques de satisfaction sur les travées du groupe CRC-SPG.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n° 349 rectifié et 433.

(*Les amendements sont adoptés.*)

Mme la présidente. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, après l'article 42.

Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 345 est présenté par M. Le Menn, Mme Jarraud-Vergnolle, M. Daudigny, Mme Le Texier, MM. Cazeau et Desessard, Mmes Demontès, Campion, Alquier, Printz et Schillinger, MM. Kerdraon, Godefroy, Jeannerot, S. Larcher et Gillot, Mmes San Vicente-Baudrin et Ghali et M. Teulade.

L'amendement n° 499 rectifié est présenté par MM. Milon, P. Blanc, Laménie, J. Blanc et Revet et Mme Sittler.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 42, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 6113-11 du code de la santé publique, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Art. L. ... - L'évolution des charges des établissements de santé publics et privés est mesurée par un indice santé hospitalier qui est publié par une institution publique et qui prend en compte l'ensemble des charges de personnel et des autres charges de l'établissement. »

La parole est à M. Jacky Le Menn, pour présenter l'amendement n° 345.

M. Jacky Le Menn. Cet amendement, qui vise à créer un « indice santé hospitalier », reprend une idée défendue par le député de la majorité Élie Aboud – vous voyez, chers collègues, que nous savons pratiquer l'ouverture, quand d'autres

préfèrent la fermeture ! – et a reçu le soutien des trois fédérations hospitalières – la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne, la FEHAP, la Fédération hospitalière de France, la FHF, et la Fédération de l'hospitalisation privée, la FHP – ainsi que de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, la FNCLCC.

Il correspond à la préoccupation d'objectiver les évolutions de charges des établissements de santé, en tenant compte de la nature particulière des proportions occupées par les différents types de charges que sont, notamment, les salaires, les charges sociales et fiscales, les dépenses médicales ainsi que les dépenses hôtelières et d'énergie.

À l'heure actuelle, aucun indice des prix composite n'existe concernant les charges des établissements de santé publics et privés. Un consensus a pu être trouvé entre les différentes fédérations sur les justes proportions de leurs charges.

Naturellement, les tensions sur les finances sociales conduisent les pouvoirs publics à demander des efforts et des gains de productivité aux établissements de santé, et leurs évolutions tarifaires et budgétaires sont déconnectées de la réalité de l'évolution mécanique des charges telle que cet indice des prix hospitalier la mesurerait. Du coup, l'ampleur de l'effort réalisé n'est pas objectivée et mesurée pour les travaux du ministère et du Parlement avec les organisations représentatives.

Le présent amendement vise à lever cette difficulté et devrait permettre d'améliorer encore la gestion de nos établissements.

Mme la présidente. La parole est à M. Marc Laménie, pour présenter l'amendement n° 499 rectifié.

M. Marc Laménie. Cet amendement, présenté par M. Alain Milon et plusieurs de nos collègues, vient d'être parfaitement défendu par Jacky Le Menn.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Ces amendements identiques appellent deux observations de ma part.

Premièrement, leur rédaction n'est pas suffisamment précise : il est fait référence à « une institution publique » ; il aurait été préférable de préciser laquelle.

Deuxièmement, l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée rassemble déjà de nombreux éléments publiés sur le sujet. Cela étant, la création d'un indicateur des charges ne serait pas inintéressante puisque, chaque année, nous devons évoquer le différentiel de charges salariales, mais aussi fiscales, qui existe entre les établissements privés à but non lucratif et les autres types d'établissements publics et privés.

Je ne suis toutefois pas persuadé que l'existence d'un tel indicateur soit susceptible de faire évoluer la position du Gouvernement. Je me souviens que Mme Bachelot-Narquin avait estimé que les écarts étaient si insensibles qu'ils ne méritaient pas d'être pris en considération.

À titre personnel, je trouve l'idée intéressante et je souhaiterais connaître l'avis du Gouvernement.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. La méthode actuelle de fixation des objectifs hospitaliers de l'ONDAM est d'ores et déjà fondée sur une estimation prévisionnelle, sincère et détaillée des charges des établissements de santé pour l'année à venir, laquelle intègre également une vision pluriannuelle.

De surcroît, à la suite des préconisations du rapport de M. Briet sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie, le Comité d'alerte a désormais un rôle de contrôle sur les hypothèses techniques sous-tendant la construction de l'ONDAM.

Il me semble donc que ces amendements sont sans objet. En conséquence, l'avis est défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 345 et 499 rectifié.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. L'amendement n^o 199, présenté par M. Leclerc, Mmes Bruguière, Sittler et Férat, MM. B. Fournier et Courtois, Mmes Malovry, Desmarescaux et Bout, MM. Cantegrit, Trillard, Milon et Gilles, Mme Rozier, MM. Gouteyron, Cléach et Couderc et Mmes Debré et Mélot, est ainsi libellé :

Après l'article 42, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le cinquième alinéa de l'article L. 6114-2 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les établissements de santé qui dépassent les objectifs quantifiés de l'offre de soins qui leur sont impartis, ainsi que l'ensemble des autres établissements qui le souhaitent, s'engagent pour une durée prévue au contrat dans une démarche permettant d'évaluer l'adéquation des soins et des conditions d'hospitalisation aux besoins des patients au regard des critères de pertinence des soins ou d'hospitalisation fixés par la Haute Autorité de santé. Ces établissements sont dispensés de l'application des dispositions de l'alinéa précédent relatives aux objectifs quantifiés de l'offre de soins et ne peuvent encourir les pénalités mentionnées. »

La parole est à Mme Lucienne Malovry.

Mme Lucienne Malovry. Face à l'impératif de maîtrise des dépenses hospitalières, une régulation par les prix déterminée au niveau national dans le contexte de la tarification à l'activité s'ajoute désormais à la régulation par les volumes.

Cette régulation repose depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003 et ses textes d'application sur un dispositif dénommé OQOS, ou objectifs quantifiés de l'offre de soins, qui consiste à fixer à chaque établissement de santé, dans chaque activité de soins qu'il exerce, un minimum et un maximum de séjours ou d'actes à produire annuellement ou pluriannuellement.

Les pouvoirs publics, et principalement les agences régionales de l'hospitalisation, qui ont eu à mettre en œuvre le dispositif des OQOS, reconnaissent aujourd'hui l'inefficacité d'un tel dispositif, uniquement arithmétique, qui, tout comme le système des indices de la carte sanitaire qui le précédait, ne permet pas de réguler efficacement les volumes d'activité.

Le dépassement d'un objectif d'activité préalablement fixé ne saurait être opposé à un établissement que dans une seule hypothèse, celle de la réalisation d'actes inutiles ou injustifiés.

C'est pourquoi il est proposé qu'il puisse être dérogé au système des objectifs quantifiés en contrepartie de la mise en œuvre d'une démarche d'évaluation de la pertinence des actes et des hospitalisations, soit de manière impérative pour les établissements de santé qui dépassent les objectifs quantifiés de l'offre de soins, soit de manière volontaire pour les autres établissements.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Je comprends l'objectif des auteurs de cet amendement, madame la sénatrice. Il est vrai qu'il convient d'éviter les effets pervers qui pourraient résulter d'une application par trop rigide des objectifs quantifiés de l'offre de soins. Nos concitoyens ne comprendraient pas qu'un établissement soit contraint de ne plus traiter de patients parce qu'il aurait atteint un objectif quantitatif.

Mais tel n'est pas le but. Il faut certes faire preuve d'un minimum de pragmatisme et de souplesse dans l'application du dispositif, et j'espère que les instructions données par le Gouvernement aux directeurs des ARS vont dans ce sens. C'est peut-être d'ailleurs la raison pour laquelle tant de circulaires leur sont adressées : il faut bien qu'ils aient une base de travail ainsi que des éléments de référence !

En revanche, les modalités d'application de cet amendement ne me semblent pas opérationnelles. Elles risqueraient en effet de conduire à l'excès inverse, car il suffirait que les établissements s'engagent dans la démarche d'évaluation proposée pour être dispensés de fournir tout justificatif quant au respect des objectifs quantifiés de dépenses.

C'est la raison pour laquelle cet amendement, même s'il a le mérite de poser une question pertinente, n'est pas recevable en l'état.

Aussi, sous réserve des éléments de réponse du Gouvernement, je souhaiterais que vous puissiez le retirer, madame Malovry.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Les objectifs quantifiés de l'offre de soins visent à prévoir et à susciter les évolutions de cette dernière afin de répondre aux besoins de santé.

Le but est de donner aux agences régionales de santé des moyens renforcés leur permettant d'inscrire l'activité de l'ensemble des établissements de santé dans le cadre de l'organisation retenue par le schéma régional d'organisation des soins. Dès lors, le fait de permettre à certains établissements de sortir délibérément de ce dispositif va à l'encontre de la bonne organisation de l'offre de soins.

En effet, une telle disposition bouleverserait l'ensemble d'un dispositif d'organisation conçu sur cinq ans par les ARS et prenant en compte l'ensemble des établissements de santé sans distinction, qui vise notamment des objectifs d'équité dans l'accès à l'offre de soins et de péréquation territoriale, conformément aux objectifs de la loi HPST.

En revanche, je partage votre vision selon laquelle l'amélioration de la pertinence des soins constitue un objectif essentiel en vue duquel il convient de mieux outiller les ARS. À cet égard, la Haute Autorité de santé, qui travaille actuellement à la mise au point d'un référentiel de la pertinence de l'hospitalisation portant sur les dix gestes représentant des volumes importants et une forte dispersion dans les taux de recours, apportera une bonne réponse.

Madame la sénatrice, je vous demande donc de bien vouloir retirer votre amendement.

Mme la présidente. Madame Malovry, l'amendement n^o 199 est-il maintenu ?

Mme Lucienne Malovry. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n^o 199 est retiré.

L'amendement n^o 343, présenté par M. Le Menn, Mme Jarraud-Vergnolle, M. Daudigny, Mme Le Texier, MM. Cazeau et Desessard, Mmes Demontès, Campion,

Alquier, Printz et Schillinger, MM. Kerdraon, Godefroy, Jeannerot, S. Larcher et Gillot, Mmes San Vicente-Baudrin et Ghali, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Après l'article 42, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 6114-2 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque les établissements publics de santé réalisent une activité supérieure aux engagements pris dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, l'appréciation portée par le directeur général de l'agence régionale de santé sur cet excédent d'activité tient compte des nécessités liées à l'accomplissement des missions de service public et aux besoins d'accès de la population à des actes de chirurgie à tarifs opposables. »

La parole est à M. Ronan Kerdraon.

M. Ronan Kerdraon. Depuis 2002, les établissements publics de santé développent régulièrement leurs activités en médecine, en chirurgie et en obstétrique, afin de mieux répondre aux besoins de la population.

En premier lieu, il s'agit pour eux d'atteindre les objectifs d'efficacité et d'équilibre économique qui leur ont été fixés.

En second lieu, cela constitue pour les patients le seul moyen d'accès aux soins de chirurgie à tarifs opposables partout sur le territoire national.

Il ne faudrait donc pas, alors qu'ils remplissent de ce fait une mission de service public permettant l'accès de tous aux soins, qu'ils se retrouvent pénalisés pour ne pas avoir respecté les engagements pris dans les CPOM et accusés de participer à l'inflation du nombre des actes.

C'est pourquoi il nous a semblé nécessaire de préciser que, dans son appréciation d'un éventuel excédent d'activité, le directeur général de l'ARS doit tenir compte de l'évolution de l'activité des établissements publics de santé au regard des missions de service public qu'ils assurent, notamment en termes d'accès aux soins à tarifs opposables.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission des affaires sociales n'est pas *a priori* opposée à cette proposition, la précision apportée lui paraissant utile.

Aujourd'hui, ces contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens sont censés intégrer des clauses relatives à l'exécution des missions de service public, mais il est vrai que les ARH ne les y ont pas incluses de manière systématique. Il semble utile et pertinent à la commission des affaires sociales qu'il en soit ainsi à l'avenir. Je laisse à Mme la secrétaire d'État le soin d'apprécier.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. L'objectif d'une régulation d'activités par le biais des CPOM est de donner aux agences régionales de santé les moyens renforcés qui leur permettent d'inscrire l'activité de l'ensemble des établissements de santé dans le cadre de la planification retenue dans le schéma régional d'organisation des soins.

Dès lors, le fait de permettre à des établissements de sortir de ce dispositif, compte tenu de l'accomplissement de certaines activités et de l'application de tarifs opposables, va à l'encontre de la bonne organisation de l'offre de soins.

Par ailleurs, focaliser le dispositif sur les établissements publics de santé pourrait être de nature à créer une distorsion de concurrence à l'égard des établissements privés, contraire aux principes communautaires.

Même si je partage votre ambition d'améliorer l'accès aux soins pour nos concitoyens, monsieur le sénateur, le Gouvernement émet un avis défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 343.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 344, présenté par M. Le Menn, Mme Jarraud-Vergnolle, M. Daudigny, Mme Le Texier, MM. Cazeau et Desessard, Mmes Demontès, Campion, Alquier, Printz et Schillinger, MM. Kerdraon, Godefroy, Jeannerot, S. Larcher et Gillot, Mmes San Vicente-Baudrin et Ghali, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Après l'article 42, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À compter du 1^{er} janvier 2011, une expérimentation sur trois ans est conduite par les agences régionales de santé afin d'organiser une péréquation interrégionale de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie hospitalier, dont la répartition repose sur des indicateurs permettant de tenir compte des besoins de santé publique suivant les différentes régions.

La parole est à M. Yves Daudigny.

M. Yves Daudigny. Cet amendement vise à instaurer une expérimentation sur trois ans, qui serait menée sous l'égide des agences régionales de santé, afin de mieux répartir l'enveloppe de l'ONDAM entre les régions, en tenant compte de critères objectifs : morbidité, mortalité, démographie et richesse de chaque région.

Il s'agit, en fonction des spécificités de chaque région en matière de dispositifs de prévention, d'offre de soins, d'enseignement et de recherche, de veiller à l'adéquation entre l'offre et les besoins pour le curatif comme pour le préventif et l'éducation à la santé, ainsi que de prendre en compte les problèmes de démographie des professions de santé.

Cela contribuerait à nous faire progresser vers l'égalité d'accès pour tous à des soins de qualité, à réduire des inégalités territoriales en matière de santé parfois criantes, en passant par une péréquation des dotations régionalisées et en concentrant l'effort sur les régions les plus défavorisées.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Il s'agit de créer des ORDAM, à savoir des objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie.

Mme Bachelot-Narquin a fait valoir, devant la commission des affaires sociales, qu'elle trouvait l'idée intéressante, mais que le Gouvernement n'était pas encore prêt à se lancer dans cette aventure. Un travail technique complexe de préparation est sans doute nécessaire.

L'idée reçoit donc un accord de principe, mais je demande à nos collègues de bien vouloir retirer leur amendement, en attendant que nous puissions parfaire le dispositif.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Je voudrais tout d'abord rappeler que la T2A a été un moyen de redéploiement des ressources, non seulement entre régions, mais également entre départements et entre établissements de santé. L'application

progressive d'un tarif unique pour une même prestation a conduit à une meilleure équité dans l'attribution des financements des séjours hospitaliers.

Les éventuels effets pervers de la T2A ne sauraient ainsi se situer sur le plan de l'équité entre régions. L'annexe 7 du PLFSS et le rapport *ad hoc* rédigé à la suite de la mise en application de la loi HPST montrent d'ailleurs que les inégalités interrégionales en termes de consommation de soins hospitaliers sont faibles.

Par ailleurs, les crédits qui sont attribués aux agences régionales de santé pour le financement des activités non financées selon la T2A font eux-mêmes l'objet depuis trois ans d'un processus de péréquation interrégionale, portant notamment sur le financement des missions d'intérêt général et sur les crédits d'aide à la contractualisation. Le comité national de pilotage des ARS, dont c'est une mission expresse aux termes de la loi, est particulièrement vigilant à cet égard.

Pour ces raisons, le Gouvernement émet un avis défavorable.

Mme la présidente. Monsieur Daudigny, l'amendement n° 344 est-il maintenu ?

M. Yves Daudigny. J'ai été sensible à l'argumentation de M. le rapporteur général. Elle aurait d'ailleurs pu me conduire à retirer l'amendement, mais, compte tenu de l'avis défavorable émis par Mme la secrétaire d'État, dont je ne comprends pas très bien les raisons, je suis contraint de le maintenir.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 344.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 356 est présenté par M. Le Menn, Mme Jarraud-Vergnolle, M. Teulade, Mme Le Texier, M. Daudigny, Mmes Schillinger et Demontès, MM. Cazeau et Dessard, Mmes Alquier, Campion et Printz, MM. Kerdraon, Godefroy, Jeannerot, S. Larcher et Gillot, Mmes Ghali, San Vicente-Baudrin et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés.

L'amendement n° 514 rectifié est présenté par MM. Milon, P. Blanc, Laménie, J. Blanc et Revet.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 42, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Un rapport, établi par l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale des finances, est remis au Parlement dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi, concernant la nature et le volume des dépenses de médicaments, d'examens radiologiques et biologiques et les transports sanitaires, et de toute autre charge significative dont l'imputation et ses difficultés sont associées à des transferts de patients entre les établissements de santé de court séjour entre eux, d'une part, et avec les autres établissements de santé autorisés en soins de suite et de réadaptation ou en psychiatrie ou en soins de longue durée ou dans les établissements sociaux et médico-sociaux d'autre part. Le rapport comporte l'analyse de l'impact sur le parcours de soins du caractère imprécis des règles en vigueur et de leur mise en application par les différents établissements de santé, les agences régionales de santé et les organismes d'assurance-maladie, ainsi que des propositions pour y remédier.

La parole est à M. Jacky Le Menn, pour présenter l'amendement n° 356.

M. Jacky Le Menn. Par cet amendement, nous demandons à l'Inspection générale des affaires sociales et à l'Inspection générale des finances d'étudier la nature et le volume de dépenses imputables aux transferts de patients d'un établissement de santé de court séjour à un autre, d'une part, et entre les établissements de santé de court séjour et les autres établissements de santé – centres de réadaptation, établissements psychiatriques, centres de soins de longue durée, établissements médico-sociaux, etc. –, d'autre part.

Le transfert d'un patient d'un établissement à un autre engendre des charges en matière de dépenses de médicaments, d'examens radiologiques et biologiques, de transport sanitaire. Nous souhaitons évaluer ces dépenses. La question sous-jacente est celle des prestations inter-établissements : qui doit en supporter la charge ?

En effet, les règles d'imputation budgétaire des prestations et charges entre deux établissements de santé lors d'un transfert de patient sont particulièrement opaques, ce qui n'est pas sans incidence sur le parcours de soins. C'est pourquoi une clarification et une analyse approfondie des pratiques sur le terrain s'imposent.

De plus, certains établissements contournent les mesures de régulation des prescriptions hospitalières en court séjour ; on assiste ainsi à des comportements d'anticipation des risques d'imputation : des patients sortent de l'établissement d'origine avec une recommandation d'ordonnance à faire établir ou d'examen à effectuer par l'établissement « receveur », et non plus avec des prescriptions.

Ces comportements et ces situations nuisent forcément à la qualité des prises en charge et au fonctionnement fluide et rapide des filières de soins.

Mme la présidente. La parole est à M. Marc Laménie, pour présenter l'amendement n° 514 rectifié.

M. Marc Laménie. Cet amendement déposé sur l'initiative de M. Milon vise, à l'instar de celui que vient de défendre M. Le Menn, à proposer l'établissement d'un rapport conjoint de l'IGAS et de l'IGF, afin de faire la lumière sur ces sujets à enjeu important.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission s'en remet à la sagesse du Sénat.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Les règles de comptabilisation d'un certain nombre de prestations inter-établissements sont complexes. Leur application est peu homogène et fait souvent l'objet de litiges. Le passage à la T2A a eu pour conséquence un lissage du coût de ces prestations dans les tarifs. Il convient donc de vérifier s'il n'existe pas une déconnexion du financement et de la responsabilité de la prise en charge du fait que celle-ci incombe au prescripteur et non à l'établissement qui réalise l'acte, dans le cas d'un transport de patient notamment.

Cette complexité est renforcée par l'émergence de nouveaux modes de prise en charge, tels que l'hospitalisation à domicile ou la chirurgie ambulatoire, qui imposent de définir avec précision le contenu du financement de ces prestations.

Par ailleurs, la politique de contrôle des prescriptions de ville des établissements de santé mise en place, par exemple, au sein de l'article 45 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour les transports sanitaires, exige un

travail d'analyse afin de vérifier que les éventuelles économies constatées ne découlent pas d'un transfert de responsabilités soit vers les autres établissements, soit vers l'enveloppe de soins de ville.

Une mission conjointe de l'IGF et de l'IGAS en vue d'analyser la pertinence de ces règles au travers d'une évaluation de leur mise en œuvre aidera l'administration à faire évoluer la législation relative aux prestations inter-établissements. Cette mission a d'ores et déjà été inscrite dans le programme de travail des inspections, ce qui ne relève pas du domaine législatif. Pour cette raison, il n'est pas nécessaire de l'inscrire dans la loi, et je vous demande, messieurs les sénateurs, de bien vouloir retirer vos amendements.

Mme la présidente. Monsieur Le Menn, l'amendement n° 356 est-il maintenu ?

M. Jacky Le Menn. Je ne vois pas pourquoi je le retirerais.

Inscrire la réalisation d'une telle étude dans la loi lui donnerait plus de poids encore. Le législateur a la volonté de mettre en place une régulation très forte, et je me méfie toujours du renvoi au domaine réglementaire. Quand on croit à la pertinence d'une mesure, il faut la faire figurer dans la loi.

Mme la présidente. Monsieur Laménie, l'amendement n° 514 rectifié est-il maintenu ?

M. Marc Laménie. Compte tenu des explications données par Mme la secrétaire d'État, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 514 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 356.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 42 bis (nouveau)

- ① L'article 47 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 est ainsi modifié :
- ② 1° Avant le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ③ « La sous-section 4 de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 162-30-2 ainsi rédigé : » ;
- ④ 2° Le début du premier alinéa est ainsi rédigé :
- ⑤ « Art. L. 162-30-2. – Sur la base ... *(le reste sans changement)*. » ;
- ⑥ 3° Aux premier, deuxième et quatrième à septième alinéas, après chaque occurrence des mots : « de médicaments », sont insérés les mots : « mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste » ;
- ⑦ 4° Au deuxième alinéa, après la dernière occurrence du mot : « médicaments », sont insérés les mots : « mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et les produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste » ;
- ⑧ 5° Le premier alinéa est complété par les mots : « et des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 » ;

⑨ 6° Au deuxième alinéa, après le mot : « taux », sont insérés les mots : « , non justifiée au regard de son activité et de sa patientèle, et que ce dépassement résulte notamment du non-respect des obligations prévues aux articles L. 162-2-1 du présent code et L. 5125-23 du code de la santé publique » ;

⑩ 7° Au 1°, après le mot : « établissement », sont insérés les mots : « , corrélée à son activité et à sa patientèle, ».

Mme la présidente. L'amendement n° 79, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. - Alinéa 6

Remplacer les mots :

des mots : « de médicaments »

par les mots :

du mot : « médicaments »

II. - Alinéa 7

Supprimer cet alinéa

La parole est à M. le rapporteur général de la commission des affaires sociales.

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 79.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 80, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 9

Après les mots :

sa patientèle

supprimer la fin de cet alinéa.

La parole est à M. le rapporteur général de la commission des affaires sociales.

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 prévoit que l'ARS peut conclure avec un établissement de santé un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins si les dépenses de médicaments remboursés sur l'enveloppe de soins de ville, mais prescrits par les médecins de l'établissement, connaissent une progression supérieure à un taux arrêté chaque année par l'État.

L'alinéa 9 de l'article 42 bis conditionne la mise en œuvre de cette procédure au fait que ce dépassement ne soit pas justifié au regard de l'activité et de la patientèle et résulte du non-respect, d'une part, des obligations des médecins d'observer la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins, et, d'autre part, des conditions de délivrance des médicaments en officine, y compris la substitution éventuelle par un générique.

Cette seconde condition semble superflue si l'on veut garder de l'efficacité à une mesure qui se met lentement en place. Tout en étant favorables à l'article 42 bis, qui a été introduit par l'Assemblée nationale, nous estimons donc qu'il convient de la supprimer.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Je tiens à vous rassurer, monsieur le rapporteur général.

Contrairement à ce que vous pensez, la mention des obligations n'ajoute pas une condition supplémentaire au déclenchement du mécanisme sanctionnant la non-atteinte des objectifs fixés contractuellement. Le terme « notamment » ouvre une certaine liberté et, surtout, la mention de ces obligations vise à satisfaire le principe constitutionnel de légalité des délits et des peines, puisqu'une sanction ne peut être prononcée qu'en cas de manquement à une obligation, ce que le dispositif initial ne prévoyait pas. Ces mentions sont donc nécessaires à la sécurité juridique du dispositif.

Sous le bénéfice de ces explications, je vous demanderai, monsieur le rapporteur général, de bien vouloir retirer votre amendement.

Mme la présidente. Monsieur le rapporteur général de la commission des affaires sociales, l'amendement n° 80 est-il maintenu ?

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Comme il s'agit d'un ajout de l'Assemblée nationale, nous souhaitons en débattre avec les députés en commission mixte paritaire ; nous aviserons alors. Pour l'heure, je maintiens l'amendement.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 80.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 78, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - Le Gouvernement transmet chaque année au Parlement, avant le 15 septembre, un rapport présentant la mise en œuvre par les agences régionales de santé des dispositions de l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale, ainsi que les résultats ainsi obtenus sur la progression des dépenses.

La parole est à M. le rapporteur général de la commission des affaires sociales.

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Une fois n'est pas coutume, par cet amendement, nous demandons au Gouvernement de transmettre un rapport au Parlement...

M. François Autain. Encore un ! *(Sourires.)*

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Ce rapport annuel porterait sur l'application par les ARS de la procédure de contrôle et de sanction dont nous venons de parler.

Nous devons, en effet, avancer sur la voie de la transparence en matière d'interactions entre les différentes enveloppes de l'ONDAM. Il s'agit ici de viser les établissements de santé, publics et privés, dont les dépenses de médicaments remboursés sur l'enveloppe des soins de ville, mais prescrits par leurs médecins, connaissent une progression supérieure à un taux fixé par l'État.

Madame la secrétaire d'État, nous ne sommes pas allés jusqu'à demander au Gouvernement de préciser, dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, les enveloppes correspondant aux dépenses de médicaments, à la T2A, aux missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation –les MIGAC –, etc.

Nous commençons par demander un rapport au Gouvernement ; pour la suite, nous aviserons l'année prochaine.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Je comprends fort bien votre demande d'information sur ce dispositif innovant de régulation, monsieur le rapporteur général.

Toutefois, ce besoin d'information est déjà largement satisfait avec le programme de qualité et d'efficacité de la branche maladie, dont la partie relative à l'objectif « renforcer l'efficacité du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses » comprend un indicateur sur les prescriptions hospitalières de médicaments remboursés sur l'enveloppe des soins de ville.

Le Gouvernement s'engage à ce que le développement relatif à cet indicateur donne, à compter de 2011, le bilan de l'action des agences régionales de santé et de l'assurance maladie s'agissant de ce dispositif de régulation des dépenses. Votre demande me paraît donc satisfaite, monsieur le rapporteur général.

Au bénéfice de cet engagement, je vous demande de bien vouloir retirer votre amendement.

Mme la présidente. Monsieur le rapporteur général de la commission des affaires sociales, l'amendement n° 78 est-il maintenu ?

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Madame la secrétaire d'État, notre demande est loin d'être satisfaite.

En réalité, nous demandons depuis 2004 à avoir connaissance de l'identification des médecins prescripteurs de médicaments à l'hôpital.

M. Nicolas About. C'est vrai !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Les médecins hospitaliers prescrivent des médicaments qui relèvent de l'ONDAM des soins de ville, alors que ces prescriptions sont intégrées aux tarifs de l'hôpital. Cette situation ne peut perdurer !

Madame la secrétaire d'État, je veux bien accepter de retirer cet amendement, mais si la situation n'est pas clarifiée d'ici là, je proposerai l'année prochaine au Sénat – ou mon successeur le fera ! – de créer un ONDAM « médicaments » ville et hôpital.

M. Guy Fischer. Ce sera vous ! Ne partez pas battu ! *(Sourires.)*

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Je suis prudent, mon cher collègue ! Ce sont les électeurs qui décideront de mon sort ! *(Nouveaux sourires.)* La situation d'un ministre est d'ailleurs elle aussi très précaire, mais certains parviennent à se maintenir au gouvernement, et obtiennent même une promotion ! *(Mme la secrétaire d'État rit.)*

Après avoir délivré cet avertissement au Gouvernement, je retire l'amendement, madame la présidente. *(Exclamations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.)*

M. Yves Daudigny. Nous l'aurions voté !

Mme la présidente. L'amendement n° 78 est retiré.

Je mets aux voix l'article 42 bis, modifié.

(L'article 42 bis est adopté.)

Article 42 ter (nouveau)

Les données de cadrage, les objectifs et les indicateurs du programme de qualité et d'efficacité visé au 1° du III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale relatif à la branche Maladie comportent des éléments relatifs à la politique immobilière des établissements de santé.

Mme la présidente. L'amendement n° 81, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Rédiger ainsi cet article :

Le programme de qualité et d'efficacité visé au 1° du III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale relatif à la branche maladie comporte des éléments relatifs à la politique immobilière des établissements de santé.

La parole est à M. le rapporteur général de la commission des affaires sociales.

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 81.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. En conséquence, l'article 42 ter est ainsi rédigé.

Article 42 quater (nouveau)

Le programme de qualité et d'efficacité de la branche Maladie prévu par le 1° du III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale présente un bilan et les perspectives des réorganisations internes tendant à améliorer le fonctionnement des établissements publics de santé.

Mme la présidente. La parole est à M. Guy Fischer, sur l'article.

M. Guy Fischer. En ce qui concerne la chirurgie ambulatoire, les funestes conséquences de l'application de la loi HPST commencent à se faire sentir partout, y compris au sein des fleurons de l'hôpital public.

La réorganisation interne des établissements publics de santé met en œuvre une recherche systématique d'économies, au détriment – je pèse mes mots ! – des chances des patients et des conditions de travail des personnels.

Je reviendrai une fois encore sur le cas des Hospices civils de Lyon et de leur nouveau bâtiment médico-chirurgical, une « usine » flambant neuve comportant douze salles d'opération qui communiquent entre elles.

M. Dominique Leclerc. Ce n'est pas le bon article ! Ce n'est pas de cela qu'il s'agit !

M. Guy Fischer. Permettez-moi de terminer mon intervention, mon cher collègue ! Après je vous laisse tranquille !

M. Dominique Leclerc. Je m'en vais ! *(M. Dominique Leclerc quitte l'hémicycle.)*

M. Guy Fischer. Eh bien tant mieux !

L'objectif de cette nouvelle organisation en plateaux techniques est, nous dit-on, de rationaliser et de mieux organiser la prise en charge des spécialités. Les maîtres mots de cette

réorganisation sont mutualisation des moyens et polyvalence des personnels, mais, en réalité, il s'agit bien de pallier le manque d'effectifs et, à terme, de réduire le personnel.

J'ai rencontré, à plusieurs reprises, les représentants des organisations syndicales. J'ai vu des gens épuisés, désabusés, qui estiment ne plus être en mesure d'exercer leur métier correctement, voire risquer de mettre en danger la sécurité des patients dont ils ont la charge. Or que leur propose-t-on ? D'apprendre d'autres tâches à la va-vite, afin de pouvoir « donner un coup de main » dans le service d'en face ! Cela n'est pas sérieux !

En effet, une véritable polyvalence exigerait que les personnels maîtrisent de nouveaux outils, de nouvelles techniques, de nouveaux gestes, et aient connaissance des douleurs associées à la pathologie dans plusieurs spécialités médicales différentes.

L'instauration autoritaire d'une polyvalence improvisée revient en outre à nier leurs choix, leur expérience, leur qualification. Elle est contradictoire avec l'hyperspécialisation médicale. Aujourd'hui, ces personnels estiment qu'il manque au moins trente équivalents temps plein travaillé pour garantir la sécurité des patients. Les élus de trois syndicats du CHSCT ont fait réaliser une expertise par un cabinet spécialisé, qui débouchera sur trois rapports, dont voici le premier. *(M. Guy Fischer brandit un document.)* On peut y lire que « l'institutionnalisation de la mutualisation et de la polyvalence va augmenter les risques de survenue de découragement profond parmi le personnel », et que « l'intensité du travail est continue et à un niveau élevé ». Ce rapport met également en évidence une organisation du travail non conforme aux exigences de sécurité, particulièrement dans le service de réanimation.

Mutualisation et polyvalence risquent de conduire à une accélération du découragement des professionnels, amenés, malgré eux, à changer de métier, comme le montrent de nombreuses études. On organise ainsi la pénurie des professionnels de santé pour justifier les réorganisations.

Je tiens d'ailleurs à préciser que les organisations syndicales ne sont pas seules à remettre en question cette organisation. De nombreux médecins soulignent les effets pervers de la polyvalence et de la mutualisation et dénoncent les risques qu'elles engendrent pour la sécurité des patients, ainsi que les conséquences qu'elles ont sur les conditions de travail des équipes soignantes.

Malgré les déclarations se voulant rassurantes de la direction, la situation est explosive. Tel est, madame la secrétaire d'État, le résultat de l'application de la T2A, de la loi HPST et de la révision générale des politiques publiques : ériger en dogme la performance et la rentabilité, transposer les normes managériales de l'entreprise au sein de l'hôpital public sera source de nombreuses difficultés.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 42 quater.

(L'article 42 quater est adopté.)

Articles additionnels après l'article 42 quater

Mme la présidente. L'amendement n° 82, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'article 42 quater, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le programme de qualité et d'efficience de la branche maladie prévu par le 1° du III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale présente un bilan des actes, prestations et médicaments prescrits dans les établissements de santé et dont le coût pèse sur l'enveloppe de soins de ville.

La parole est à M. le rapporteur général de la commission des affaires sociales.

M. Alain Vasselle, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. Cet amendement vise à donner de la transparence aux sous-objectifs de l'ONDAM, que j'évoquais tout à l'heure en présentant l'amendement n° 78, finalement retiré par égard pour Mme Berra, qui vient juste de prendre ses nouvelles fonctions de secrétaire d'État chargée de la santé...

Il s'agit d'identifier clairement, dans les annexes du PLFSS, les dépenses prescrites dans les établissements de santé mais qui pèsent sur l'enveloppe de soins de ville.

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

Mme Nora Berra, *secrétaire d'État*. Les demandes répétées des parlementaires de pouvoir disposer d'informations sur l'efficience hospitalière traduisent un intérêt marqué pour ce sujet, auquel j'entends répondre.

Ainsi, je m'engage à ce que le PQE maladie du PLFSS pour 2012 comporte un enrichissement substantiel de l'information relative aux charges des hôpitaux – masse salariale, immobilier, mais aussi achats et investissements –, aux moyens de les maîtriser – réorganisations internes évoquées à l'article 42 *quater*, mais aussi restructuration vers le médico-social, etc. – et aux dépenses que les établissements de santé sont susceptibles d'externaliser vers les autres enveloppes de l'ONDAM, notamment les prescriptions remboursées sur l'enveloppe de soins de ville.

Je propose que nous nous accordions sur une « feuille de route » globale portant sur les diverses questions d'efficience hospitalière. Cela me paraît être le meilleur moyen d'instituer un suivi précis de celle-ci.

Il me semble que votre demande est satisfaite par le PQE maladie actuel, monsieur le rapporteur général. Cependant, le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat sur cet amendement.

M. Alain Vasselle, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. Bien !

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

M. François Autain. Je suis tout à fait d'accord avec cet amendement, mais je voudrais tout de même attirer votre attention, monsieur le rapporteur général, sur le fait que la médecine de ville se décharge aussi sur l'hôpital. Vous l'avez sans doute observé.

M. Alain Vasselle, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. Oui.

M. François Autain. Il est dommage que vous n'ayez pas encore pris ce phénomène en compte. Puisque vous êtes toujours à la recherche d'équilibre, j'aurais aimé que, en l'occurrence, vous mainteniez un équilibre entre ce qui relève de l'hôpital et ce qui relève de la médecine de premier recours.

M. Alain Vasselle, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. D'accord.

M. François Autain. Vous le savez, si les urgences sont surchargées, c'est en raison des carences de la médecine de premier recours.

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

M. François Autain. Cette situation peut être due au fait que les médecins de ville ne sont pas là au moment où l'on a besoin d'eux, que leur nombre est insuffisant ou qu'ils sont mal répartis sur le territoire, mais il existe aussi une autre raison, qui n'est pas suffisamment mise en lumière : la majorité des médecins libéraux ne pratiquent pas le tiers payant. Or, pour les plus défavorisés de nos concitoyens, pour les familles à ressources modestes, avancer vingt-deux ou vingt-trois euros pour une consultation n'est pas anodin, surtout si cette dépense se répète au cours d'un même mois. Dans ces conditions, il est tentant de se rendre aux urgences, même si un médecin libéral est disponible. Or une consultation dans un service des urgences revient à 400 euros à l'assurance maladie ! C'est toujours ce pauvre hôpital qui trinque : c'est lui qui coûte, jamais la médecine générale !

J'aurais donc aimé, monsieur le rapporteur général, que vous nous proposiez de rééquilibrer les choses.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur général de la commission des affaires sociales.

M. Alain Vasselle, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. Ce problème ne nous a pas échappé, monsieur Autain. En commission, lorsque j'ai évoqué l'idée de déposer un amendement afin d'y remédier, Mme Bachelot-Narquin a réagi comme vous.

M. François Autain. Nous avons beaucoup de points communs ! (*Sourires.*)

M. Alain Vasselle, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. J'imagine donc que le Gouvernement se penchera sur cette question importante.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 82.

(*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, après l'article 42 *quater*.

L'amendement n° 483 rectifié *ter*, présenté par MM. P. Dominati et Beaumont, Mme Hermange, M. Gilles, Mme Sittler et MM. Mayet et Fouché, est ainsi libellé :

Après l'article 42 *quater*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le programme de qualité et d'efficience visé au 1° du III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale relatif à la branche maladie présente un bilan du dispositif de la couverture maladie universelle, tel que défini à l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale, ainsi que les perspectives d'évolution notamment financières.

La parole est à Mme Marie-Thérèse Hermange.

Mme Marie-Thérèse Hermange. Cet amendement a pour objet d'améliorer l'information du Parlement sur le bilan et les perspectives du dispositif de la couverture maladie universelle de base, en particulier sur l'évolution du nombre de bénéficiaires et le coût du dispositif pour l'assurance maladie.

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

M. Alain Vasselle, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. La commission s'en remet à la sagesse du Sénat.

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

Mme Nora Berra, *secrétaire d'État*. Défavorable.

Mme la présidente. Madame Hermange, l'amendement n° 483 rectifié *ter* est-il maintenu ?

Mme Marie-Thérèse Hermange. Je le maintiens, car je pense que le Parlement a vraiment besoin d'une information sur les perspectives du dispositif de la couverture maladie universelle. Cela permettrait sans aucun doute de faciliter le contrôle de ce dernier.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 483 rectifié *ter*.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, après l'article 42 *quater*.

L'amendement n° 115, présenté par M. Jégou, au nom de la commission des finances, est ainsi libellé :

Après l'article 42 *quater*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 6131-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6131-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6131-2-1.* - Aux fins mentionnées à l'article L. 6131-1, le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander au service de santé des armées de signer une convention autorisant des coopérations entre les établissements publics de santé et les hôpitaux des armées situés dans le ressort territorial de ladite agence régionale de santé.

« Le directeur général transmet sa demande au service de santé des armées, en apportant toutes précisions sur les conséquences économiques et sociales et sur le fonctionnement de la nouvelle organisation des soins.

« Si sa demande n'est pas suivie d'effet, après concertation avec le service de santé des armées, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prendre les mesures appropriées, notamment une diminution des dotations de financement mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, pour qu'une telle convention soit signée. »

La parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis de la commission des finances. Dans un récent rapport particulier public, la Cour des comptes, tout en insistant sur le rôle essentiel du service de santé des armées, a mis en exergue la situation financière durablement dégradée des hôpitaux militaires.

En effet, le déficit des hôpitaux militaires s'élevait en 2009 à 281 millions d'euros, ce qui constitue le premier déficit hospitalier de France. Il équivaut à lui seul à plus de la moitié du déficit des établissements civils de santé, qui atteint 506 millions d'euros, alors que les neuf hôpitaux d'instruction des armées ne représentent que 2 % des capacités hospitalières publiques.

Dans mon département du Val-de-Marne, l'hôpital militaire Bégin, de grande réputation, a quelque peu anticipé ce que je vais vous proposer, madame la secrétaire d'État, puisqu'il assure des consultations d'obstétrique pour les civils.

Mme Muguette Dini, présidente de la commission des affaires sociales. Il y a aussi des femmes militaires !

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Certes, mais pas en nombre suffisant pour qu'elles occupent à elles seules le service d'obstétrique de l'hôpital Bégin !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Il n'y a pas encore de parité !

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Il apparaît donc essentiel, madame la secrétaire d'État, si l'on veut préserver sur le long terme cet outil indispensable, de réfléchir à une rationalisation de l'offre de soins des hôpitaux d'instruction des armées. Il s'agit non pas de démanteler ce service de qualité, mais d'encourager la coopération et la mutualisation des moyens entre les hôpitaux militaires et les hôpitaux publics. En fait, cet amendement tend simplement à transposer aux hôpitaux militaires le dispositif permettant aujourd'hui de favoriser les rapprochements entre établissements civils.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission émet un avis de sagesse sur l'amendement de bon sens de M. Jégou.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. L'adoption de cet amendement aboutirait à intégrer les hôpitaux militaires dans le schéma régional d'organisation des soins, de la même manière que les autres établissements de santé.

Mme Muguette Dini, présidente de la commission des affaires sociales. C'est vrai.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Sur le fond, je partage votre objectif. Le rapport de la Cour des comptes soulève en effet, s'agissant du service de santé des armées, la question d'une « stratégie hospitalière participant trop peu à la politique publique de santé » et préconise à ce titre « une coopération plus approfondie avec les autorités sanitaires ».

Toutefois, le service de santé des armées présente des spécificités liées aussi bien à ses missions qu'à son organisation. En particulier, ses établissements accueillent prioritairement des militaires et leur implantation ne peut pas être totalement déconnectée de celle des forces armées elles-mêmes.

Pour cette raison, les dispositifs de droit commun applicables aux établissements civils ne peuvent être transposés directement au service de santé des armées. Il convient donc de les adapter afin de trouver le bon équilibre entre les contraintes particulières de la défense nationale et la nécessaire rationalisation des moyens.

Mes services vont donc engager sans délai des travaux en ce sens avec les services du ministère de la défense, afin d'aboutir rapidement à des évolutions concrètes visant à mettre en œuvre des synergies et des coopérations entre structures civiles et établissements militaires.

Au bénéfice de ces explications, je vous demande de bien vouloir retirer votre amendement, monsieur le rapporteur pour avis.

Mme la présidente. Monsieur le rapporteur pour avis, l'amendement n° 115 est-il maintenu ?

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Je constate que les gouvernements changent, mais que les mauvaises habitudes persistent ! *(Rires.)*

M. Yves Daudigny. Très juste !

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Néanmoins, vous avez pris un certain nombre d'engagements, madame la secrétaire d'État, et je veux croire qu'ils seront tenus.

Dans ces conditions, j'accepte de retirer cet amendement, qui vise à assurer la pérennité des hôpitaux militaires, car la situation actuelle ne saurait perdurer.

Mme la présidente. L'amendement n° 115 est retiré.

L'amendement n° 513, présenté par M. Milon, est ainsi libellé :

Après l'article 42 *quater*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 6145-17 du code de la santé publique, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Art. L. ... - Lorsque l'établissement financé à l'activité dégage un excédent au compte de résultat de l'activité principale, le directeur peut décider, après concertation avec le directoire, de répartir tout ou partie de cet excédent aux personnels de l'établissement.

« Le montant global des primes d'intéressement distribuées aux bénéficiaires ne peut dépasser 10 % du montant total des salaires bruts. »

Cet amendement n'est pas soutenu.

Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 376 rectifié est présenté par Mme Payet et MM. Deneux, Amoudry et Détraigne.

L'amendement n° 543 rectifié *bis* est présenté par MM. Milon, P. Blanc, Laménie, J. Blanc et Revet.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 42 *quater*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Un rapport, établi par l'Inspection Générale des Affaires Sociales et l'Inspection Générale des Finances, est remis au Parlement dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi, sur les modalités selon lesquelles le ministère de la santé a établi l'enveloppe budgétaire relative à la permanence de soins hospitalière, sur la base des déclarations des établissements de santé publics et privés et d'autres éléments de méthode devant être objectivés et publiés, compte tenu de l'importance de la diminution opérée sur les tarifs en 2009 et en 2010 sur cette base.

La parole est à Mme Anne-Marie Payet, pour présenter l'amendement n° 376 rectifié.

Mme Anne-Marie Payet. Cet amendement vise à établir sur des bases objectives et transparentes les conditions dans lesquelles le ministère de la santé a retiré près de 1 milliard d'euros de la masse tarifaire des établissements de court séjour, dans le cadre des campagnes tarifaires 2009 et 2010, pour établir l'enveloppe relative à la mission d'intérêt générale sur la permanence des soins hospitalière.

Ces données ont été demandées par les fédérations hospitalières à de multiples reprises, compte tenu de l'enjeu important qui s'y attache. Il est proposé que le Parlement obtienne la transparence sur ce sujet, sur la base d'un rapport conjoint de l'IGAS et de l'IGF.

Mme la présidente. La parole est à M. Marc Laménie, pour présenter l'amendement n° 543 rectifié *bis*.

M. Marc Laménie. Je fais mienne l'excellente argumentation de Mme Payet. Il faut tenir compte des demandes formulées par les fédérations hospitalières à de nombreuses reprises et mettre l'accent sur la transparence et l'information.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Ces deux amendements sont intéressants, même si le Gouvernement a progressé sur le sujet.

En effet, en 2009, cette dotation a été intégrée dans les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, les MIGAC, à l'issue de l'une des rares études qui aient été menées à bien en vue de la convergence tarifaire intersectorielle. Je me félicite de la création de cette dotation, qui permet d'isoler une mission de service public par rapport aux tarifs.

Pour autant, il faut le reconnaître, les modalités de détermination de cette enveloppe, financée par transfert des tarifs, n'ont pas été complètement transparentes. Le rapport demandé est donc susceptible d'apporter une information intéressante au Parlement.

La commission des affaires sociales a d'ailleurs proposé, je tiens à le souligner, que les dotations aux MIGAC soient votées lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, et non arrêtées par l'État.

Par conséquent, je suis très favorable à ces amendements identiques.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Les modalités d'établissement de l'enveloppe budgétaire relative à la permanence des soins hospitalière ont été élaborées dans le cadre de la campagne 2009. Cette élaboration a obéi à un processus rigoureux.

Une enquête nationale a été menée en 2008 auprès de l'ensemble des établissements de santé, avec pour objectif le recensement par discipline des gardes et astreintes médicales réalisées au cours de l'exercice 2007. Cette enquête a permis de valoriser à l'échelon national, à l'appui des déclarations des établissements, l'activité correspondant à la permanence médicale.

La confrontation des résultats de cette enquête avec les données de la comptabilité publique a permis d'approcher les paiements liés aux gardes et astreintes, et donc à la permanence des soins hospitalière.

Sur la base de ces deux approches convergentes, une enveloppe nationale de 760 millions d'euros en année pleine a été arrêtée pour les établissements publics participant au service public hospitalier.

Ce montant a été obtenu par « débasage » des tarifs et affecté à la nouvelle dotation dédiée à la mission d'intérêt général de permanence des soins hospitalière créée en 2009. Les enveloppes régionales ont été constituées en affectant à chaque région une dotation MIG correspondant à la perte globale liée au « débasage » des tarifs pour l'ensemble des établissements de la région. La même procédure a été utilisée pour constituer les enveloppes par établissement.

Dans son rapport RM2009-139P intitulé *Financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé*, l'Inspection générale des affaires sociales s'est prononcée sur la méthodologie retenue pour l'élaboration et l'utilisation de cette dotation MIG dédiée à la permanence des soins hospitalière.

La méthodologie suivie, qui n'a pas fait l'objet de contestations sérieuses, et l'existence d'un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales de 2009 qui valide les orientations prises rendent l'adoption d'un nouveau rapport sur ce thème inutile.

Pour ces raisons, je sollicite le retrait de ces amendements.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur général de la commission des affaires sociales.

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Madame la secrétaire d'État, le rapport de l'IGAS auquel vous faites référence est, semble-t-il, essentiellement centré sur les missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation, les MERRI, et reste assez évasif sur l'autre aspect de la dotation.

Je propose à nos collègues que nous examinions avec attention le contenu de ce rapport. Après analyse, si nous sommes amenés à constater que les éléments d'information qu'il contient sont insuffisants pour apporter l'éclairage qu'ils attendent sur le calcul de cette dotation, nous reviendrons à la charge lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

Pour l'heure, sous le bénéfice des précisions apportées par Mme la secrétaire d'État, je suggère à nos collègues de retirer ces amendements.

Mme la présidente. Madame Payet, l'amendement n° 376 rectifié est-il maintenu ?

Mme Anne-Marie Payet. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 376 rectifié est retiré.

Monsieur Laménie, l'amendement n° 543 rectifié *bis* est-il maintenu ?

M. Marc Laménie. Non, je le retire également.

Mme la présidente. L'amendement n° 543 rectifié *bis* est retiré.

Article 43

L'article L. 341-10 du code de la sécurité sociale est abrogé à compter du 1^{er} juin 2011.

Mme la présidente. La parole est à Mme Odette Terrade, sur l'article.

Mme Odette Terrade. L'article 43 du projet de loi de financement de la sécurité sociale vise à abroger l'article L. 341-10 du code de la sécurité sociale à compter du 1^{er} juin 2011 afin d'aligner les règles de cumul de la perception d'une pension d'invalidité avec les revenus liés à la reprise d'une activité non salariée sur celles qui sont applicables en cas de reprise d'une activité salariée. Cette mesure a donc pour objet de mettre un terme à une situation inéquitable entre assurés, qui est préjudiciable aux travailleurs non salariés percevant une pension d'invalidité.

Cet article est issu de propositions faites par le Médiateur de la République depuis 2004 et encore renouvelées cette année. Nous sommes bien évidemment favorables à la suppression d'une inégalité de traitement qui n'a aucune raison d'être et qui n'est due qu'à l'enchevêtrement et à la contradiction des différents textes applicables.

À cette occasion, nous souhaitons aborder deux problèmes qui nous paraissent importants et sur lesquels nous voudrions appeler à nouveau l'attention du Sénat et celle du Gouvernement.

Nous sommes opposés à la multiplication des situations de cumul de la perception d'une pension d'invalidité et d'une activité salariée ou non. En effet, une personne en situation d'invalidité devrait percevoir de quoi vivre, sans avoir obligation de reprendre une activité, qu'elle soit ou non salariée.

Certes, il s'agit ici des assurés en situation d'invalidité de première catégorie, c'est-à-dire de ceux qui ne sont pas trop gravement invalides et peuvent encore, selon les textes en vigueur, reprendre une activité, salariée ou non. Mais, eu égard à l'air du temps, nous ne voudrions pas qu'un jour les assurés relevant de la deuxième catégorie d'invalidité, c'est-à-dire ceux qui ne peuvent plus travailler, soient à leur tour priés de reprendre une activité pour compléter leur faible pension.

En effet, le porte-parole de l'UMP, en particulier, lance souvent de telles idées, comme des ballons d'essai, par exemple à propos du télétravail pour les salariés en arrêt maladie ou en congé maternité... Améliorer son employabilité, devenir un petit auto-entrepreneur, travailler plus, toujours plus : voilà la logique qui guide la politique du Gouvernement.

Notre seconde remarque concerne le régime juridique de l'invalidité, qui devrait faire l'objet d'une réforme pour être mieux articulé avec celui du handicap.

La définition de l'invalidité résulte de l'ordonnance du 19 octobre 1945 ; c'est une assurance contre le risque de ne plus pouvoir travailler : l'assuré a droit à une pension d'invalidité lorsqu'il présente une invalidité réduisant dans des proportions déterminées sa capacité de travail ou de gain.

Les titulaires des pensions d'invalidité les plus modestes peuvent bénéficier d'un minimum invalidité appelé allocation supplémentaire d'invalidité, ou ASI. En 2010, ils y ont droit si leurs ressources sont inférieures à un plafond de 660 euros par mois pour une personne seule et de 1 157 euros pour un couple.

Or certaines caractéristiques de cette pension d'invalidité sont aujourd'hui moins favorables que celles de l'allocation aux adultes handicapés, l'AAH. Connue de longue date, cette situation injuste avait, dès 1987, amené la Cour des comptes à recommander la fusion de l'allocation supplémentaire d'invalidité et de l'allocation aux adultes handicapés. Mais, au contraire, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a déconnecté la revalorisation de l'ASI de celle de l'AAH, laquelle doit augmenter, comme l'allocation de solidarité aux personnes âgées, l'ASPA, de 25 % en l'espace de cinq ans.

En conséquence, l'AAH atteindrait 776 euros par mois en 2012, soit environ 100 euros de plus que l'ASI. Cette situation injuste conduit un nombre croissant d'invalides à demander une allocation aux adultes handicapés différentielle, ce qui rend leurs démarches et le système trop complexes. Il serait donc grand temps d'harmoniser les règles.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 43.

(L'article 43 est adopté.)

Article additionnel après l'article 43

Mme la présidente. L'amendement n° 524, présenté par M. Milon, est ainsi libellé :

Après l'article 43, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 4614-12 du code du travail est ainsi rédigé :

« *Art. L. 4614-12.* - Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail peut faire appel à un expert agréé, conformément aux dispositions de l'ordonnance du 6 juin 2005 relative aux marchés passés par certaines

personnes publiques ou privées non soumises au code des marchés publics ainsi qu'aux dispositions réglementaires d'application. »

Cet amendement n'est pas soutenu.

Section 1 bis

Dispositions relatives au secteur social et médico-social (*Division et intitulé nouveaux*)

Mme la présidente. Mes chers collègues, nous allons maintenant examiner les articles 44 à 47, appelés en priorité.

Article 44 (*priorité*)

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Après l'article L. 323-3, il est inséré un article L. 323-3-1 ainsi rédigé :
- ③ « *Art. L. 323-3-1.* – Le versement de l'indemnité journalière ne fait pas obstacle à ce que l'assuré demande, avec l'accord du médecin traitant, à accéder aux actions de formation professionnelle continue prévues au 10° de l'article L. 6313-1 du code du travail ou à des actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil auxquelles la caisse primaire participe, sous réserve qu'après avis du médecin conseil, la durée de ces actions soit compatible avec la durée prévisionnelle de l'arrêt de travail. La caisse fait part de son accord à l'assuré et, le cas échéant, à l'employeur, ce dernier en informant le médecin du travail. » ;
- ④ 2° Le quatrième alinéa de l'article L. 433-1 est ainsi rédigé :
- ⑤ « L'article L. 323-3-1 est applicable aux arrêts de travail résultant d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle. »
- ⑥ II. – Le code du travail est ainsi modifié :
- ⑦ 1° La section 1 du chapitre VI du titre II du livre II de la première partie est complétée par un article L. 1226-1-1 ainsi rédigé :
- ⑧ « *Art. L. 1226-1-1.* – Le contrat de travail d'un salarié atteint d'une maladie ou victime d'un accident non professionnel demeure suspendu pendant les périodes au cours desquelles il suit les actions mentionnées à l'article L. 323-3-1 du code de la sécurité sociale dans les conditions prévues à ce même article. » ;
- ⑨ 2° L'avant-dernier alinéa de l'article L. 1226-7 est ainsi rédigé :
- ⑩ « Le contrat de travail est également suspendu pendant les périodes au cours desquelles le salarié suit les actions mentionnées à l'article L. 323-3-1 du code de la sécurité sociale dans les conditions prévues à ce même article, en application du quatrième alinéa de l'article L. 433-1 du même code. »

Mme la présidente. L'amendement n° 280, présenté par Mme David, M. Fischer, Mmes Pasquet et Hoarau, M. Autain et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. Nous souhaitons supprimer cet article, qui vise à étendre un dispositif auquel nous étions déjà opposés lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 et qui concernait alors les seuls assurés en arrêt de travail à la suite d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail.

Le Gouvernement avait prévu, pour ces personnes, la possibilité d'accéder durant leur arrêt de travail à des « actions de formation professionnelle continue » ou à des « actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil ».

Avec cet article, il entend étendre le champ de cette faculté et, de fait, la généraliser aux assurés en arrêt de travail à la suite d'une maladie ou d'un accident d'origine non professionnelle.

L'objectif affiché est d'accompagner le salarié ou la salariée vers le retour à l'emploi, mais, tout comme en 2009, nous connaissons vos motivations réelles : il s'agit moins d'offrir de nouvelles possibilités de formation que de traquer les personnes en arrêt de travail et de remettre tout le monde le plus vite possible au travail, même les malades et les accidentés. Vous dites vouloir favoriser la réinsertion des salariés, mais votre objectif premier est de réaliser des économies, car un retour rapide à l'emploi écourtera la durée de versement des indemnités journalières. De plus, le salarié en arrêt de travail qui se rendra à Pôle emploi en vue de suivre une formation sera déjà à pied d'œuvre pour chercher du travail !

Un arrêt de travail est destiné à permettre à son bénéficiaire de se soigner et de se reposer à la suite de sa maladie ou de l'accident qu'il a subi. Ce n'est pas pendant cette période qu'il doit déjà penser à améliorer son employabilité pour faciliter et accélérer son retour à l'emploi.

Nous sommes opposés à cette mesure, car son adoption aurait pour conséquence de transférer à Pôle emploi, et donc à la collectivité, la charge financière de la formation professionnelle, laquelle doit reposer sur les entreprises, tenues légalement de former leurs salariés.

Notre opposition tient aussi au fait que nombre d'actions de formation servent moins les salariés que les sociétés privées, lesquelles facturent bien souvent grassement ces prestations à Pôle emploi.

Enfin, cette mesure pourrait être le premier pas vers une obligation, pour les salariés en arrêt, de suivre des actions de formation, sous peine de perdre leurs indemnités journalières.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission est défavorable à cet amendement. Comment pourrions-nous être opposés à ce qu'un assuré en arrêt maladie puisse suivre, à sa demande, des actions de formation professionnelle ?

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Cet article vise à permettre à un assuré de continuer à percevoir ses indemnités journalières pendant une période de reconversion professionnelle.

L'objet de cette mesure est non pas de remettre à tout prix les salariés arrêtés au travail – une telle présentation est caricaturale ! –, mais d'éviter la perte de capital humain liée à l'inactivité.

Il est de notre responsabilité d'offrir aux salariés tous les moyens de prévenir, le plus en amont possible, la désinsertion professionnelle. En effet, plus le temps d'inactivité se

prolonge, plus la personne s'éloigne de l'emploi. Statistiquement, il y a un taux très important de basculement de l'assurance maladie vers l'invalidité ou l'allocation aux adultes handicapés, puis l'assurance vieillesse.

Le développement d'actions d'adaptation, de formation ou de reconversion dans les meilleures conditions possibles est donc indispensable et répond à des situations bien concrètes, auxquelles les caisses sont confrontées tous les jours sur le terrain.

En l'espèce, il s'agit d'une mesure favorable à nos concitoyens, puisqu'ils pourront, s'ils le souhaitent – le respect de la volonté de l'assuré est fondamental –, participer, pendant la période d'arrêt de travail, à des actions de remobilisation – bilans de compétences, actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information ou de conseil – tout en continuant à percevoir leurs indemnités journalières, dont le versement ne sera donc pas écourté du fait de l'action menée.

L'objectif est de susciter une dynamique de réinsertion professionnelle plutôt que de contraindre l'assuré à rester dans l'inactivité, avec le risque d'être licencié ou de tomber dans l'invalidité, comme c'est le cas aujourd'hui.

Je suis donc défavorable à cet amendement.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 280.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 85, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 3

Remplacer les mots :

au 10° de

par le mot :

à

La parole est à M. le rapporteur général de la commission des affaires sociales.

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a ouvert la possibilité aux assurés en arrêt de travail à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle de suivre des actions de formation professionnelle en vue de favoriser leur retour à l'emploi.

L'article 44 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale vise à élargir cette mesure aux assurés en arrêt maladie, ce qui nous semble tout à fait positif. Pour autant, l'article, dans sa rédaction actuelle, restreint parallèlement le champ des actions de formation que le salarié peut suivre aux seuls bilans de compétences.

Nous considérons qu'une telle restriction *a priori* est inopportune, d'autres actions pouvant être mieux adaptées à la situation de telle ou telle personne. Cet amendement vise donc à revenir à la rédaction actuelle du dispositif.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Monsieur le rapporteur général, je partage entièrement votre souhait d'éviter la déperdition en capital humain pour les personnes qui s'éloignent trop longtemps du marché de l'emploi. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle celles-ci peuvent actuellement bénéficier, si elles le souhaitent, de différentes actions, dont la réalisation d'un bilan de compétences, prévue au 10° de l'article L. 6313-1 du code du travail.

Toutes les actions de formation professionnelle ne semblent toutefois pas vraiment adaptées à la situation spécifique des assurés en arrêt de travail : je pense, par exemple, aux actions de promotion professionnelle, ou encore aux formations relatives à l'intéressement, à la participation, à l'épargne salariale ou à l'actionnariat. Cela n'aurait pas de sens de viser toutes ces formations puisque, dans les faits, seuls les bilans de compétences seront utilisés.

Les nouvelles dispositions prévues à l'article 44 de ce projet de loi unifient toutefois la nouvelle réglementation pour les arrêts maladie et pour les accidents du travail et maladies professionnelles. Ce qui est important, dans ce dispositif, hormis les bilans de compétences, ce sont les actions d'accompagnement, de suivi, de conseil et d'évaluation, prévues dans la suite de cet article.

C'est pourquoi je vous demande, monsieur le rapporteur général, de bien vouloir retirer votre amendement.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur général de la commission affaires sociales.

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Il existe un verrou, puisque l'assurance maladie autorisera ou non la formation. Bien entendu, il faut éviter les dérives que vous avez dénoncées, mais, connaissant le sérieux de l'assurance maladie, je ne pense pas que ces risques soient avérés. C'est la raison pour laquelle je propose au Sénat d'adopter cet amendement.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 85.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 44, modifié.

M. Guy Fischer. Le groupe CRC-SPG vote contre !

(L'article 44 est adopté.)

Article 45 (priorité)

- ① I. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins est fixé à 250 millions d'euros pour l'année 2011. Le montant maximal des dépenses de ce fonds est fixé à 296 millions d'euros pour l'année 2011.
- ② II. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés est fixé à 347,71 millions d'euros pour l'année 2011.
- ③ III. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires est fixé à 20 millions d'euros pour l'année 2011.
- ④ IV. – Le montant de la dotation globale pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales est fixé à 45 millions d'euros pour l'année 2011.
- ⑤ V. – Le montant de la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement des agences régionales de santé est fixé à 151 millions d'euros au titre de leur budget de gestion et à 40 millions d'euros au titre de leurs actions de prévention

pour l'année 2011, selon une répartition entre les régimes fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'agriculture.

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 86 est présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 116 est présenté par M. Jégou, au nom de la commission des finances.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 3

Supprimer cet alinéa.

La parole est à M. le rapporteur général de la commission des affaires sociales, pour présenter l'amendement n° 86.

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Mes chers collègues, nous allons aborder un sujet qui fait toujours débat entre le Gouvernement et le Sénat : l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires, l'ÉPRUS.

Le financement par cet établissement des mesures contre la pandémie grippale H1N1 a fait couler beaucoup d'encre et de salive et fait l'objet de nombre de rapports et d'auditions.

L'article 45 détermine les contributions des régimes d'assurance maladie obligatoires à des dépenses de nature très diverse, sans rapport avec la couverture du risque santé et qui n'ont donc pas vocation à être financées par les ressources de l'assurance maladie.

Cette année encore, cet article, comme les dispositions homologues des précédentes lois de financement de la sécurité sociale, illustre une gestion de ces ressources que l'on pourrait presque qualifier de schizophrénique.

Alors que les dépenses consacrées à la couverture du risque maladie sont calculées au plus juste, avec le souci légitime de ménager l'avenir de notre système de protection sociale, on constate simultanément un inquiétant saupoudrage de crédits de l'assurance maladie au profit de dépenses qui devraient relever du budget de l'État : aides à l'organisation de l'offre de soins, contribution aux missions régaliennes de l'État en matière de protection contre les risques sanitaires exceptionnels, indemnisation des victimes d'aléas thérapeutiques ou d'accidents médicaux, dépenses de fonctionnement d'établissements publics de l'État, réforme hospitalière... La liste est longue, mais je m'arrête là !

La Cour des comptes s'en émeut d'ailleurs à l'occasion, mais sans effet apparent. Qui pis est, mes chers collègues, l'État, ménager de ses propres deniers, évalue généreusement et gère sans rigueur excessive ses « emprunts » aux finances sociales.

Sans même qu'il soit besoin d'évoquer la pandémie H1N1 ou les mécomptes du plan Hôpital 2007, la surestimation de ces dotations dont témoignent les trop-perçus constatés à l'article 6 du projet de loi de financement de la sécurité sociale et l'évaluation aléatoire de leur utilisation contribuent à la dégradation des finances sociales.

Nous avons constaté, à l'article 6, que la dotation de l'assurance maladie à l'ÉPRUS pour 2010, soit 170 millions d'euros sur 270 millions d'euros prévus, traduit un nouveau déséquilibre entre les contributions respectives de l'État et de l'assurance maladie, reproduisant le schéma observé pour la période 2007-2009.

Pour réduire ce déséquilibre, nous proposons de supprimer la contribution de l'assurance maladie à l'ÉPRUS prévue pour 2011, qui s'élève à 20 millions d'euros. Cela permettra de retrouver l'équilibre et la répartition à parité que nous avions réussi, à l'arraché, à inscrire dans un précédent projet de loi de financement de la sécurité sociale, sur mon initiative, et qui fait maintenant partie intégrante du dispositif, mais dont le Gouvernement semble vouloir s'affranchir.

Nous invitons le Gouvernement à respecter les engagements antérieurs. C'est la raison pour laquelle, mes chers collègues, je vous propose d'adopter l'amendement de la commission des affaires sociales.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur pour avis, pour présenter l'amendement n° 116.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Madame la secrétaire d'État, la commission des finances va enfoncer le clou ! (*Sourires.*) Je rappelle tout de même que l'ÉPRUS est un « bébé » du Sénat : nous y sommes très attachés.

Il se trouve en outre que, en tant que rapporteur spécial de la commission des finances pour la mission « Santé », j'ai réalisé un contrôle de l'ÉPRUS juste avant l'épidémie de grippe H1N1. Les comptes de l'établissement étaient déjà difficiles à suivre auparavant, mais l'annonce d'une pandémie l'année dernière n'a pas amélioré la situation. Un schéma de financement complexe a été nécessaire, comportant deux décrets d'avance, trois mesures dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, deux mesures en loi de finances rectificative pour 2009. La situation ne s'est pas simplifiée cet automne, compte tenu des opérations de remise à zéro des comptes de l'ÉPRUS après la résiliation d'une partie des commandes de vaccin contre le virus de la grippe H1N1.

Cette annulation est bien sûr une bonne nouvelle, du point de vue avant tout de la santé publique, mais aussi de celui des finances publiques. Je m'interroge cependant sur le niveau élevé des dépenses prévisionnelles de l'ÉPRUS pour les années 2010 à 2012 : il s'élève en effet à 401 millions d'euros, alors qu'il atteignait déjà 473 millions d'euros pour la période 2007-2009.

Madame la secrétaire d'État, sans me montrer trop sévère, compte tenu de la fraîcheur de votre arrivée dans vos nouvelles fonctions, je souhaiterais néanmoins vous poser quelques questions.

Tout d'abord, des renouvellements de produits sont-ils envisagés ? En effet, depuis mon rapport de mars 2009, nous n'avons pas reçu de réponse sur ce point, contrairement d'ailleurs à ce que m'avait écrit Mme Bachelot-Narquin à l'époque. Si tel est le cas, avez-vous avancé sur la question délicate de la gestion de la péremption de ces produits ? Je vous rappelle que des produits médicamenteux, dont des vaccins, ainsi que des masques et une bonne partie des antiviraux ont atteint leur date de péremption, pour un montant estimé entre 700 millions et 800 millions d'euros. Nous n'arrivons pas à obtenir des informations sur ce sujet.

Nous maintiendrons notre amendement si le Gouvernement ne répond pas clairement à nos questions.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Les amendements visent à supprimer en 2011 la contribution de 20 millions d'euros de l'assurance maladie au financement de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires. En réalité, cela aboutirait à priver l'ÉPRUS non pas de

20 millions d'euros, mais du double, soit 40 millions d'euros, compte tenu du principe de financement à parité des dépenses de cet établissement.

Une baisse de cette ampleur serait difficilement gérable par l'ÉPRUS, dont la programmation pour l'année prochaine prévoit 104 millions d'euros de produits de santé. Cette réduction, ne pouvant porter sur des paiements liés à des engagements antérieurs, diminuera mécaniquement les nouveaux engagements juridiques de l'établissement.

Or, sur les 104 millions d'euros de produits de santé, la programmation pour 2011 de l'ÉPRUS prévoit de nouveaux engagements, à hauteur de 63,2 millions d'euros, sur trois principaux postes : 28,2 millions d'euros pour le projet de construction d'entrepôts de stockage à Vitry-le-François, chantier dont M. Jégou a souhaité un aboutissement rapide dans son rapport sur la gestion de l'ÉPRUS ; 22,2 millions d'euros pour les marchés de logistique et de stockage nécessaires au maintien des stocks stratégiques de l'État, qui est au cœur de la mission de cet établissement ; 9,4 millions d'euros pour le renouvellement de médicaments arrivés à péremption, principalement pour l'acquisition d'iode et la fabrication d'oseltamivir.

La diminution de la programmation que vous proposez aurait donc pour première conséquence l'annulation du projet de construction par l'ÉPRUS de deux entrepôts de stockage à Vitry-le-François. Or ce projet est la pierre angulaire du schéma directeur de stockage de l'établissement, dont il est notamment attendu une significative diminution du coût de gestion des stocks stratégiques de l'État.

Une deuxième conséquence serait la réduction des acquisitions d'iode et d'oseltamivir. Concernant ce dernier produit, une diminution de la programmation remettrait en cause la transformation de la poudre d'oseltamivir en comprimés par la pharmacie centrale de l'armée, entraînant la perte de la matière première, alors que sa transformation en comprimés ouvre une durée de validité des produits égale à trois ans.

L'année 2011 sera une année de transition, marquée par le cumul de dépenses importantes d'investissement destinées au financement des entrepôts et de dépenses de logistique élevées. Par ailleurs, vous ne pouvez pas affirmer qu'il y aurait un déséquilibre entre les dotations de l'État et celles de l'assurance maladie sur la période 2009-2011, car le principe de parité est strictement respecté, les dotations de l'État étant complétées par 230 millions d'euros de reports issus des crédits votés en loi de finances rectificative pour 2009.

Au bénéfice de ces explications, monsieur le rapporteur général de la commission des affaires sociales, monsieur le rapporteur pour avis, je vous demanderai de bien vouloir retirer vos amendements. Quant aux questions que vous m'avez posées, monsieur Jégou, je ne suis pas en mesure d'y répondre à cet instant, mais je ne manquerai pas de le faire ultérieurement.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur général de la commission des affaires sociales.

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Je ne peux, hélas ! pas vous suivre, madame la secrétaire d'État. Je maintiens donc l'amendement de la commission.

La dotation de l'État à l'ÉPRUS s'élevait à 66 millions d'euros en 2007, contre 175 millions d'euros pour celle de l'assurance maladie, différence qu'est loin de compenser la légère supériorité de la première sur la seconde en 2008 : 60 millions d'euros contre 55 millions d'euros. Au total,

pour la période 2007-2009, l'écart entre la quote-part théorique de l'assurance maladie et les dotations versées par celle-ci à l'ÉPRUS atteint 331,6 millions d'euros. Le déséquilibre au détriment de l'assurance maladie est récurrent.

Si les éléments qui viennent de nous être communiqués se trouvent confirmés, nous corrigerons le tir lors de la réunion de la commission mixte paritaire. D'ici là, nous maintenons l'amendement.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Je partage le point de vue de M. le rapporteur général. Je le dis sans aucune acrimonie à votre encontre, madame la secrétaire d'État, mais votre réponse « générique », comme les médicaments du même nom, ne nous a pas du tout convaincus.

Puisque nous sommes encore dans le flou, je propose au Sénat d'adopter ces deux amendements identiques. Cela vous laissera jusqu'à jeudi, si la commission mixte paritaire se réunit toujours ce jour-là, pour apporter une réponse plus précise à nos questions. En particulier, est-il oui ou non nécessaire de racheter pour plusieurs centaines de millions d'euros de médicaments ? Il est important que la représentation nationale puisse se forger une opinion sur ce sujet très complexe. La réponse à cette question me paraît déterminante pour les finances publiques. S'agissant des antiviraux, les militaires sont capables, sans vous demander un sou, de fabriquer des millions de cachets. Ils sont très bien organisés, et on peut leur faire confiance.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur général de la commission des affaires sociales.

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Renseignements pris, pour la période 2007-2009, le déséquilibre de 331,6 millions d'euros au détriment de l'assurance maladie a été corrigé.

Cependant, la nouvelle séquence triennale est déjà marquée par un déséquilibre entre la dotation de l'assurance maladie et celle de l'État ! En effet, on demande à l'assurance maladie une provision de 170 millions d'euros, tandis que l'État ne prévoit pour sa part que 100 millions d'euros.

C'est l'une des raisons pour lesquelles nous avons déposé cet amendement. Il faudrait que les choses soient clarifiées une bonne fois pour toutes : l'État et l'assurance maladie doivent être sollicités à parité. Il est vrai que, l'année dernière, la grippe H1N1 a troublé quelque peu le fonctionnement du dispositif, en rendant nécessaires des appels de contributions supérieurs aux prévisions du plan triennal.

Je propose donc une nouvelle fois à nos collègues d'adopter ces amendements. Le cas échéant, nous essaierons d'améliorer le dispositif d'ici à la réunion de la commission mixte paritaire.

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

M. François Autain. Je fais miennes les observations formulées par M. le rapporteur général et par M. le rapporteur pour avis. Cependant, monsieur Jégou, à en croire Mme la secrétaire d'État, la réduction de programmation proposée conduirait à l'annulation du projet de construction par l'ÉPRUS des entrepôts de stockage de Vitry-le-François, dont vous aviez pourtant demandé la réalisation en urgence.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Je soutiens toujours ce projet !

M. François Autain. Dont acte, mais alors il faut bien prévoir les crédits nécessaires !

Cela étant dit, j'ai toujours été très réservé sur le financement de l'ÉPRUS par l'assurance maladie. La constitution de ces réserves de médicaments est à mon sens du ressort de la politique de santé publique et doit donc être financée par le budget de l'État.

Vous prévoyez, madame la secrétaire d'État, de renouveler les réserves d'oseltamivir à hauteur de 9,4 millions d'euros. Or ces réserves sont déjà considérables, puisqu'elles s'élevaient, avant l'épidémie de grippe H1N1, à 34 millions de doses, et que seulement 500 000 d'entre elles ont été utilisées à l'occasion de cet événement supposé cataclysmique...

Dans ces conditions, faut-il accroître encore les réserves de comprimés ? Cela ne me semble pas indispensable à l'heure actuelle. À moins que vous ne parveniez à me prouver que les dotations actuelles sont insuffisantes, je ne vois pas pourquoi il serait aujourd'hui nécessaire de transformer la poudre en comprimés, d'autant que, sous cette forme, l'oseltamivir se périme plus rapidement, en moins de cinq ans, contre dix ans à l'état de poudre.

Enfin, il y a toujours 1,7 milliard de masques en réserve à l'ÉPRUS. Ils n'ont pas servi au cours de l'épidémie de l'hiver dernier, qui n'a, il est vrai, pas été aussi grave qu'on le craignait.

M. Jean-Jacques Jégou, *rapporteur pour avis*. Une partie d'entre eux est périmée.

M. François Autain. Quoi qu'il en soit, je doute que ces masques soient un jour utilisés. J'apprécie donc que vous n'ayez pas évoqué un renouvellement des masques, car je me serais opposé à une telle mesure.

Telles sont les réflexions que m'inspirent ces deux amendements identiques, que je voterai, en attendant que l'on nous communique peut-être des éléments complémentaires d'ici à la réunion de la commission mixte paritaire. Toutefois, je doute d'ores et déjà que l'ÉPRUS ait besoin de crédits aussi importants, compte tenu du niveau actuel de ses stocks.

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, *secrétaire d'État*. La parité entre les dotations de l'État et celles de l'assurance maladie sera respectée d'ici à 2012, terme de la période triennale.

Par ailleurs, une convention tripartite conclue entre l'ÉPRUS, l'assurance maladie et l'ACOSS, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, prévoit que l'assurance maladie ne verse les crédits prévus à l'ÉPRUS qu'en fonction de leur consommation.

Enfin, il convient d'être cohérent : si l'on veut renforcer la gestion logistique, il faut inscrire les crédits nécessaires à la poursuite de la modernisation de l'établissement.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 86 et 116.

(Les amendements sont adoptés.)

Mme la présidente. L'amendement n^o 597, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

I. - Alinéa 4

Remplacer le montant :

45 millions d'euros

par le montant :

10 millions d'euros

II. - Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

VI. - Le montant de la subvention de l'assurance maladie à l'Établissement français du sang mentionnée à l'article L. 1222-8 du code de la santé publique est fixé à 35 millions d'euros pour l'année 2011.

La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, *secrétaire d'État*. Cet amendement vise à tirer les conséquences financières de l'adoption, à l'article 39, de l'amendement n^o 596, tendant à supprimer le financement par l'assurance maladie de l'indemnisation, par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, l'ONIAM, des victimes de contaminations par le virus de l'hépatite C provoquées par une transfusion de produits sanguins ou une injection de médicaments dérivés du sang et, en conséquence, à maintenir la dotation de l'Établissement français du sang à l'ONIAM.

En conséquence, la dotation de l'assurance maladie à l'ONIAM doit être diminuée du coût des indemnités concernées, estimé à 35 millions d'euros.

Corrélativement, afin que l'Établissement français du sang puisse assurer le financement de ces indemnités par l'ONIAM, il recevra une subvention de l'assurance maladie d'un montant de 35 millions d'euros. En application de l'article L. 1222-8 du code de la santé publique, l'Établissement français du sang peut en effet recevoir des subventions de l'assurance maladie.

Je précise que, de ce fait, la fraction de 10 millions d'euros des produits sanguins labiles payés par les établissements de santé à l'Établissement français du sang, dédiée au financement des contentieux transfusionnels, n'aura plus lieu d'être.

Ces dispositions permettront d'assurer l'indemnisation des victimes dans les meilleures conditions de sécurité financière.

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

M. Alain Vasselle, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. La commission émet un avis favorable sur cet amendement de conséquence de notre vote sur l'article 39.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n^o 597.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n^o 585, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Alinéa 5

Remplacer le montant :

151 millions d'euros

par le montant :

153 millions d'euros

La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, *secrétaire d'État*. L'alinéa 5 de l'article 45 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale a pour objet de fixer le montant de la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement des agences régionales de santé, conformément à l'article 118 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Le présent amendement vise à ajuster le montant de cette contribution. Le montant des dépenses correspondant aux effectifs transférés des trois régimes obligatoires d'assurance maladie – la CNAMTS, le Régime social des indépendants et la Mutualité sociale agricole – aux agences régionales de santé et les crédits de fonctionnement qui s'y rapportent, adoptés en

première lecture à l'Assemblée nationale, correspondaient à une première estimation, tenant compte de l'installation échelonnée des agents transférés depuis le 1^{er} avril, date de création des ARS.

Les dernières données consolidées permettent à présent de disposer d'un chiffrage définitif de la masse salariale correspondant aux agents transférés, fondé sur les niveaux de rémunération des personnels constatés dans les ARS. Elles conduisent à réajuster à hauteur de 2 millions d'euros le montant de la dotation votée à l'Assemblée nationale. Ce nouveau montant de 153 millions d'euros prend en compte les efforts de gestion demandés aux ARS, comme à l'ensemble des opérateurs de service public.

Le présent amendement ne tend pas à modifier la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au fonctionnement des ARS au titre des actions de prévention, fixée à 40 millions d'euros.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La dotation aux ARS est le résultat d'une bataille difficile, menée lors de l'élaboration de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. M. About s'en souvient certainement. (M. Nicolas About acquiesce.)

Nous avons alors insisté pour que cette dotation soit inscrite dans la loi de financement de la sécurité sociale, ce que nous sommes parvenus à obtenir. Aujourd'hui, le Gouvernement considère que la dotation que nous avons votée l'année dernière était insuffisante.

S'il était adopté, l'amendement qu'il nous présente coûterait tout de même 2 millions d'euros à l'assurance maladie. Le relèvement proposé est d'ailleurs motivé de façon très lapidaire par le Gouvernement. Je vous rappelle, madame la secrétaire d'État, que nous avions demandé à plusieurs reprises, afin de préparer notre débat d'aujourd'hui, des informations sur l'utilisation de la dotation votée l'an dernier et sur les bases de calcul du montant de celle qui est demandée pour 2011. Nous n'avons toujours pas obtenu ces informations.

On ne nous a pas non plus renseignés sur le montant de la participation à l'installation des ARS qui sera demandée en sus à l'assurance maladie, une rallonge ayant été réclamée à celle-ci.

Comme je viens de l'indiquer, la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a prévu que la loi de financement de la sécurité sociale fixerait chaque année le montant de la contribution de l'assurance maladie au fonctionnement des ARS. Pour nous, cela n'équivalait pas à la signature d'un « chèque en blanc », pour reprendre l'expression employée dans son rapport par M. Jégou.

La commission des affaires sociales regrette que l'on ne se soucie pas suffisamment d'informer le Parlement. C'est en quelque sorte pour marquer le coup qu'elle a émis un avis défavorable sur cet amendement.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Madame la secrétaire d'État, vous allez penser que nous sommes vraiment des affreux (*Sourires*),...

M. Guy Fischer. Ce qui n'est pas tout à fait faux !

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. ... mais je vous assure que ce traitement ne vous est pas réservé !

M. Gérard Dériot. Quelquefois, c'est même pire ! (*Nouveaux sourires.*)

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. En effet, les échanges avec Mme Bachelot-Narquin étaient parfois vifs !

Comme l'a dit M. Vasselle, en l'absence d'étude d'impact dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, de réponses à mon questionnaire et d'informations, c'est effectivement un « chèque en blanc » que le Gouvernement nous demande de signer ! Laissez au moins au Parlement sa mission de contrôle du Gouvernement ! Il nous appartient de signifier notre désaccord avec lui le cas échéant.

Lors de l'adoption de la loi HPST, nous avons approuvé la réforme des ARS. Il serait tout de même normal que nous puissions voir clair dans leur financement, et même espérer réaliser quelques économies – excusez-moi d'employer un mot que d'aucuns jugent grossier – grâce à leur mise en place.

Par conséquent, avec beaucoup de regret, la commission des finances se déclare défavorable à cet amendement. Elle est dans son rôle en s'opposant à une telle proposition, d'autant que ses questions n'ont reçu aucune réponse.

Mme la présidente. La parole est à Mme Marie-Thérèse Hermange, pour explication de vote.

Mme Marie-Thérèse Hermange. Je fais miennes les observations de MM. Vasselle et Jégou.

J'avoue ne pas très bien comprendre comment la dotation en question a pu être augmentée de 2 millions d'euros dans les quinze jours qui se sont écoulés depuis l'adoption du projet de loi de financement de la sécurité sociale par l'Assemblée nationale !

Je suis donc au regret, madame la secrétaire d'État, de ne pouvoir voter cet amendement.

M. François Autain. Rassurez-vous, madame la secrétaire d'État, ce ne sera pas comme cela toutes les semaines !

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Je voudrais apporter quelques éléments d'explication complémentaires.

Les projections que la CNAMTS a récemment effectuées permettent d'affiner les prévisions pour 2011 par rapport à la version actuelle du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Sur ce sujet, le présent projet de loi procède à une projection en année pleine des données connues sur les transferts effectués en 2010, corrigée selon plusieurs paramètres, dont le protocole d'accord de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale, qui avait vocation à jouer en 2010 seulement, et l'application de l'effet de GVT – le glissement vieillesse-technicité –, de l'intéressement et des parts variables et primes de résultat.

Par rapport à la version adoptée à l'Assemblée nationale, et au regard des estimations récentes, il apparaît que le montant global doit faire l'objet d'un relèvement de 2 millions d'euros pour les trois régimes d'assurance maladie.

Cet ajustement, qu'il est proposé au Sénat d'opérer par voie d'un amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale, permettra d'effectuer un bout de chemin par rapport à l'ajustement définitif, qui ne pourra être effectué que sur la base des comptes administratifs de 2010. Son adoption facilitera grandement l'exercice de construction budgétaire conduit actuellement avec les ARS, qui serait artificiellement contraint par un report en fin d'année 2011 de l'intégralité de l'ajustement à la réalité des coûts assumés par les ARS.

Ensuite, l'exercice de clauses de revoyure permettra non seulement de fixer le niveau de contribution pour 2010 de l'assurance maladie, mais également de déterminer la base définitive pour les années 2011 et suivantes. Une fois cela effectué, au printemps 2011, cet exercice conduira à intégrer dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, au titre de rectification du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, le montant définitif des contributions pour 2011 de l'assurance maladie, en ouvrant à la voie aux ajustements nécessaires, ARS par ARS, au mois de décembre 2011.

Au titre des projections pour 2012, la contribution de l'assurance maladie pour cette même année sera, comme prévu, calculée par évolution de la base initiale de 2012, désormais historiquement fixée, ces données permettant de construire le budget des ARS pour 2012.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Madame la secrétaire d'État, vos explications sont franchement alambiquées, pour dire les choses poliment! Peut-être est-ce le moyen trouvé par vos collaborateurs pour essayer de sauver la situation, mais tout de même... (*M. François Autain s'esclaffe.*)

Vous tentez de nous apporter des précisions sur les motivations de l'augmentation de 2 millions d'euros de la dotation – mon intelligence très moyenne ne m'a pas permis d'y comprendre grand-chose! –, mais nous n'avons aucune information sur la structure du budget des ARS, en dépit des questions que nous avons posées. C'est tout de même incroyable! Ce relèvement de 2 millions d'euros n'est que la goutte d'eau qui fait déborder le vase!

Cela étant, peut-être nos collègues députés ont-ils mieux compris que nous le dispositif. Nous verrons bien lors de la commission mixte paritaire, mais, pour l'heure, nous ne disposons pas du minimum d'informations sur la constitution du budget des ARS pour 2011.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Fourcade, pour explication de vote.

M. Jean-Pierre Fourcade. Il n'est à l'évidence pas raisonnable que la transmission du projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale au Sénat s'accompagne d'une augmentation de 2 millions d'euros de la dotation.

Cela étant, le problème actuel des ARS réside moins dans le montant de leur financement que dans la fongibilité de leurs diverses sources de financement.

Dans la mesure où c'est toujours l'échelon central, celui du ministère, qui détermine la dotation allouée à chaque ARS, on prive des organismes que l'on a voulu puissants et stimulants d'un certain nombre de leviers d'action.

Par conséquent, je suivrai la position de la commission. À mes yeux, comme en témoigne d'ailleurs une proposition de loi que j'ai déposée, l'objectif doit être de rendre fongibles les différents canaux de financement alimentant les ARS, pour permettre à ces structures de remplir la mission qui leur est confiée, c'est-à-dire organiser une offre de soins de proximité, en travaillant tant avec le secteur public qu'avec les établissements privés, tant avec l'hôpital qu'avec les médecins de ville. Tel est l'objet du travail des ARS.

L'important, c'est la fluidité du fonctionnement financier des ARS, et non l'augmentation de 2 millions d'euros de la dotation. Le Parlement devra obtenir des réponses à deux séries de questions.

D'une part, quelle est la structure actuelle des ARS? Comment se répartissent les compétences entre l'offre de soins, le secteur médico-social et la surveillance de la qualité des soins? *Quid* des rapprochements entre établissements dans le cadre des coopérations inter-hospitalières ou des groupements de soins?

D'autre part, comment les ARS peuvent-elles parvenir à mettre en place localement, avec l'ensemble des acteurs du secteur de la santé, les dispositifs nécessaires pour améliorer l'offre de soins?

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 585.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 601, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé:

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé:

... - Le montant de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées est fixé à 52 millions d'euros pour l'année 2011, selon une répartition fixée par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et des personnes handicapées.

La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Cet amendement a pour objet de préciser le montant des crédits que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie déconcentrera au cours de l'année 2011 en direction des agences régionales de santé.

L'article 43 *bis* du projet de loi, introduit par l'Assemblée nationale en première lecture, permettra de sécuriser le financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer, les MAIA, ainsi que de clarifier et de simplifier le circuit de financement des groupes d'entraide mutuelle, les GEM.

Cet article permettra aux ARS de financer de telles actions sur leur budget *via* la contribution versée à ce titre par la CNSA, comme le prévoit l'article L. 1432-6 du code de la santé publique. Ce même article précise que la contribution de la CNSA doit être fixée par la loi de financement de la sécurité sociale.

En conséquence, il est proposé de compléter l'article 45 du présent projet de loi, afin de préciser le montant de la contribution de la CNSA au budget des ARS pour l'année 2011 au titre de leurs actions de prise en charge et d'accompagnement des personnes âgées ou handicapées.

Permettez-moi de vous faire part du détail des crédits déconcentrés: sur un total de 52 millions d'euros, 27 millions d'euros sont affectés aux groupes d'entraide mutuelle, 12,2 millions d'euros aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer, dans le cadre du plan Alzheimer, 9,55 millions d'euros à la section IV de la CNSA, qui concerne les actions de formation et de modernisation du secteur de l'aide à domicile, 3 millions d'euros aux actions du plan « Bien vieillir », et enfin 0,25 million d'euros aux actions de formation, en lien avec la médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les EHPAD. Un arrêté interministériel permettra d'entériner ce montant.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Nous n'avons pas eu le temps d'examiner de manière approfondie cet amendement du Gouvernement, déposé assez tardivement.

Cependant, il nous apparaît bien entendu logique de prévoir les conditions dans lesquelles les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer et les groupes d'entraide mutuelle pourront être financés.

Nous souhaitons avoir des précisions sur la répartition des financements, or Mme la secrétaire d'État vient de nous en apporter.

Par conséquent, la commission émet un avis de sagesse sur cet amendement.

Mme la présidente. La parole est à Mme Marie-Thérèse Hermange, pour explication de vote.

Mme Marie-Thérèse Hermange. Je voterai bien sûr cet amendement.

Toutefois, je ne voudrais que la création des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer s'effectue au détriment des EHPAD, voire des prises en charge assurées par certains hôpitaux. Le financement des MAIA ne doit pas être assuré aux dépens des structures déjà existantes.

Mme la présidente. La parole est à Mme Sylvie Desmarescaux, pour explication de vote.

Mme Sylvie Desmarescaux. Je m'associe aux remarques de ma collègue Marie-Thérèse Hermange.

Nous verrons tout à l'heure si l'on dégage également des moyens, au sein de la CNSA, pour financer la rénovation et la réhabilitation des EHPAD. S'agissant des MAIA, n'est-ce pas aller un peu trop vite, compte tenu de notre manque de recul ?

Mme la présidente. La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

M. Yves Daudigny. Comme cela a été indiqué en début de séance, nous examinons ce projet de loi de financement de la sécurité sociale dans des conditions vraiment difficiles.

Mme Bernadette Dupont. Absolument !

M. Yves Daudigny. Si je comprends bien, l'article 45, dont nous discutons actuellement, vient en application de l'article 43 bis, que nous n'avons pas encore examiné... Ainsi, nous débattons du financement par la CNSA des MAIA et des groupes d'entraide mutuelle alors que l'article visant à créer ces structures n'a pas encore été adopté !

Madame la secrétaire d'État, je voudrais que vous répondiez à une question précise : quelle est l'origine des fonds que la CNSA consacrera aux MAIA est aux groupes d'entraide mutuelle, les sources de financement de la CNSA étant une fraction de la contribution sociale généralisée, la CSG, la contribution de solidarité pour l'autonomie, la CSA, la dotation de l'assurance maladie au titre de l'ONDAM et, me semble-t-il, des fonds provenant du budget de l'État ?

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Les dispositions concernant les MAIA sont prévues dans le plan Alzheimer et leur financement s'inscrit dans la construction même de l'ONDAM. La mise en place des MAIA ne pénalisera donc absolument pas les structures existantes.

Les crédits correspondants proviennent de la section I de la CNSA, qui est alimentée à la fois par l'assurance maladie et par la journée de solidarité. La vocation de cette section de

la CNSA est de financer des structures inscrites dans la construction de l'ONDAM *a priori*, et non *a posteriori*, en venant pénaliser la progression de la mise en œuvre des plans.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 601.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 45, modifié.

(L'article 45 est adopté.)

Articles additionnels après l'article 45 (priorité)

Mme la présidente. L'amendement n° 89, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'article 45, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « arrêté par l'État en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « fixé par la loi de financement de la sécurité sociale ».

La parole est à M. le rapporteur général de la commission des affaires sociales.

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Avec votre permission, madame la présidente, je présenterai simultanément les amendements n°s 87, 88 et 89.

Mme la présidente. J'appelle donc en discussion les amendements n°s 87 et 88.

L'amendement n° 87, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'article 45, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le troisième alinéa de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Le montant de la dotation nationale est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. L'État détermine, après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés, le montant des dotations régionales et la part des dotations régionales affectée à l'ensemble des missions d'intérêt général ou à une ou plusieurs de ces missions ainsi que les critères d'attribution aux établissements. »

L'amendement n° 88, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'article 45, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans la première phrase du onzième alinéa de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « l'État » sont remplacés par les mots : « la loi de financement de la sécurité sociale ».

Veuillez poursuivre, monsieur le rapporteur général de la commission des affaires sociales.

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Il s'agit de renforcer l'information et la compétence du Parlement.

Dans la continuité du rapport Briet, ces amendements tendent à ce que certaines enveloppes importantes de dépenses soient fixées chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, et non par l'État.

L'amendement n° 87 concerne les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, les MIGAC. Ces missions ont pris une part de plus en plus importante dans le financement des établissements de santé, atteignant 8,1 milliards d'euros en 2010. Or elles ont fait l'objet d'un rapport assez critique de l'IGAS. En outre, la Cour des comptes estime, dans son dernier rapport annuel, que cette dotation doit être regardée de plus près. De plus, elles font dorénavant l'objet de mises en réserve en début d'année, ce qui justifie que le Parlement les vote explicitement.

L'amendement n° 88 concerne l'objectif de dépenses d'assurance maladie, l'ODAM, qui regroupe notamment, pour le secteur public et les établissements privés à but non lucratif, les activités de psychiatrie et celles de soins de suite ou de réadaptation.

Enfin, l'amendement n° 89 a trait à l'objectif quantifié national, l'OQN. Il est le pendant de l'ODAM pour le secteur privé à but lucratif, puisqu'il regroupe les activités de psychiatrie et celles de soins de suite ou de réadaptation pour les établissements de ce secteur.

Il nous a paru important que le Parlement affirme pleinement sa responsabilité en matière de dépenses d'assurance maladie, en adoptant explicitement les enveloppes de crédits aussi importants.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Monsieur le rapporteur général de la commission des affaires sociales, pour des raisons de transparence, vous proposez de fixer l'OQN dans la loi de financement de la sécurité sociale.

Je ne peux que partager votre souci d'information et de transparence à l'égard du Parlement, mais il est d'ores et déjà satisfait.

En effet, l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée remet un rapport semestriel au Parlement sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie, conformément à l'article L. 162-21-3 du code de la sécurité sociale. Le suivi des dépenses relatives à l'OQN figure ainsi au sein de ces rapports.

En outre, l'OQN est individualisé chaque année au sein du sous-objectif « autres dépenses relatives aux établissements de santé », lors de la fixation par voie réglementaire des objectifs de dépense de l'ONDAM hospitalier.

La détermination du montant définitif de l'OQN est le fruit d'un processus à la fois long et complexe. La réglementation actuelle prévoit la fixation du montant de l'OQN ainsi que de l'ensemble des sous-objectifs de l'ONDAM dans les quinze jours suivant la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale. Ce délai est strictement nécessaire aux services afin d'arrêter au plus juste les montants définis de ces sous-objectifs. Il serait donc difficile d'indiquer ces montants dans la loi de financement de la sécurité sociale, soit plus de trois mois en amont.

Pour ces raisons, je vous demande, monsieur le rapporteur général, de bien vouloir retirer ces amendements.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur général de la commission des affaires sociales.

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Madame la secrétaire d'État, je ne suis pas très convaincu par votre argumentation. Vous avez simplement fait valoir des difficultés de détermination de l'OQN, notamment.

Par ailleurs, il est très bien que l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée remette un rapport trimestriel rendant compte des dotations, mais il s'agit d'une information *a posteriori*. Or nous souhaitons une information *a priori*, afin d'être en mesure de nous prononcer nous-mêmes sur les dotations à prévoir. Je souhaite donc que nous allions dans ce sens.

Je propose au Sénat d'adopter ces trois amendements, afin que nous puissions échanger sur le sujet avec nos collègues députés lors de la CMP. Si nous arrivons alors à la conclusion que l'exercice est un peu difficile à réaliser pour 2011, nous retirerons la mesure, mais nous demandons dès à présent au Gouvernement de s'y préparer pour le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 : le Parlement devra alors pouvoir se prononcer sur les MIGAC, l'OQN et l'ODAM.

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. L'adoption de ces amendements mettrait le Gouvernement en grande difficulté pour répartir les crédits de l'ONDAM entre les différents sous-objectifs.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur général de la commission des affaires sociales.

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. C'est une des raisons pour lesquelles, madame la secrétaire d'État, nous souhaitons pouvoir débattre de ce sujet avec les députés.

Notre volonté n'est pas de vous compliquer la tâche. Nous vous adressons dès à présent un message, afin que vous puissiez vous préparer en vue de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012. Il vous faudra travailler beaucoup plus en amont que vous ne le faites actuellement.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 87.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, après l'article 45.

Je mets aux voix l'amendement n° 88.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, après l'article 45.

Je mets aux voix l'amendement n° 89.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, après l'article 45.

Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 336 rectifié est présenté par M. Le Menn, Mme Jarraud-Vergnolle, M. Daudigny, Mme Le Texier, MM. Cazeau et Desessard, Mmes Demontès, Campion, Alquier, Printz et Schillinger, MM. Kerdraon, Godefroy, Jeannerot, S. Larcher et Gillot, Mmes San Vicente-Baudrin et Ghali, M. Teulade.

L'amendement n° 436 rectifié est présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 45, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « ainsi qu'une dotation de financement des charges de structures des missions de service public hospitalier ».

La parole est à Mme Annie Jarraud-Vergnolle, pour présenter l'amendement n° 336 rectifié.

Mme Annie Jarraud-Vergnolle. Dans la construction de la T2A, le périmètre de la partie tarifaire repose sur une structure moyenne d'activités. Cela a pour conséquence de rémunérer à l'identique des activités et des structures pourtant très différentes.

Pour les établissements publics de santé, ce choix méthodologique ne permet pas de refléter les charges particulières liées aux situations des patients – variabilité médicale et sociale –, à la spécialisation des activités, aux modes d'entrée – surcoût lié à l'entrée par les services des urgences –, à l'étendue de l'offre de soins au regard du nombre de pathologies prises en charge, au champ de la permanence des soins, à la structure patrimoniale de l'établissement, aux diverses missions de l'hôpital non comprises dans le décret relatif aux missions d'intérêt général.

À titre d'illustration, l'accouchement normal par voie basse est rémunéré au même tarif, que la maternité où il se déroule soit de niveau 3 ou de niveau 1. Toutefois, les charges de structures sont extrêmement différentes, puisqu'une maternité de niveau 3 est organisée pour assurer des prises en charge beaucoup plus complexes.

De même, un séjour chirurgical sera rémunéré à l'identique pour un même groupe homogène de soins, ou GHS, alors que son coût réel est directement affecté par l'existence, ou non, d'un service des urgences au sein de l'établissement.

Il est donc proposé de créer une dotation de financement des charges de structures des missions de service public hospitalier au sein de l'ONDAM. À défaut de financement spécifique des coûts de structures, il serait opportun de déterminer un « surtarif » en fonction des hôpitaux.

Mme la présidente. La parole est à M. François Autain, pour présenter l'amendement n° 436 rectifié.

M. François Autain. Je n'ai rien à ajouter à l'excellente présentation qui vient d'être faite par ma collègue.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La dotation dont il est question relève déjà des MIGAC, qui comprennent des enveloppes dédiées aux permanences de soins hospitalières ou aux urgences.

Nous demandons déjà au Gouvernement de consentir un effort sensible à propos des MIGAC, de l'ODAM et de l'OQN. Prévoir encore qu'il nous donne d'autres chiffres concernant des « sous-sous-objectifs » serait peut-être beaucoup exiger...

C'est la raison pour laquelle, tout en comprenant votre préoccupation, chers collègues, la commission demande le retrait de ces amendements. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Parmi les quatorze missions de service public hospitalier fixées par la loi HPST, certaines sont financées sous forme de dotation au titre des MIGAC, à l'instar, par exemple, de la permanence des soins hospitalière.

Cependant, d'autres missions de service public sont financées par les tarifs ou les forfaits. C'est le cas de la prise en charge des soins palliatifs ou de l'aide médicale urgente, dont le financement est mixte.

Ce financement des missions de service public, quel que soit son vecteur, comprend aussi celui des charges de structures, c'est-à-dire la part des frais généraux et des frais de gestion des établissements qui peut être rattachée à l'exercice de ces missions. Il ne me paraît donc ni pertinent ni efficient de créer une dotation spécifique au financement des charges de structures des missions de service public hospitalier qui sont déjà financées au sein de l'ONDAM.

Pour ces raisons, le Gouvernement est défavorable à ces deux amendements identiques.

Mme la présidente. La parole est à Mme Annie Jarraud-Vergnolle, pour explication de vote.

Mme Annie Jarraud-Vergnolle. Madame la secrétaire d'État, il est vrai que nous parlementaires n'avons que très peu d'informations sur qui finance quoi.

Nous aimerions obtenir davantage de précisions l'année prochaine sur les MIGAC et sur les autres missions, en fonction des équipements des établissements, lesquels supportent des charges de structures variables.

Mme la présidente. La parole est à Mme Marie-Thérèse Hermange, pour explication de vote.

Mme Marie-Thérèse Hermange. Je comprends les arguments de M. le rapporteur général, mais je comprends aussi l'intention de nos collègues.

En effet, faute d'une appréciation fine du coût de certains types de pathologie, on a pu constater, lorsqu'était utilisé le système des points ISA – ou indice synthétique d'activité – que certaines pathologies pédiatriques, comme la mucoviscidose, étaient largement sous-évaluées par rapport à des pathologies adultes similaires.

Veillons à ce que la T2A, en introduisant des disparités de traitement entre des pathologies similaires, mais envisagées sous des problématiques différentes, ne provoque pas des difficultés similaires à celles que nous avons connues avec les points ISA.

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

M. François Autain. Notre amendement qui, je ne vous le cache pas, traduit un souhait de la Fédération hospitalière de France, la FHF, est de nature à répondre aux inquiétudes réelles qu'a fait naître le rapport Briet.

En effet, ce rapport ne préconise rien de moins que de geler en début d'année certaines enveloppes, dont celle des MIGAC, alors que ces missions sont largement dévolues au service public. Si le Gouvernement peut cette année se prévaloir de respecter l'ONDAM prévu, c'est notamment grâce au

gel des MIGAC à hauteur de 500 millions d'euros. Or, ce gel ne sera pas sans conséquences sur le fonctionnement de l'hôpital.

La Fédération hospitalière de France a fait connaître son opposition à ce projet et formulé des craintes. Elle s'est ainsi élevée contre cette proposition qui aboutirait à « faire supporter aux seuls hôpitaux publics les conséquences des dérapages des autres acteurs du système de santé ». Elle s'est également demandé s'il faudra « arrêter le fonctionnement des SAMU du 1^{er} janvier au 30 juin de chaque année » !

Ces craintes sont d'autant plus fondées que, si les crédits alloués aux MIGAC ont augmenté de 41 % entre 2006 et 2009, ils ont baissé de 25 millions d'euros entre 2009 et 2010.

Qui plus est, toute évolution des MIGAC se fait dans le cadre d'une enveloppe fermée, l'ONDAM hospitalier, qui inclut l'incidence de la progression de l'activité, les revalorisations tarifaires et les dotations accordées par la tutelle, dont font précisément partie les MIGAC. Or, écrit la Cour des comptes, « toute progression de l'un de ces trois termes a vocation à être compensée par les autres ».

Pour ma part, je maintiens l'amendement n° 436 rectifié, car j'estime que les hôpitaux ont besoin d'être soutenus. Les risques induits par la réduction et le gel des MIGAC rendent d'autant plus nécessaire que l'on prévoit des aides compensatoires. (*M. Guy Fischer applaudit.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Annie Jarraud-Vergnolle, pour explication de vote.

Mme Annie Jarraud-Vergnolle. Madame la présidente, je maintiens mon amendement pour des raisons identiques à celles que vient de développer notre collègue François Autain.

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Je tiens à préciser que les gels de crédits ne concernent pas les MIGAC dans leur globalité. Ils ne touchent qu'une partie de l'aide à la contractualisation, les missions d'intérêt général restant entièrement financées.

M. Guy Fischer. On n'est jamais assez méfiant !

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n° 336 rectifié et 436 rectifié.

(*Les amendements ne sont pas adoptés.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 352 rectifié, présenté par MM. Fichet et Le Menn, Mme Jarraud-Vergnolle, M. Daudigny, Mme Le Texier, MM. Teulade, Cazeau et Desessard, Mmes Demontès, Campion, Alquier, Printz et Schillinger, MM. Kerdraon, Godefroy, Jeannerot, S. Larcher et Gillot, Mmes Ghali, San Vicente-Baudrin et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Après l'article 45, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement présente au Parlement un rapport avant le 31 décembre 2010 sur les conditions de création d'un fonds de financement spécifique consacré à l'accompagnement des nouvelles formes d'organisation professionnelle.

La parole est à M. Yves Daudigny.

M. Yves Daudigny. Cet amendement, que nous devons à M. Fichet, vise à répondre aux attentes des élus locaux et des médecins concernant la garantie d'un égal accès aux soins pour tous, sur l'ensemble du territoire.

Nous demandons que le Gouvernement présente au Parlement, avant le 31 décembre 2010, un rapport sur les conditions de création d'un fonds de financement spécifique consacré à l'accompagnement des nouvelles formes d'organisation professionnelle. Il s'agit donc d'étudier les conditions de création d'un fonds de financement pérenne pour accompagner les médecins et les collectivités territoriales qui s'engagent dans des projets de regroupement des maisons de santé.

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires prévoit en effet la possibilité de financements rassemblant les professionnels de santé, les collectivités territoriales et les agences régionales de santé dans le cadre de contrats d'objectifs et de moyens. Force est cependant de constater que le financement de la création de maisons médicales est très souvent assumé par la seule commune ou communauté de communes dans laquelle ces maisons s'implantent.

Par ailleurs, le fonds qui existe est insuffisant pour assurer un financement pérenne de l'organisation professionnelle, puisqu'il ne peut financer que des expérimentations. Or, les collectivités territoriales et les médecins ont besoin de projets sur le long terme.

C'est pourquoi nous souhaitons que le Gouvernement dépose, avant le 31 décembre 2010, un rapport sur les conditions de mise en œuvre, au sein de l'ONDAM, d'une part consacrée à l'accompagnement des nouvelles formes d'organisation professionnelle grâce à la création d'un fonds spécifique.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. L'amendement de nos collègues soulève une double difficulté.

D'une part, en raison de la date qu'il fixe, puisque le Gouvernement doit rendre son rapport au plus tard le 31 décembre 2010 : ce délai me paraît un peu court !

D'autre part, je m'interroge sur le périmètre de la mesure envisagée : que signifie précisément « l'accompagnement de nouvelles formes d'organisation professionnelle » ? S'il s'agit des maisons de santé pluridisciplinaires, de nombreuses études existent déjà et le Gouvernement a annoncé un plan pour leur développement.

Pour toutes ces raisons, monsieur Daudigny, il serait plus sage de retirer l'amendement ; à défaut, la commission émettra un avis défavorable.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Je partage l'objectif des auteurs de l'amendement, mais je tiens à rappeler que le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, le FIQCS, créé en 2007, permet déjà d'encourager de nouvelles formes d'organisation professionnelle. Il n'est donc pas utile de prévoir un nouveau fonds.

Pour ces raisons, le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

Mme la présidente. Monsieur Daudigny, l'amendement n° 352 rectifié est-il maintenu ?

M. Yves Daudigny. Cet amendement m'a permis d'insister sur les difficultés que soulève aujourd'hui la création de nouvelles organisations de soins sur l'ensemble du territoire, ainsi que sur la nécessité d'assurer la pérennité des aides, celles-ci ne pouvant pas être attribuées uniquement au moment de la création de la maison médicale. Cela étant dit, je retire l'amendement.

Mme la présidente. L'amendement n° 352 rectifié est retiré.

Article 45 bis (nouveau) (priorité)

- ① Le dernier alinéa du V de l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ② « Ce bilan d'activité est transmis au Parlement avant le 1^{er} septembre. »

Mme la présidente. L'amendement n° 90, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - Le VIII de l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le rapport annuel mentionné au précédent alinéa, ainsi que l'avis de la commission de surveillance du fonds, sont transmis par le Gouvernement au Parlement avant le 1^{er} septembre de chaque année. »

La parole est à M. le rapporteur général de la commission des affaires sociales.

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement a pour objet de compléter l'article 45 bis en prévoyant une information régulière du Parlement sur le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés, le FMESPP.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Cet amendement vise en effet à assurer l'information régulière du Parlement sur le FMESPP, par la transmission, avant le 1^{er} septembre de chaque année, du rapport annuel établi par la Caisse des dépôts et consignations. Actuellement, ce rapport est transmis uniquement au ministre chargé de la santé.

Le décret n° 2001-1242 du 21 décembre 2001 relatif au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés est actuellement en cours de modification, s'agissant notamment des dispositions relatives aux modalités de transmission du rapport annuel. À l'avenir, le rapport définitif sur l'utilisation du fonds, accompagné de l'avis de la commission de surveillance du FMESPP, sera transmis, au plus tard le 1^{er} octobre, au ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale. Dans la mesure où je partage votre souci de transparence, je vous propose que ce rapport soit transmis concomitamment au Parlement.

Je suis donc favorable à votre amendement, sous réserve de l'adoption du sous-amendement du Gouvernement, que je vais vous présenter, et qui permet le respect du parallélisme des formes.

Mme la présidente. Je suis donc saisie d'un sous-amendement n° 602, présenté par le Gouvernement, et ainsi libellé :

Au dernier alinéa de l'amendement n° 90, remplacer la date : « 1^{er} septembre » par la date : « 1^{er} octobre ».

Veuillez poursuivre, madame la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Par souci de cohérence avec la révision de la réglementation, ce sous-amendement a pour objet de supprimer la référence à la date du 1^{er} septembre pour la remise au Parlement du rapport annuel établi par la Caisse des dépôts et consignations. Cette date de remise sera ultérieurement fixée par voie réglementaire au 1^{er} octobre.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Ce changement de date signifie que nous ne disposerons plus que de douze jours, avant le dépôt du projet de loi de financement de la sécurité sociale, pour prendre connaissance de ce rapport.

Le Gouvernement semble considérer que le niveau de productivité du Sénat est tel qu'il peut tirer les enseignements de ce rapport dans un délai très court... Nous nous laisserons faire cette fois-ci, et nous verrons, l'année prochaine, s'il faut revenir sur cette date! (*Sourires.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix le sous-amendement n° 602.

(*Le sous-amendement est adopté.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 90, modifié.

(*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 45 bis, modifié.

(*L'article 45 bis est adopté.*)

Article 45 ter (nouveau) (priorité)

- ① I. – L'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est ainsi modifié :
- ② 1° Le III bis est ainsi rétabli :
- ③ « III bis. – Le fonds peut prendre en charge, dans la limite et selon des modalités définies par décret, le coût des ressources de conseil, de pilotage et d'accompagnement de la mise en œuvre des actions visant à améliorer la performance hospitalière. » ;
- ④ 2° Après le V, il est inséré un V bis ainsi rédigé :
- ⑤ « V bis. – L'attribution des financements relatifs aux actions prévues au II, au III pour les dépenses d'investissements immobiliers dont le montant est inférieur à un seuil fixé par arrêté du ministre chargé de la santé et au III bis est confiée aux agences régionales de santé dans des conditions fixées par décret. Ils peuvent être attribués sur une base pluriannuelle.
- ⑥ « Ces financements peuvent être affectés au financement des actions visées par l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale. »
- ⑦ II. – Après le 5° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, il est inséré un 6° ainsi rédigé :
- ⑧ « 6° Des crédits du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés dans des conditions définies par décret. »
- ⑨ III. – Le VI de l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑩ « Les aides du fonds déconcentrées aux agences régionales de santé peuvent être affectées au financement des actions mentionnées au V bis de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000). »

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 91 est présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 117 est présenté par M. Jégou, au nom de la commission des finances.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Rédiger ainsi cet article :

Le IV de l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est ainsi modifié :

1° Dans le deuxième alinéa, les mots : « à son profit » sont supprimés ;

2° Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les sommes prescrites en application des deux alinéas précédents sont restituées aux régimes obligatoires d'assurance maladie. Elles sont versées à la Caisse nationale de l'assurance-maladie des travailleurs salariés, qui les répartit entre les régimes dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget. »

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur général de la commission des affaires sociales, pour présenter l'amendement n° 91.

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet article nouveau traite, notamment, de la fongibilité des parts régionales du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins et du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés, ainsi que d'autres sujets relatifs au financement et à l'action des agences régionales de santé.

Pour ce qui est de la fongibilité des parts régionales du FIQCS et du FMESPP, il nous paraît dommage de trancher sans prendre le temps d'étudier le rapport qui vous a récemment été remis sur cette question, madame la secrétaire d'État.

Il faut aussi poursuivre les efforts entrepris pour améliorer la gestion de ces deux fonds, avant de risquer de rendre encore plus complexes les conditions d'affectation de leurs ressources et plus difficile l'évaluation de leur action.

Il faut enfin prendre la mesure des nouvelles missions confiées au FIQCS par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Nous préférons donc vous proposer une rédaction de cet article tendant à compléter le mécanisme de déchéance des crédits du FMESPP, dans les termes mêmes que le rapporteur pour avis de la commission des finances vous avait fort opportunément proposés l'année dernière, afin de prévoir que les fonds déchés seront restitués aux régimes d'assurance maladie pour contribuer à la réduction de leurs déficits.

Compte tenu de la parfaite identité de vue qui prévaut entre les deux commissions, je me demande, madame la secrétaire d'État, comment vous pourrez résister à ces deux amendements.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur pour avis, pour présenter l'amendement n° 117.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Madame la secrétaire d'État, vous avez deux amendements pour le prix d'un ! (*Sourires.*)

Je considère, comme M. Alain Vasselle, que les dispositions prévues à l'article 45 *ter* en ce qui concerne le fonctionnement du FIQCS et du FMESPP – la prononciation de ces sigles demande un peu d'entraînement – sont quelque peu préma-

turées. Je crains que la fongibilité des crédits des deux fonds rende encore plus complexes le suivi et le contrôle de leur utilisation.

J'avais déjà souligné cette complexité l'année dernière. Depuis, je le reconnais, des progrès ont été accomplis, notamment avec la mise en place de la commission de surveillance du fonds et l'instauration d'une procédure de déchéance des crédits non utilisés.

Au lieu de mettre en place immédiatement la fongibilité des crédits, je vous invite, comme M. Vasselle, à poursuivre les efforts d'amélioration de la gestion de ces fonds que vous avez initiés ces deux dernières années. Il est donc proposé que les crédits déchés soient non plus restitués au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés, mais reversés à l'assurance maladie qui, vous le savez, en a bien besoin.

Mme la présidente. Le sous-amendement n° 561, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Amendement n° 117, dernier alinéa

Compléter cet alinéa par deux phrases ainsi rédigées :

« L'année de sa constatation, la totalité des sommes ainsi prescrites vient en diminution de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au Fonds pour l'année en cours. Le montant de la dotation du Fonds pour la modernisation des établissements publics et privés ainsi minoré est pris en compte en partie rectificative de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année suivante. »

La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Monsieur Jégou, je partage pleinement votre objectif de faire en sorte que le financeur du fonds, en l'occurrence l'assurance maladie, bénéficie pleinement des effets de la règle de déchéance. Dans le contexte contraint que nous connaissons pour les finances de l'assurance maladie, il est normal de garantir une utilisation efficiente des crédits et de la trésorerie.

En revanche, dans la droite ligne du rapport Briet, il me paraît préférable que les crédits déchés viennent minorer la dotation de l'année au FMESPP. Un tel mécanisme, d'une part, permettrait une meilleure information du Parlement sur le montant des crédits déchés et, d'autre part, diminuerait le montant des dépenses, ce qui relâcherait d'autant la contrainte sur l'ONDAM.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Je comprends la démarche de Mme la secrétaire d'État, mais, malheureusement, son sous-amendement s'articule mal avec notre amendement. Je lui suggère donc d'en rectifier la rédaction.

La commission des affaires sociales et la commission des finances ont effectivement souhaité que les crédits déchés du fonds soient restitués à l'assurance maladie, afin d'en réduire le déficit. Or, la lecture du sous-amendement n° 561 et de son objet donne l'impression que l'on veut faire en sorte que cette restitution prenne la forme d'une réduction de la dotation d'assurance maladie au fonds, ce qui est bien différent. Il ne faut pas en rester à une telle ambiguïté.

Je conçois tout à fait que, pour écarter un risque de dépassement de l'ONDAM, l'on songe à réduire les dotations du fonds. Si celles-ci sont fixées à un niveau aussi élevé que pour 2011, et compte tenu de l'importance des crédits disponibles

– 551 millions d'euros après le gel opéré cette année des 105 millions d'euros de crédits déçus –, ce pourrait en effet être une mesure d'économie tout indiquée.

Mais limiter, comme cela est énoncé dans l'objet du sous-amendement, le périmètre d'utilisation des crédits déçus au seul ONDAM sanitaire ne correspond absolument pas à notre souhait.

Bien sûr, il faut s'assurer que l'intention du législateur soit bien respectée, mais, pour cela, il suffirait, comme j'ai déjà eu l'occasion de le proposer au travers d'un amendement à un autre article du texte, de prévoir de donner les informations nécessaires dans les annexes du projet de loi de financement.

Madame la secrétaire d'État, je vous propose donc de rédiger dans les termes suivants le complément que vous souhaitez apporter au texte de l'amendement n° 117 : « Le montant total des sommes ainsi restituées aux régimes obligatoires de l'assurance maladie et les conditions de cette restitution sont retracées dans l'annexe 8 du projet de loi de financement de la sécurité sociale. »

Sous réserve que vous acceptiez cette rectification, la commission des affaires sociales émettra un avis favorable sur votre sous-amendement.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. La commission des finances est favorable à la rectification que vient de présenter M. Alain Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme la présidente. Mes chers collègues, afin de donner à Mme la secrétaire d'État le temps de réfléchir à la proposition de la commission des affaires sociales, je vais suspendre nos travaux quelques instants.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à dix-huit heures cinquante, est reprise à dix-neuf heures.)

Mme la présidente. La séance est reprise.

Madame la secrétaire d'État, que pensez-vous de la suggestion de M. le rapporteur général ?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Je suis prête à modifier mon sous-amendement, m'en remettant à la sagesse du Sénat dans l'attente de la commission mixte paritaire...

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Si vous faites confiance à la sagesse du Sénat, pourquoi ne pas retirer votre sous-amendement ?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Pourquoi pas, en effet, monsieur le rapporteur pour avis ? Je retire mon sous-amendement, madame la présidente.

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Très bien !

Mme la présidente. Le sous-amendement n° 561 est retiré.

Je mets aux voix les amendements identiques n° 91 et 117.

(Les amendements sont adoptés.)

Mme la présidente. En conséquence, l'article 45 *ter* est ainsi rédigé.

Article additionnel après l'article 45 *ter* (priorité)

Mme la présidente. L'amendement n° 598, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Après l'article 45 *ter*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au V de l'article 60 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010, les mots : « l'année 2010 » sont remplacés par les mots « les années 2010 et 2011 ».

La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. La loi n° 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile et le décret n° 2006-106 du 3 février 2006 ont prévu l'interopérabilité des réseaux de communication radioélectriques des services publics qui concourent aux missions de sécurité civile.

Dans ce cadre, ont été créés deux réseaux qui peuvent être interconnectés : ACROPOL pour les services de police et ANTARES pour les pompiers et les SAMU.

Le dispositif ANTARES est déployé, notamment dans les établissements de santé sièges de SAMU ; il est financé dans sa globalité par le ministère de l'intérieur.

L'assurance maladie, au titre de la connexion des établissements de santé au réseau ANTARES, doit s'acquitter d'une quote-part représentant sa participation aux frais d'investissement et de fonctionnement de ce dispositif engagés par le ministère de l'intérieur.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a introduit un article prévoyant cette participation de l'assurance maladie pour 2010. Il convient de modifier la rédaction de cet article afin de permettre le paiement par l'assurance maladie de sa quote-part au ministère de l'intérieur au titre du dispositif ANTARES pour 2011.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Le moins que l'on puisse dire est que l'opacité la plus totale entoure cette question ! Tout est mélangé : les dépenses d'investissement avec les dépenses d'équipement et de fonctionnement ; les pompiers avec le SAMU et la sécurité civile. Il est dans ces conditions bien difficile de cerner la part contributive de chacun.

Madame la secrétaire d'État, la commission s'était déjà opposée, l'an dernier, à un amendement similaire déposé par Mme Bachelot-Narquin. Je suis malheureusement enclin à adopter la même position cette année.

Mme Bachelot-Narquin avait justifié sa position par la nécessité de financer la contribution, qui devait représenter 7 % des dépenses de fonctionnement d'ANTARES, par le partenariat existant entre le SAMU, les pompiers et la sécurité civile dans le cadre de ce réseau.

Or, on constate que le montant total de la contribution s'élève à 9 millions d'euros pour les deux derniers exercices, soit 4,5 millions d'euros par an, et ce pour financer une dépense régalienne de l'État. En effet, nous sommes non pas dans le domaine du soin, mais dans celui de la sécurité civile, auquel le SAMU participe : quand il intervient, il n'exerce pas un soin, il rend un service en répondant à une urgence.

Dans le rapport présenté le 19 novembre 2009 par notre collègue Claude Haut sur la mission « Sécurité civile », il est indiqué que les dépenses de fonctionnement programmées pour le réseau ANTARES en 2010 s'élèvent à 9 millions d'euros. Pour moi, 7 % de 9 millions d'euros, cela ne fait pas 4,5 millions d'euros ! Il y a là quelque chose qui ne va pas...

Soit le Gouvernement est en mesure de nous apporter, d'ici à la réunion de la commission mixte paritaire, un éclairage sur la réalité de la situation et sur ce que doit supporter chacune des parties, auquel cas nous nous prononcerons en toute connaissance de cause ; soit il n'est pas en mesure de le faire, et nous maintiendrons alors notre avis défavorable sur les dispositions qu'il propose.

Par ailleurs, je m'étonne qu'un dispositif que nous avons rejeté l'année dernière soit de nouveau présenté, dans un amendement de dernière minute, et en première lecture au Sénat plutôt qu'à l'Assemblée nationale. C'est comme si l'on voulait rattraper le coup ! On peut vraiment s'interroger sur les conditions d'élaboration de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale...

MM. François Autain et Guy Fischer. Très bien !

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Je n'ai pas grand-chose à ajouter à l'intervention d'Alain Vasselle. Je veux simplement souligné, en qualité de représentant de la commission des finances, qu'à l'aube du dixième anniversaire de la loi organique relative aux lois de finances, la LOLF, tout cela n'est pas très sérieux.

On mélange les choux et les carottes ! En 2001 – j'étais alors député –, j'ai participé à l'élaboration de la LOLF. Les législateurs sont me semble-t-il en droit d'attendre une démarche claire. Or, on nous présente, à la dernière minute, un amendement qui n'a pas vraiment un air...

Mme Muguet Dini, présidente de la commission des affaires sociales. Catholique !

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Je ne me permettrai pas de dire cela, je ne voudrais pas être poursuivi... Disons, un air très net !

C'est la raison pour laquelle la commission des finances a émis un avis défavorable sur l'amendement du Gouvernement.

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

M. François Fortassin. Sauf erreur de ma part, le réseau ANTARES est financé par le ministère de l'intérieur, c'est-à-dire par l'État, mais aussi – je parle sous le contrôle de mon collègue Yves Daudigny – par les conseils généraux. Or, madame la secrétaire d'État, je constate que vous avez passé ces derniers par pertes et profits !

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Mesdames, messieurs les sénateurs, la contribution s'élève à 4,77 millions d'euros par an pour les années 2009, 2010 et 2011, dont 0,6 million d'euros pour l'exploitation. À partir de 2012, il n'y aura plus de dépenses d'investissement : il ne restera donc que le 0,6 million d'euros pour l'exploitation.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur général de la commission des affaires sociales.

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Madame la secrétaire d'État, cette précision nous conforte dans notre opposition à cet amendement. L'assurance maladie n'a pas à participer aux dépenses d'investissement. On peut à la limite comprendre qu'elle participe aux frais de fonctionnement, car le SAMU est partenaire de l'opération.

Il faudrait revoir les chiffres. Nous n'accepterons certainement pas une contribution de 4,77 millions d'euros, mais s'il ne s'agit que de 0,6 million d'euros, pourquoi pas ?

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Il est normal que l'assurance maladie finance le SAMU. À ce titre, elle doit aussi prendre en charge une quote-part des frais d'intervention.

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Elle ne doit pas financer des dépenses d'investissement !

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 598.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 46 (priorité)

- ① Pour l'année 2011, les objectifs de dépenses de la branche Maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :
- ② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 183,5 milliards d'euros ;
- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 159,3 milliards d'euros. – (Adopté.)

Article 47 (priorité)

- ① Pour l'année 2011, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :
- ②

(En milliards d'euros)	
	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	77,3
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	53,9
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	7,6
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,2
Autres prises en charge	1,1
Total	167,1

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

L'amendement n° 350, présenté par M. Le Menn, Mme Jarraud-Vergnolle, M. Daudigny, Mme Le Texier, MM. Teulade, Cazeau et Desessard, Mmes Demontès, Campion, Alquier, Printz et Schillinger, MM. Kerdraon, Godefroy, Jeannerot, S. Larcher et Gillot, Mmes Ghali, San Vicente-Baudrin et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Alinéa 2, tableau, dernière colonne

I. - À la deuxième ligne de cette colonne, remplacer le nombre :

77,3

par le nombre :

76,3

II. - En conséquence, à la dernière ligne de cette colonne, remplacer le nombre :

167,1

par le nombre :

166,1

La parole est à M. Jean-Marc Todeschini.

M. Jean-Marc Todeschini. Cet amendement vise à diminuer de un milliard d'euros l'ONDAM pour les soins de ville, ramenant la dotation pour 2011 de 77,3 milliards à 76,3 milliards d'euros. Le montant ainsi dégagé abondera le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

En effet, ce fonds a besoin de moyens pour remplir ses missions, ambitieuses, qui visent à améliorer l'efficacité de la politique de coordination des soins et le décloisonnement du système de santé.

Le FIQCS finance des actions et des projets, comme le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé ou les actions et expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité des soins de ville, dont le but est de moderniser notre système de santé.

Ce fonds est essentiel pour que notre système de santé devienne demain plus performant. Nous ne pouvons que regretter que l'avenir de ce système ne soit pas vraiment prioritaire dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

M. Jean-Louis Carrère. Eh oui !

M. Jean-Marc Todeschini. La sous-alimentation du fonds, qui risque de compromettre des projets de réorganisation, est emblématique de l'absence de politique structurelle en matière d'assurance maladie.

M. Jean-Louis Carrère. Très bien !

Mme la présidente. L'amendement n° 526, présenté par MM. Milon, P. Blanc, Laménie et J. Blanc, est ainsi libellé :

Alinéa 2, tableau

Rédiger ainsi ce tableau :

	Objectifs en dépenses (en milliards d'euros)
Dépenses de soins de ville	77,3
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	54,11
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,13
Contribution de l'assurance-maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	7,84
Contribution de l'assurance-maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,22
Autres prises en charge	0,5
TOTAL	167,1

La parole est à M. Marc Laménie.

M. Marc Laménie. Cet amendement ne modifie pas le total des objectifs de dépenses de l'ONDAM, qui reste fixé à 167,1 milliards d'euros. L'opportunité d'une meilleure reconnaissance des professionnels infirmiers, associée à la dimension universitaire de l'évolution de leur formation initiale, n'est pas discutée par les trois fédérations hospitalières.

L'objectif de cet amendement est d'éclairer les parlementaires sur les enjeux et les risques de la réforme licence-master-doctorat, dite réforme LMD, pour l'ensemble des établissements sanitaires et médico-sociaux, tout en gardant présent à l'esprit le caractère complexe de la fixation de l'ONDAM, sur lequel M. le rapporteur général a insisté en commission.

Mme la présidente. L'amendement n° 378, présenté par Mme Payet et MM. Deneux et Amoudry, est ainsi libellé :

Alinéa 2, tableau

Rédiger ainsi ce tableau :

	Objectifs en dépenses (en milliards d'euros)
Dépenses de soins de ville	77,3
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	54,11
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,13
Contribution de l'assurance-maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	7,83
Contribution de l'assurance-maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,21
Autres prises en charge	0,7 (chiffre diminué de 400 millions d'euros en compensation)
TOTAL	167,1

La parole est à Mme Anne-Marie Payet.

Mme Anne-Marie Payet. Comme l'a indiqué M. Laménie, la réforme permettant une meilleure reconnaissance des professionnels infirmiers, associée à la dimension universitaire de l'évolution de leur formation initiale, n'est pas discutée par les trois fédérations hospitalières.

Toutefois, les modalités selon lesquelles cette réforme est conduite présentent de nombreux risques qui peuvent se révéler bien supérieurs aux inconvénients identifiés jusqu'ici, pour les établissements de santé de tous statuts comme pour les personnels infirmiers qui y exercent.

Cet amendement vise donc à mettre en lumière les enjeux et les risques de la réforme LMD telle qu'elle se présente pour l'ensemble des établissements sanitaires et médico-sociaux. Pour gager le coût non intégré de la tranche 2011 de la réforme LMD, l'enveloppe des dépenses « Autres prises en

charge » est diminuée de 400 millions d'euros, tandis que l'impact est ventilé par sous-objectifs, grâce au travail conjoint des fédérations. Par ailleurs, les chiffres sont redressés pour tenir compte des composantes du champ sanitaire et médico-social couvert et non couvert par les trois fédérations.

Ces travaux intègrent une ventilation plus détaillée pour l'ONDAM compte tenu de la répartition proposée par l'article 41 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Le dispositif proposé à l'amendement n° 350, qui vise à diminuer l'ONDAM pour les soins de ville de un milliard d'euros, n'est pas cohérent, car nos collègues socialistes ont omis de présenter, à l'article 45, un amendement visant à compenser cette diminution.

M. François Autain. N'oublions pas l'article 40 de la Constitution !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Vous avez raison, mon cher collègue, cette disposition aurait dû être déclarée irrecevable au titre de l'article 40. La commission ne peut donc qu'y être défavorable.

Les amendements n°s 526 et 378 visent à modifier la répartition des enveloppes au sein de l'ONDAM pour tenir compte de la réforme du statut des infirmières.

Le Gouvernement nous assure que les conséquences financières de cette réforme sont intégrées dans l'augmentation de l'ONDAM et dans l'évolution à venir des tarifs, mais les fédérations n'y retrouvent pas leur compte. Peut-être le Gouvernement pourrait-il compléter les informations dont nous disposons sur ce sujet.

Dans cette attente, la commission s'en remet à la sagesse du Sénat.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Monsieur Todeschini, la prévention et l'accès aux soins font partie des priorités des ARS. Les agences disposent de leviers financiers importants pour agir : le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires, le FNPEIS, et le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins. La loi prévoit en outre une fongibilité asymétrique des crédits régionaux en faveur de la prévention.

De plus, à la suite du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des finances sur les fonds de l'assurance maladie, le Gouvernement a proposé d'accroître la fongibilité entre les enveloppes que les régions attribuent au FIQCS et au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés. C'est l'objet de l'article 45 *ter*. L'objectif est que les directeurs des ARS puissent disposer d'une réelle marge de manœuvre dans leur politique d'organisation des soins.

Le FIQCS, quant à lui, constitue un outil d'amélioration de l'organisation du système de soins et du développement des modes de prise en charge préventifs ou curatifs innovants. Ce fonds ne souffre pas de sous-financement ; il a même accumulé des excédents ces dernières années. Sa dotation initiale de 250 millions d'euros, qui a été augmentée par rapport à l'an dernier et à laquelle s'ajouteront environ 69 millions d'euros d'excédents des années antérieures, permettra de maintenir les financements des réseaux, des maisons médicales de garde, des maisons de santé. La

dotation régionale du FIQCS devrait même passer de 208 millions d'euros, montant des crédits consommés en 2010, à 220 millions d'euros pour 2011.

Par ailleurs, je souhaite vous alerter sur les conséquences qu'il y aurait à diminuer l'objectif des dépenses de soins de ville de un milliard d'euros. Ce serait un milliard d'euros de moins à consacrer aux dépenses de remboursement des consultations et des actes, des médicaments, des indemnités journalières. Si l'on veut diminuer l'objectif des soins de ville, il faut trouver des économies nouvelles. Or, je ne vois pas dans votre amendement de proposition de baisse des tarifs des infirmiers ou de diminution du taux de remboursement des transports de malades.

Pour toutes ces raisons, j'émet un avis défavorable sur l'amendement n° 350.

J'en viens à l'amendement n° 378. Il me paraît important de réaffirmer que l'incidence financière de la mise en œuvre du protocole LMD pour l'ensemble des établissements, qu'ils appartiennent au champ sanitaire, de statut public ou privé, ou au champ médico-social, a d'ores et déjà été prise en compte dans le cadre de la construction de l'ONDAM pour 2011.

Cette incidence financière a été estimée à 250 millions d'euros sur la base de l'impact de l'application des mesures du protocole aux effectifs concernés. À ce titre, un travail technique a été engagé, dès février dernier, entre les fédérations hospitalières et les services de la Direction générale de l'offre de soins, la DGOS. Ce travail, effectué dans une collaboration étroite, a permis de rapprocher les hypothèses de calcul de chacun des acteurs.

Par ailleurs, je rappelle que le taux l'ONDAM hospitalier, de par son évolution contrainte, intègre *de facto* un effort d'économie à atteindre pour les établissements de santé. Chaque année, les gains de productivité anticipés représentent entre 300 millions et 400 millions d'euros. Pour 2011, cet effort d'économie sera de 365 millions d'euros et il prendra notamment la forme d'une rationalisation des achats hospitaliers et d'un développement des alternatives à l'hospitalisation complète.

Enfin, il n'apparaît absolument pas opportun de diminuer de 400 millions d'euros le sous-objectif « Autres prises en charge », qui vise notamment à financer les missions du FIQCS, donc l'amélioration de la qualité, de la coordination et de l'accès aux soins de premier recours.

Pour toutes ces raisons, je suis défavorable à cet amendement.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 350.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Monsieur Laménie, l'amendement n° 526 est-il maintenu ?

M. Marc Laménie. Mon amendement étant très proche de celui de Mme Payet, je pense que les explications fournies sur l'amendement n° 378 par Mme la secrétaire d'État valent également pour le mien. Dans ces conditions, je le retire.

Mme la présidente. L'amendement n° 526 est retiré.

Madame Payet, l'amendement n° 378 est-il maintenu ?

Mme Anne-Marie Payet. Avant de prendre une décision, je souhaite savoir si la commission confirme son avis de sagesse.

Mme la présidente. La parole est à Mme la présidente de la commission des affaires sociales.

Mme Muguette Dini, *présidente de la commission des affaires sociales*. La commission confirme son avis de sagesse, en précisant qu'il s'agit d'une sagesse relativement réservée. (*Exclamations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. Roland Courteau. Il y a des nuages !

Mme Anne-Marie Payet. Je maintiens mon amendement, madame la présidente.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 378. (*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 47. (*L'article 47 est adopté.*)

Mme la présidente. Nous en avons terminé avec l'examen des articles appelés en priorité.

Nous en revenons donc aux amendements tendant à insérer des articles additionnels avant l'article 43 *bis*.

Articles additionnels avant l'article 43 bis

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 173 rectifié est présenté par MM. Daudigny et Le Menn, Mmes Jarraud-Vergnolle et Demontès, M. Cazeau, Mme Le Texier, M. Desessard, Mmes Alquier, Campion, Printz et Schillinger, MM. Kerdraon, Godefroy, Jeannerot, S. Larcher et Gillot, Mmes San Vicente-Baudrin et Ghali, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés.

L'amendement n° 480 rectifié *bis* est présenté par MM. Collin, Alfonsi et Baylet, Mme Escoffier, M. Fortassin, Mme Laborde et MM. Mézard, Milhau, Plancade, Tropeano, Vall et Vendasi.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Avant l'article 43 *bis*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. - L'article L. 222-4 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les aides financières prévues au dernier alinéa de l'article L. 222-3, versées sous forme d'allocations mensuelles ou de secours exceptionnels dans les conditions fixées au premier et au second alinéa du présent article ne sont pas soumises à cotisations sociales ».

II. - La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I ci-dessus est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

La parole est à M. Yves Daudigny, pour présenter l'amendement n° 173 rectifié.

M. Yves Daudigny. Les allocations mensuelles de l'aide sociale à l'enfance et les aides exceptionnelles sont versées aux délégués aux prestations sociales, puis, en partie, reversées aux adolescents au titre de l'organisation de leur vie quotidienne et de leur entretien.

L'URSSAF considère parfois que certaines de ces aides exceptionnelles forfaitaires constituent des éléments de la rémunération des délégués aux prestations sociales et que, à ce titre, elles doivent être soumises aux cotisations sociales.

Compte tenu de l'autonomie relative des caisses de l'URSSAF, et afin d'éviter de longs et coûteux contentieux injustifiés en raison de la nature même de ces transferts, qui constituent non pas des rémunérations, mais bien des dépenses engagées au profit des tiers par des personnes habilitées, le présent amendement vise à clarifier le régime des prestations d'aide sociale à l'enfance au regard des cotisations sociales.

Cette clarification législative est d'autant plus nécessaire que les pratiques de régularisation utilisées par l'URSSAF s'appuient sur des instructions internes non communiquées aux conseils généraux et interprétées de manière variable d'un organisme à l'autre.

M. Roland Courteau. C'est vrai !

M. Yves Daudigny. Cette instabilité, qui peut se révéler coûteuse pour certains départements – la Loire-Atlantique ou à la Creuse par exemple –, n'est pas acceptable. Il est donc nécessaire de clarifier la situation, et tel est l'objet du présent amendement.

M. Roland Courteau. Très bien !

Mme la présidente. La parole est à M. François Fortassin, pour présenter l'amendement n° 480 rectifié *bis*.

M. François Fortassin. Le paiement de cotisations sociales sur les aides apportées aux délégués aux prestations sociales constitue une charge nouvelle pour les départements. Or, ces derniers sont déjà suffisamment ponctionnés.

M. Roland Courteau. Oh oui !

M. François Fortassin. L'État a certes l'habitude de faire les poches des collectivités territoriales, mais point trop n'en faut !

M. Roland Courteau. C'est vrai aussi !

M. François Fortassin. Afin d'éviter des contentieux longs et coûteux, cet amendement vise à clarifier le régime de ces prestations au regard des cotisations sociales.

M. Roland Courteau. Très bien !

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

Mme Sylvie Desmarescaux, *rapporteur de la commission des affaires sociales pour le secteur médico-social*. Ces deux amendements identiques visent à éviter que les allocations mensuelles de l'aide sociale à l'enfance et les aides exceptionnelles versées aux délégués aux prestations sociales soient requalifiées en éléments de rémunération, donc assujetties à des cotisations sociales.

Pour avoir travaillé dans ces services, je suis convaincue que la réponse à cette situation particulière relève davantage d'une circulaire que d'une mesure législative. Je souhaite toutefois connaître la position du Gouvernement sur ce point.

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

Mme Nora Berra, *secrétaire d'État*. Mesdames, messieurs les sénateurs, il convient en effet de distinguer les rémunérations versées aux délégués aux prestations sociales au titre de leur activité, qui donnent lieu à cotisations sociales, et les sommes qu'ils perçoivent au titre de l'aide sociale à l'enfance afin de couvrir les dépenses des bénéficiaires, qui n'y sont bien évidemment pas assujetties.

Il reste que certaines caisses de l'URSSAF ont néanmoins soumis ces sommes à cotisations. Cela résulte, semble-t-il, de problèmes d'identification de nature technique. Dans la mesure où mes services font actuellement tout le nécessaire pour remédier à cette situation, j'émetts un avis défavorable sur ces deux amendements identiques.

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

M. Guy Fischer. Ces amendements nous paraissent tout à fait justifiés. Nous avons en effet, comme nos collègues socialistes, été alertés sur ce sujet. Certaines caisses de l'URSSAF considèrent que les aides exceptionnelles que perçoivent les délégués aux prestations sociales constituent des éléments de rémunération et que, à ce titre, elles doivent être assujetties aux cotisations sociales.

Cette appréciation n'est pas sans conséquence pour les départements, qui supportent presque intégralement le coût des cotisations sociales des délégués aux prestations sociales. Il risque d'en résulter un important contentieux juridique sur la nature même de ces allocations, qui ne peuvent pas être *a priori* assimilées à des rémunérations. La preuve en est qu'elles ont toujours été considérées, jusqu'à aujourd'hui, comme des « dépenses engagées au profit des tiers par des personnes habilitées ».

L'adoption de ces amendements identiques aurait le mérite de clarifier la situation et d'éviter aux départements d'assurer la charge de dépenses supplémentaires non prévues dans leurs budgets. C'est la raison pour laquelle nous les voterons.

M. Roland Courteau. Très bien !

Mme la présidente. La parole est à Mme la présidente de la commission des affaires sociales.

Mme Muguet Dini, présidente de la commission des affaires sociales. Madame la secrétaire d'État, j'ai bien compris le sens de vos explications. Pourriez-vous prendre l'engagement d'envoyer à l'URSSAF, dans de brefs délais, une circulaire visant à remédier à ce problème technique ? Dans l'affirmative, je demanderai le retrait des amendements. S'ils ne sont pas retirés, la commission y sera défavorable.

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Je suis tout à fait prête à adresser une circulaire à toutes les caisses de l'URSSAF, afin d'éviter que cette question ne se pose à nouveau.

M. Roland Courteau. Mais quand ?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Très vite !

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

M. François Fortassin. Madame la secrétaire d'État, vous vous voulez rassurante, mais nous ne sommes pas pour autant pleinement rassurés !

En effet, pourquoi l'URSSAF, dont les pratiques sont pour le moins douteuses – je surveille mon langage, sinon je parlerais de racket ! –, changerait-elle de position à la suite d'une simple recommandation ?

Nous attendons davantage dans cette affaire, afin d'éviter que les départements ne soient pris en otage.

Mme la présidente. La parole est à M. Roland Courteau, pour explication de vote.

M. Roland Courteau. Madame la secrétaire d'État, lorsque je vous ai demandé dans quels délais paraîtrait cette circulaire, vous m'avez répondu « très vite ». Convenez que la réponse manque pour le moins de précision...

Mme la présidente. La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

M. Yves Daudigny. Madame la secrétaire d'État, vos explications ne peuvent pas nous satisfaire. Quels obstacles empêchent d'inscrire une telle disposition dans la loi ?

En effet, une circulaire peut, à tout moment, être modifiée par une nouvelle circulaire. Il serait beaucoup plus simple de préciser dans la loi, de façon claire et définitive, que certaines catégories de prestations ne sont pas soumises aux cotisations sociales.

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Mesdames, messieurs les sénateurs, je vous confirme que l'assujettissement de ces indemnités aux cotisations n'est pas prévu par la loi : il s'agit donc bien d'un problème technique.

Afin de vous rassurer totalement, je m'engage à ce que cette circulaire soit adressée à l'URSSAF avant la fin de cette année.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n° 173 rectifié et 480 rectifié *bis*.

(Les amendements sont adoptés.)

Mme la présidente. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, avant l'article 43 *bis*.

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 trente-cinq, est reprise à vingt et une heures trente.)

Mme la présidente. La séance est reprise.

6

Conférence des présidents

Mme la présidente. Mes chers collègues, la conférence des présidents qui s'est réunie aujourd'hui même a établi comme suit l'ordre du jour des prochaines séances du Sénat :

Mardi 16 novembre 2010

À 9 heures 30 :

1°) Dix-sept questions orales :

Ordre d'appel des questions fixé par le Gouvernement.

- n° 1042 de M. Robert Tropeano à M. le ministre de la défense et des anciens combattants ;

(Bénéfice de la double campagne pour les anciens combattants d'Afrique du nord) ;

- n° 998 de Mme Maryvonne Blondin à M. le ministre du travail, de l'emploi et de la santé ;

(Allocation des excédents du fonds paritaire de sécurisation des parcours professionnels) ;

- n° 1021 de M. Éric Doligé transmise à Mme la ministre des solidarités et de la cohésion sociale ;

(Financement des maisons départementales des personnes handicapées) ;

- n° 1032 de M. Michel Doublet à Mme la ministre de l'écologie, du développement durable, des transports et du logement ;

(Plan digue et protection des marais littoraux charentais) ;

- n° 1038 de Mme Brigitte Gonthier Maurin à Mme la ministre de l'écologie, du développement durable, des transports et du logement ;

(Diminution des moyens accordés par l'État à l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire) ;

- n° 1045 de Mme Nathalie Goulet à Mme la ministre de l'écologie, du développement durable, des transports et du logement ;

(Conditions de mise en œuvre des dispositions de l'article 19 de la loi Grenelle II) ;

- n° 1015 de M. Adrien Gouteyron à M. le secrétaire d'État chargé du logement ;

(Difficultés des classes moyennes à accéder à la propriété de leur logement) ;

- n° 1020 de M. Gérard Bailly à M. le secrétaire d'État chargé des transports ;

(Circulation des poids lourds sur les routes départementales) ;

- n° 1040 de M. Thierry Foucaud à Mme la secrétaire d'État chargée de la santé ;

(Situation sanitaire dans le pays de Bray) ;

- n° 1049 de M. Pierre-Yves Collombat à Mme la secrétaire d'État chargée de la santé ;

(Fermeture de la maternité de la Seyne-sur-Mer) ;

- n° 1060 de M. Francis Grignon à Mme la secrétaire d'État chargée de la santé ;

(Situation économique alarmante des pharmacies d'officine) ;

- n° 993 de M. Roland Courteau à M. le ministre de l'intérieur, de l'outre-mer, des collectivités territoriales et de l'immigration ;

(Fermeture de la gendarmerie mobile de Narbonne) ;

- n° 1061 de Mme Nicole Bricq à M. le ministre de l'intérieur, de l'outre-mer, des collectivités territoriales et de l'immigration ;

(Fermeture du poste de police de Crégy-lès-Meaux) ;

- n° 1030 de M. Robert Laufoaulu à M. le garde des sceaux, ministre de la justice et des libertés ;

(Frais de fonctionnement de la prison de Mata-Utu) ;

- n° 901 de Mme Anne-Marie Payet transmise à M. le secrétaire d'État auprès de la ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, chargé du commerce, de l'artisanat, des petites et moyennes entreprises, du tourisme, des services, des professions libérales et de la consommation ;

(Encadrement juridique des compléments alimentaires) ;

- n° 1059 de Mme Nicole Bonnefoy à M. le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État ;

(Fermeture annoncée de la trésorerie de Saint-Amant-de-Boixe) ;

- n° 1057 de M. Claude Bérit-Débat à Mme la ministre des sports ;

(Meilleure promotion de l'handisport) ;

À 14 heures 30, le soir et la nuit :

Ordre du jour fixé par le Gouvernement :

4°) Suite du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2011 (n° 84, 2010-2011).

Mercredi 17 novembre 2010

De 14 heures 30 à 18 heures 30 :

1°) Désignation des vingt-cinq membres de la mission commune d'information sur l'organisation territoriale du système scolaire et sur l'évaluation des expérimentations locales en matière d'éducation ;

(Les candidatures à cette mission commune d'information devront être déposées au secrétariat central du service des commissions avant le mardi 16 novembre 2010, à dix-sept heures) ;

Ordre du jour réservé au groupe Union centriste :

2°) Proposition de loi relative aux activités immobilières des établissements d'enseignement supérieur, aux structures interuniversitaires de coopération, et aux conditions de recrutement et d'emploi du personnel enseignant et universitaire, présentée par MM. Jean-Léonce Dupont et Philippe Adnot et plusieurs de leurs collègues (Procédure accélérée) (texte de la commission, n° 101, 2010-2011) ;

(La conférence des présidents a fixé :

- à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe (les inscriptions de parole devront être faites au service de la séance, avant dix-sept heures, le mardi 16 novembre 2010) ;

- au mardi 16 novembre 2010, à quinze heures, le délai limite pour le dépôt des amendements en séance.

La commission de la culture se réunira pour examiner les amendements le mercredi 17 novembre 2010, le matin) ;

3°) Deuxième lecture de la proposition de loi, adoptée avec modifications par l'Assemblée nationale en deuxième lecture, relative aux recherches impliquant la personne humaine (texte de la commission, n° 98, 2010-2011) ;

(La conférence des présidents a fixé :

- à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe (les inscriptions de parole devront être faites au service de la séance, avant dix-sept heures, le mardi 16 novembre 2010) ;

Le délai limite pour le dépôt des amendements en séance est expiré.

La commission des affaires sociales se réunira pour examiner les amendements le mercredi 17 novembre 2010, le matin) ;

À 18 heures 30, le soir et la nuit :

Ordre du jour réservé au groupe UMP :

4°) Proposition de loi portant diverses dispositions d'adaptation de la législation au droit communautaire, présentée par MM. Gérard Longuet, Jean Bizet et Jean-Paul Emorine (Procédure accélérée) (texte de la commission, n° 86, 2010-2011) ;

(La conférence des présidents a fixé :

- à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe (les inscriptions de parole devront être faites au service de la séance, avant dix-sept heures, le mardi 16 novembre 2010) ;

Le délai limite pour le dépôt des amendements en séance est expiré.

La commission de l'économie se réunira pour examiner les amendements le mercredi 17 novembre 2010, le matin).

Du jeudi 18 novembre au mardi 7 décembre 2010

- Sous réserve de sa transmission, projet de loi de finances pour 2011 (A.N., n° 2824);

(Pour la discussion générale, la conférence des présidents a décidé de fixer à quatre heures la durée globale du temps dont disposeront les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe;

Dans le cadre du temps global imparti à chaque groupe, aucune intervention ne devra dépasser dix minutes;

Les inscriptions de parole devront être faites au service de la séance, avant dix-sept heures, le mercredi 17 novembre 2010).

Calendrier de la discussion du projet de loi de finances pour 2011

Date	Dispositions du projet de loi	Durée prévue ¹
Jeudi 18 novembre à 11 heures, 14 heures 30 et, éventuellement, le soir (N.B : Délai limite pour le dépôt des amendements aux articles de la première partie à 11 heures)	Discussion générale	6 h 00
Vendredi 19 novembre à 14 heures 30 et, éventuellement, le soir (N.B : La commission des finances se réunira à 9 heures 30 pour l'examen des amendements extérieurs)	Examen des articles de la première partie	5 h 00
Lundi 22 novembre à 10 heures, 14 heures 30 et le soir	Examen des articles de la première partie (suite)	10 h 00
Mardi 23 novembre à 14 heures 30 et le soir	Examen des articles de la première partie (suite)	7 h 30
Mercredi 24 novembre à 9 heures 30, 14 heures 30 et, éventuellement, le soir	- Examen des articles de la première partie (suite et fin)	
	- Explications de vote sur l'ensemble de la première partie	8 h 00
	Scrutin public ordinaire de droit	
Jeudi 25 novembre à 16 heures 15 et le soir	- Action extérieure de l'État (+ article 67)	3 h 00
	- Anciens combattants, mémoire et liens avec la nation	1 h 30
Vendredi 26 novembre à 9 heures 30, 14 heures 30 et le soir	- Défense (+ article 69)	3 h 00
	- Écologie, développement et aménagement durables (+ articles 70 à 73)	4 h 30
	<i>budget annexe : contrôle et exploitation aériens</i>	
	<i>compte spécial : contrôle de la circulation et du stationnement routiers</i>	
	<i>compte spécial : services nationaux de transport conventionnés de voyageurs</i>	
	<i>compte spécial : avances au fonds d'aide à l'acquisition de véhicules propres</i>	
	- Solidarité, insertion et égalité des chances (+ article 87)	2 h 00
Lundi 29 novembre à 10 heures, 14 heures 30 et le soir	- Justice (+ article 75)	2 h 00
	- Immigration, asile et intégration (+ article 74)	1 h 45
	- Sécurité	1 h 30
	- Administration générale et territoriale de l'État	1 h 00
	- Sécurité civile	0 h 45
	- Ville et logement (+ articles 98 et 99)	1 h 45
Mardi 30 novembre à 14 heures 30 et le soir	- Relations avec les collectivités territoriales (+ articles 79 à 86)	1 h 30
	<i>compte spécial : avances aux collectivités territoriales</i>	
	- Enseignement scolaire	3 h 00
	- Politique des territoires	1 h 30
Mercredi 1^{er} décembre à 9 heures 30, 14 heures 30 et le soir	- Outre-mer (+ article 77)	3 h 00
	- Sport, jeunesse et vie associative	1 h 30
	- Recherche et enseignement supérieur (+ article 78)	2 h 45
	- Santé	1 h 30
	- Engagements financiers de l'État	0 h 30
	<i>compte spécial : participations financières de l'État</i>	
	- Provisions	0 h 15

Date	Dispositions du projet de loi	Durée prévue ¹
Jeudi 2 décembre à 9 heures 30, 14 heures 30 et le soir	- Culture	1 h 30
	- Médias, livre et industries culturelles (+ article 76)	2 h 00
	<i>compte spécial : avances à l'audiovisuel public</i>	
	- Travail et emploi (+ articles 88 à 97)	2 h 00
	- Conseil et contrôle de l'État	0 h 30
	- Direction de l'action du Gouvernement	1 h 00
	- Pouvoirs publics	0 h 30
	- Budget annexe: Publications officielles et information administrative	0 h 15
Vendredi 3 décembre à 9 heures 30, 14 heures 30 et le soir (N.B : Délai limite pour le dépôt des amendements aux articles de la seconde partie non rattachés à 11 heures)	- Économie	1 h 45
	<i>compte spécial : gestion et valorisation des ressources tirées de l'utilisation du spectre hertzien</i>	
	- Aide publique au développement	2 h 00
	<i>compte spécial : engagements en faveur de la forêt dans le cadre de la lutte contre le changement climatique</i>	
	<i>compte spécial : accords monétaires internationaux</i>	
	<i>compte spécial : prêts à des États étrangers</i>	
	- Agriculture, pêche, alimentation, forêt et affaires rurales (+ article 68)	4 h 00
	<i>compte spécial : développement agricole et rural</i>	
	- Gestion des finances publiques et des ressources humaines	1 h 00
	<i>compte spécial : avances à divers services de l'État ou organismes gérant des services publics</i>	
	<i>compte spécial : prêts et avances à des particuliers ou à des organismes privés</i>	
	<i>compte spécial : gestion du patrimoine immobilier de l'État</i>	
	- Régimes sociaux et de retraite	0 h 30
	<i>compte spécial : pensions (+ article 100)</i>	
- Remboursements et dégrèvements	0 h 15	
Samedi 4 décembre à 14 heures 30 et, éventuellement, le soir (NB : La commission des finances se réunira le matin pour examiner les amendements aux articles non rattachés de la seconde partie)	- Éventuellement, discussions reportées	5 h 00
	- Discussion des articles de la seconde partie non joints aux crédits	
Éventuellement, Dimanche 5 décembre à 15 heures et, éventuellement, le soir	- Discussion des articles de la seconde partie non joints aux crédits (suite)	
Lundi 6 décembre à 10 heures, 14 heures 30 et le soir	- Discussion des articles de la seconde partie non joints aux crédits (suite)	10 h 00
Mardi 7 décembre à 14 heures 30 et, éventuellement, le soir	- Éventuellement, suite et fin de la discussion des articles de la seconde partie non joints aux crédits	
	- Explications de vote sur l'ensemble du projet de loi de finances	5 h 00
	Scrutin public à la tribune de droit	

1 (Pour l'examen des missions, la durée prévue comprend le temps attribué à la discussion générale et aux explications de vote sur les crédits, à l'exclusion du temps de l'examen des amendements sur les crédits et des éventuels articles rattachés qui ne peut être évalué a priori.)

En outre,

Jeudi 25 novembre 2010

À 15 heures :

Questions d'actualité au Gouvernement ;

(L'inscription des auteurs de questions devra être effectuée au service de la séance avant onze heures).

Mardi 30 novembre 2010

À 10 heures :

- Questions orales.

JOURNÉES SÉNATORIALES D'INITIATIVE

Mercredi 8 décembre 2010

De 14 heures 30 à 18 heures 30 :

Ordre du jour réservé au groupe RDSE :

1°) Proposition de loi constitutionnelle tendant à renforcer la fonction de représentation par le Sénat des collectivités territoriales de la République, présentée par M. Yvon Collin et les membres du groupe du RDSE (n° 58, 2010-2011) ;

(La commission des lois se réunira pour le rapport le mercredi 24 novembre 2010, le matin (délai limite pour le dépôt des amendements en commission : lundi 22 novembre 2010, à douze heures).

La conférence des présidents a fixé :

- à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe (les inscriptions de parole devront être faites au service de la séance, avant dix-sept heures, le mardi 7 décembre 2010) ;

- au jeudi 2 décembre 2010, à onze heures, le délai limite pour le dépôt des amendements en séance.

La commission des lois se réunira pour examiner les amendements le mercredi 8 décembre 2010, le matin) ;

2°) Proposition de loi relative aux télécommunications, présentée par MM. Daniel Marsin et Yvon Collin et plusieurs de leurs collègues (n° 676, 2009-2010) ;

(La commission de l'économie se réunira pour le rapport le mardi 30 novembre 2010, après-midi (délai limite pour le dépôt des amendements en commission : vendredi 26 novembre 2010, à quinze heures).

La conférence des présidents a fixé :

- à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe (les inscriptions de parole devront être faites au service de la séance, avant dix-sept heures, le mardi 7 décembre 2010) ;

- au lundi 6 décembre 2010, à douze heures, le délai limite pour le dépôt des amendements en séance.

La commission de l'économie se réunira pour examiner les amendements le mercredi 8 décembre 2010, le matin) ;

À 18 heures 30 et le soir :

Ordre du jour fixé par le Sénat :

3°) Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de modernisation des professions judiciaires et juridiques réglementées (n° 602, 2009-2010) (demande du groupe UMP) ;

4°) Deuxième lecture de la proposition de loi, modifiée par l'Assemblée nationale, relative à l'exécution des décisions de justice, aux conditions d'exercice de certaines professions réglementées et aux experts judiciaires (n° 601, 2009-2010) (demande du groupe UMP) ;

(La conférence des présidents a décidé que ces deux textes feraient l'objet d'une discussion générale commune ;

La commission des lois se réunira pour les rapports le mercredi 24 novembre 2010, le matin (délai limite pour le dépôt des amendements en commission à ces deux textes : lundi 22 novembre 2010, à douze heures).

La conférence des présidents a fixé :

- à deux heures la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale commune, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe (les inscriptions de parole devront être faites au service de la séance, avant dix-sept heures, le mardi 7 décembre 2010) ;

- au jeudi 2 décembre 2010, à onze heures, le délai limite pour le dépôt des amendements en séance à ces deux textes.

La commission des lois se réunira pour examiner les amendements à ces deux textes le mercredi 8 décembre 2010, le matin).

Jeudi 9 décembre 2010

De 9 heures à 13 heures :

Ordre du jour réservé au groupe UMP :

1°) Suite du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de modernisation des professions judiciaires et juridiques réglementées et de la deuxième lecture de la proposition de loi, modifiée par l'Assemblée nationale, relative à l'exécution des décisions de justice, aux conditions d'exercice de certaines professions réglementées et aux experts judiciaires ;

À 15 heures :

Ordre du jour réservé au groupe socialiste :

2°) Proposition de loi relative à la compensation des allocations individuelles de solidarité versées par les départements, présentée par MM. Jean-Pierre Bel, Claude Haut, Yves Krattinger, Gérard Miquel et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés (n° 62, 2010-2011) ;

3°) Proposition de loi relative à la compensation des allocations individuelles de solidarité versées par les départements, présentée par MM. Yvon Collin, M. Jean Michel Baylet et plusieurs de leurs collègues du groupe RDSE (n° 64, 2010-2011) ;

(La conférence des présidents a décidé que ces deux propositions de loi feraient l'objet d'une discussion générale commune ;

La commission des finances se réunira pour le rapport le mardi 30 novembre 2010, le matin (délai limite pour le dépôt des amendements en commission à ces deux textes : vendredi 26 novembre 2010, à dix-sept heures).

La conférence des présidents a fixé :

- à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale commune, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe (les inscriptions de parole devront être faites au service de la séance, avant dix-sept heures, le mercredi 8 décembre 2010) ;

- au mercredi 8 décembre 2010, à dix-sept heures, le délai limite pour le dépôt des amendements en séance à ces deux textes.

La commission des finances se réunira pour examiner les amendements à ces deux textes le jeudi 9 décembre 2010, le matin) ;

À 21 heures 30 :

4°) Débat d'orientation sur la défense anti-missile dans le cadre de l'OTAN (demande du groupe socialiste) ;

(Il a été décidé d'attribuer un temps de parole de vingt minutes au représentant du groupe socialiste, ainsi qu'au président de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées ;

Conformément au droit commun défini à l'article 29 ter du Règlement, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe disposeront, dans la discussion générale, d'un temps global de deux heures ; les inscriptions de parole devront être faites au service de la séance, avant onze heures, le mercredi 8 décembre 2010).

La séance de questions cibles thématiques du mardi 14 décembre portera sur l'avenir de la filière photovoltaïque. En outre, une séance de questions cibles thématiques sera ajoutée au cours de la session pour remplacer celle du mardi 16 novembre 2010.

Prochaine conférence des présidents : mercredi 8 décembre 2010 à 19 h 00.

Y a-t-il des observations en ce qui concerne les propositions de la conférence des présidents relatives à la tenue des séances et à l'ordre du jour autre que celui qui résulte des inscriptions prioritaires du Gouvernement ?

La parole est à Mme Odette Terrade.

Mme Odette Terrade. Madame la présidente, la conférence des présidents ne fait pas mention de la question orale avec débat de Mme Catherine Morin-Desailly sur l'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes, que nous aurions dû examiner aujourd'hui.

Mme la présidente. En effet, elle n'a pas été inscrite au nouvel ordre du jour.

Y a-t-il d'autres observations?...

Les propositions de la conférence des présidents sont adoptées.

7

FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2011

SUITE DE LA DISCUSSION D'UN PROJET DE LOI

Mme la présidente. Nous reprenons la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2011.

Nous poursuivons la discussion des articles

QUATRIÈME PARTIE (SUITE)

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'ANNÉE 2011

Section 1 *bis* (suite)

Dispositions relatives au secteur social et médico-social (*Division et intitulé nouveaux*)

Mme la présidente. Nous poursuivons l'examen des amendements portant article additionnel avant l'article 43 *bis*.

Articles additionnels avant l'article 43 *bis* (suite)

Mme la présidente. Je suis saisie de quatre amendements identiques.

L'amendement n° 160 rectifié est présenté par MM. Daudigny et Le Menn, Mmes Jarraud-Vergnolle et Demontès, M. Cazeau, Mme Le Texier, M. Desessard, Mmes Alquier, Campion, Printz et Schillinger, MM. Kerdraon, Godefroy, Jeannerot, S. Larcher et Gillot, Mmes San Vicente-Baudrin et Ghali, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés.

L'amendement n° 194 rectifié est présenté par MM. Doligé, du Luart, Pinton, de Montgolfier et Huré.

L'amendement n° 401 rectifié est présenté par MM. About et A. Giraud, Mme Payet, M. Vanlerenberghe et les membres du groupe Union centriste.

L'amendement n° 452 rectifié est présenté par MM. Collin, Alfonsi et Baylet, Mme Escoffier, M. Fortassin, Mme Laborde et MM. Mézard, Milhau, Plancade, Tropeano, Vall et Vendasi.

Ces quatre amendements sont ainsi libellés :

Avant l'article 43 *bis*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Art. L. ... - Les évaluations mentionnées à l'article L. 312-8 peuvent être communes à plusieurs établissements et services gérés par le même organisme gestionnaire lorsque ces établissements et services sont complémentaires dans le cadre de la prise en charge des usagers ou lorsqu'ils relèvent du même contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens en application des articles L. 313-11 à L. 313-12-2. »

La parole est à Mme Gisèle Printz, pour présenter l'amendement n° 160 rectifié.

Mme Gisèle Printz. Il s'agit d'une mesure de simplification de mutualisation devant générer des économies. En effet, ces évaluations ont des coûts qui, s'agissant d'immobilisations incorporelles sont, certes, amortissables, mais majorent les tarifs des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Bien que cette disposition soit susceptible de bénéficier à tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux financés par le budget de l'État, les conseils généraux et la sécurité sociale, le poids des dépenses de sécurité sociale dans cet ensemble justifie qu'elle soit proposée dans le cadre de ce PLFSS. D'ailleurs, les articles relatifs à l'évaluation et à la création de l'Agence nationale de l'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, ANESMS sont issus du PLFSS de 2007.

Mme la présidente. L'amendement n° 194 rectifié n'est pas soutenu.

La parole est à Mme Muguette Dini, pour présenter l'amendement n° 401 rectifié.

Mme Muguette Dini. Cet amendement tend à permettre une mutualisation des évaluations externes des établissements sociaux et médico-sociaux.

Mme la présidente. L'amendement n° 452 rectifié n'est pas soutenu.

Quel est l'avis de la commission ?

Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur de la commission des affaires sociales pour le secteur médico-social. Madame la présidente, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, le code de l'action sociale et des familles impose aux établissements médico-sociaux de procéder à des évaluations externes de leur activité.

Ces amendements prévoient que ces évaluations peuvent être communes à plusieurs établissements et services qui sont gérés par le même organisme. Le texte proposé est ambigu, car il permet une double interprétation.

Soit il s'agit de la possibilité de faire évaluer plusieurs établissements par le même prestataire, dans le cadre d'un même marché. Dans ce cas, il s'agit d'une mesure de bonne gestion, mais je constate que sa mise en œuvre est déjà possible avec la loi actuelle. Les amendements sont alors inutiles.

Soit il s'agit de procéder à une seule évaluation pour les établissements d'un même gestionnaire afin d'aboutir à une évaluation moyenne de sa gestion. Dans cette hypothèse, les amendements sont dangereux et ils doivent être écartés. Les évaluations sont un élément important dans la procédure d'autorisation d'un établissement et un gestionnaire ne peut pas compenser une gestion défailante dans certains établissements par une gestion exemplaire dans d'autres.

En tout état de cause, ces amendements sont soit inutiles soit dangereux. La commission souhaite donc leur retrait.

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

Mme Nora Berra, *secrétaire d'État auprès du ministre du travail, de l'emploi et de la santé, chargée de la santé*. Il paraît en effet pertinent de vouloir mutualiser les coûts de l'évaluation d'un même gestionnaire s'occupant de plusieurs établissements. Comme vient de le rappeler Mme le rapporteur, il est déjà possible de regrouper sans disposition particulière les opérations liées aux évaluations afin d'en limiter le coût à l'unité. Pour vous rassurer, je demanderai à mes services de préparer une circulaire rappelant cette possibilité.

Par ailleurs, les démarches d'évaluation devront rester propres à chacun des établissements considérés.

Au regard de ces garanties, j'invite Mme Printz et Mme Dini à bien vouloir retirer leur amendement.

Mme la présidente. Madame Printz, l'amendement n° 160 rectifié est-il maintenu ?

Mme Gisèle Printz. Oui, madame la présidente.

Mme la présidente. Madame Dini, l'amendement n° 401 rectifié est-il maintenu ?

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

Mme la présidente. L'amendement n° 401 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 160 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 176 rectifié, présenté par MM. Daudigny et Le Menn, Mmes Jarraud-Vergnolle et Demontès, M. Cazeau, Mme Le Texier, M. Desessard, Mmes Alquier, Campion, Printz et Schillinger, MM. Kerdraon, Godefroy, Jeannerot, S. Larcher et Gillot, Mmes San Vicente-Baudrin et Ghali, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Avant l'article 43 *bis*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de l'action sociale est des familles est ainsi modifié :

I. - Après l'article L. 313-6, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Art. L. 313-6-1. - Sans préjudice des articles L. 7231-1 et L. 7232-1 du code du travail, pour pouvoir prendre en charge des bénéficiaires de l'aide sociale, des allocataires de l'allocation personnalisée d'autonomie ou des bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap, les services d'aide, d'accompagnement et de maintien à domicile non médicalisés doivent obtenir une autorisation du président du conseil général de leur département d'implantation dans les conditions précisées au présent chapitre. »

II. - L'article L. 314-1 est complété par un paragraphe ainsi rédigé :

« X - Selon des règles et des modalités fixées par décret, les services d'aide, d'accompagnement et de maintien à domicile mentionnés à l'article L. 313-6-1 sont tarifés par le président du conseil général sous la forme d'un forfait globalisé dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 313-12-4.

« Ce contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens constitue un acte de mandatement au sens de la directive européenne n° 2006-123 du 12 décembre 2006 et il est conclu entre le président du conseil général du département d'implantation du service et l'organisme gestionnaire du service ou la personne morale mentionnée à l'article L. 313-12-1. »

III. - Après l'article L. 313-12-3, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Art. L. 313-12-4. - I. - le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au X de l'article L. 314-1 précise notamment :

« 1° le nombre annuel d'heures d'interventions directes au domicile des personnes prises en charge, lequel prend en compte les facteurs sociaux et environnementaux et pour les services d'aide à domicile relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-3 ;

« 2° le plafonnement des heures autres que celles mentionnées au 1° ;

« 3° les objectifs de qualification des personnels prenant en compte les conditions techniques de fonctionnement des services d'aide à domicile définies par décret pris en application du II de l'article L. 312-1, et, le classement pour les services d'aide à domicile relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 dans la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-3 ;

« 4° les missions d'intérêt général, notamment en matière de prévention de la maltraitance, de prévention de la précarité énergétique, d'éducation et de prévention en matière de santé, de prévention des accidents domestiques, à assurer en lien avec les organismes compétents sur leur territoire d'intervention ;

« 5° la participation en tant qu'opérateur du schéma régionale de prévention prévu aux articles L. 1434-5 et L. 1434-6 du code de la santé publique et par conventionnement avec les organismes de protection sociale complémentaire et les fonds d'action sociale facultative des caisses de sécurité sociale aux actions d'aide au retour et au maintien à domicile à la suite d'une hospitalisation.

« II. - Le forfait globalisé mentionné au X de l'article L. 314-1 est évalué au regard des objectifs fixés en application du I du présent article.

« III. - Un arrêté ministériel définit et plafonne les coûts de structure. »

La parole est à Mme Raymonde Le Texier.

Mme Raymonde Le Texier. À la fin de l'année 2009, la crise financière des services de l'aide à domicile a fait la une des médias. Dans la mesure où ces services sont financés à 80 % par les départements, principalement au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie, l'APA, et à 20 % par l'assurance maladie, l'Assemblée des départements de France a proposé aux fédérations gestionnaires des services de l'aide à domicile prestataires de confier à un groupe de travail le soin d'établir un diagnostic partagé et de dégager des positions communes.

Ce groupe de travail a présenté des propositions communes acceptées par tous les partenaires de ce secteur. Les instances dirigeantes de l'Assemblée des départements de France ont

largement débattu de ces propositions lors des réunions qui ont eu lieu au cours de l'été 2010, puis elles les ont validées à l'unanimité.

Le volet législatif de ces orientations et propositions communes aux départements et aux fédérations fait donc l'objet de cet amendement. Ce volet permet une véritable refondation de l'aide à domicile prestataire – on ne traite pas de l'aide à domicile services agréés dans le cadre du code du travail.

Les services de l'aide à domicile prestataires ainsi refondés pourront être une pièce maîtresse des politiques de santé publique. Rappelons que, chaque année, 22 000 chutes à domicile entraînent 7 000 décès. Ces chiffres devraient nous interpeller autant que les 15 000 décès dus à la canicule de 2003 qui, fort heureusement, fut un phénomène ponctuel.

Il faut donc que les services de l'aide à domicile soient encouragés dans les actions de prévention. Il faudra d'ailleurs, à ce titre, que les ARS, dans le cadre de leur schéma régional de prévention, intègrent pleinement les services de l'aide à domicile prestataires à la politique régionale de prévention. Les 22 000 chutes de personnes âgées à leur domicile sont un problème de santé publique ; ce sont aussi des dépenses évitables pour l'assurance maladie. À titre d'exemple, le financement par la prévention d'un temps d'ergothérapeute doit permettre un retour sur investissement pour l'assurance maladie. Les services prestataires, dans le cadre d'un forfait global intégrant des missions d'intérêt général – prévention des chutes, retours à domicile plus rapides après une hospitalisation, prise en compte de la précarité énergétique – doivent pouvoir diversifier leurs financements.

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

Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur. Cet amendement traite de la question, très importante, des services de l'aide à domicile. Comme vous l'avez rappelé, madame Le Texier, il prolonge les réflexions d'un groupe de travail constitué au sein de l'Assemblée des départements de France.

La commission estime que la réforme des services de l'aide à domicile devra être examinée dans le cadre du grand projet de loi sur la dépendance, qui devrait être discutée en 2011. À cet égard, les réflexions menées par l'Assemblée des départements de France, à laquelle je rends hommage, seront un élément précieux pour la conduite des travaux préparatoires de ce futur projet de loi.

Pour l'heure, je donc demande à Mme Le Texier de bien vouloir retirer son amendement.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. La réforme des services de l'aide à domicile me paraît étrangère à l'objet du projet de la loi de financement de la sécurité sociale parce que son financement ne relève pas de l'assurance maladie.

Cependant, le Gouvernement a pleinement conscience de l'importance de ce secteur et des difficultés financières qu'il rencontre. J'ai d'ailleurs eu l'occasion de m'entretenir de cette question avec des membres de l'Assemblée des départements de France. Le Gouvernement a donc confié une mission d'étude à l'Inspection générale des finances et à l'Inspection générale des affaires sociales. Sur la base de leurs conclusions, qui ont été rendues en octobre, et des travaux conduits par l'Assemblée des départements de France, une concertation sera engagée avec l'ensemble des acteurs du secteur afin de définir conjointement des pistes d'évolution et de réforme de ces services.

Pour cette raison, le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

Mme la présidente. La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

M. Yves Daudigny. Autant je pourrais accepter la proposition qu'a faite Mme le rapporteur d'attendre l'examen du futur projet de loi sur la dépendance pour débattre de notre proposition, autant je ne peux admettre les arguments invoqués par Mme la secrétaire d'État.

Cet amendement est le fruit d'un travail conduit sur l'initiative de l'Assemblée des départements de France, et sous sa responsabilité, avec l'ensemble des représentants de ce secteur. Les groupes de travail se sont réunis à de nombreuses reprises, ont confronté leurs points de vue, parfois divergents, et sont parvenus à la conclusion qu'une réforme profonde de ce secteur s'imposait. La concertation a eu lieu et il est inutile d'en organiser une nouvelle. La discussion doit maintenant s'engager avec le Gouvernement !

Pour une fois que les financeurs, c'est-à-dire les départements, s'accordent avec les prestataires, en l'occurrence les services de l'aide à domicile, pour mettre en place un dispositif à la fois efficace et financé dans les meilleures conditions possibles, je considère, madame la secrétaire d'État, que votre position est très regrettable, parfaitement irrecevable, fort dommageable et révélatrice d'une forme de mépris pour le travail qui a été conduit pendant plusieurs mois sur l'initiative de l'Assemblée des départements de France.

MM. Roland Courteau et Guy Fischer. Il a raison !

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Monsieur le sénateur, je vous trouve bien sévère à mon égard. Je vous expliquais simplement qu'il serait opportun de confronter les conclusions des missions réalisées par l'Inspection générale des finances et par l'Inspection générale des affaires sociales avec les résultats des travaux conduits par l'Assemblée des départements de France, en concertation avec les acteurs des services de l'aide à domicile, en particulier de ceux qui interviennent auprès des personnes âgées, afin d'élaborer des pistes communes et cohérentes de réforme. Nous avons d'ailleurs eu l'occasion d'évoquer ce sujet lorsque vous m'avez invitée aux assises nationales de l'aide à domicile.

J'ai bien conscience des difficultés qui se posent sur le terrain ; je sais parfaitement que la solvabilisation des services de l'aide à domicile est un problème majeur non seulement pour les usagers, mais aussi pour les départements.

M. Yves Daudigny. Eh bien continuons d'attendre jusqu'à ce que les associations se cassent la figure !

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 176 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 165 rectifié est présenté par MM. Daudigny et Le Menn, Mmes Jarraud-Vergnolle et Demontès, M. Cazeau, Mme Le Texier, M. Desessard, Mmes Alquier, Campion, Printz et Schillinger, MM. Kerdraon, Godefroy, Jeannerot, S. Larcher et Gillot, Mmes San Vicente-Baudrin et Ghali, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

L'amendement n°464 rectifié *bis* est présenté par MM. Collin, Alfonsi et Baylet, Mme Escoffier, M. Fortassin, Mme Laborde et MM. Mézard, Milhau, Plancade, Tropeano, Vall et Vendasi.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Avant l'article 43 *bis*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le 3° de l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles est complété par les mots : « et les services de soins de longue durée pour personnes âgées relevant du I de l'article L. 313-12 ».

La parole est à Mme Annie Jarraud-Vergnolle, pour défendre l'amendement n° 165 rectifié.

Mme Annie Jarraud-Vergnolle. Le financement de la médicalisation des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, les EHPAD, a été unifié au niveau local puisqu'il relève désormais des seules agences régionales de santé et n'est plus partagé entre le préfet et l'ancienne agence régionale de l'hospitalisation.

Cette unification et cette simplification n'ont pas été prises en compte au niveau central puisqu'il subsiste deux donneurs d'ordre : la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la CNSA, et la Direction générale de l'offre de soins, la DGOS. Pis, ces donneurs d'ordre transmettent des consignes différentes, notamment ces derniers mois, sur le financement du plan Alzheimer, qui est pourtant l'un des chantiers présidentiels du quinquennat. Ces instructions contradictoires ne sont pas sans incidences s'agissant des transferts de charges sur les conseils généraux et les résidents.

Alors que la partition des anciennes unités de soins de longue durée, les USLD, est achevée, l'unification des moyens financés avec un pilotage par la CNSA s'impose afin de simplifier le dispositif et de mieux mutualiser les moyens. Il convient de souligner que cette disposition aurait pour simple conséquence d'en revenir à la rédaction originelle du texte ayant créé la CNSA, en 2005.

Mme la présidente. L'amendement n° 464 rectifié *bis* n'est pas soutenu.

Quel est l'avis de la commission ?

Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur. Cet amendement vise à faire basculer les services de soins de longue durée pour les personnes âgées du champ sanitaire vers le champ médico-social. Il s'agit d'une évolution importante qui ne peut pas être décidée avant d'en avoir mesuré la portée exacte.

Pour ma part, considérant que les soins aux personnes âgées relèvent du champ sanitaire, j'émet un avis défavorable sur cet amendement.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées avait organisé le transfert des unités de soins de longue durée dans l'enveloppe gérée par la CNSA dans le but d'unifier les politiques en faveur des personnes âgées. Or les professionnels ont fait valoir, de manière unanime, les spécificités propres à la prise en charge des patients âgés présentant des pathologies multiples. Ces patients requièrent une surveillance médicale continue et des soins importants, que seul un environnement hospitalier est en mesure de leur apporter.

La loi de financement de la sécurité sociale de 2006 avait réintégré les unités de soins de longue durée au sein de l'enveloppe sanitaire en subordonnant son évolution à leur redéfinition. Ainsi, l'on distingue, d'une part, les USLD qui restent dans le champ sanitaire, avec les spécificités de prise en charge que je viens d'évoquer et, d'autre part, les USLD qui sont transformées en EHPAD, dont la gestion du financement est bien confiée à la CNSA.

Pour l'ensemble de ces raisons, le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

Mme la présidente. La parole est à Mme Annie Jarraud-Vergnolle, pour explication de vote.

Mme Annie Jarraud-Vergnolle. Madame la secrétaire d'État, j'ai d'autant mieux compris votre réponse que vous avez pratiquement repris mon propos ! (*Sourires sur les travées du groupe socialiste.*)

Une réforme a été conduite afin que les ARS deviennent les seuls donneurs d'ordre. Avec votre dispositif, on renoue avec la situation antérieure. Cela ne soulève pas de difficulté pour les USLD qui restent dans le champ sanitaire. En revanche, et c'est là que le bât blesse, celles qui passent dans le champ médico-social sont de nouveau soumises à deux donneurs d'ordre.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 165 rectifié.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 500 rectifié *bis*, présenté par MM. Milon, P. Blanc, Laménie, J. Blanc et Revet et Mme Sittler, est ainsi libellé :

Avant l'article 43 *bis*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 314-3-4 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 314-3-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 314-3-5. - L'évolution des charges des établissements sociaux et médico-sociaux publics et privés est mesurée par un indice social et médico-social qui est établi pour chacune des catégories d'établissements et services énumérés au I de l'article L. 312-1. Cet indice est publié par une institution publique et prend en compte l'ensemble des charges de personnel et des autres charges de l'établissement ».

La parole est à M. Marc Laménie.

M. Marc Laménie. Cet amendement, qui a reçu le soutien des trois fédérations hospitalières, vise à rendre objectives les évolutions de charges des établissements sociaux et médico-sociaux.

Les tensions sur les finances sociales conduisent les pouvoirs publics à demander des efforts et des gains de productivité aux établissements sociaux et médico-sociaux, et leurs évolutions tarifaires et budgétaires sont déconnectées de la réalité de l'évolution mécanique des charges telle que la mesurerait un indice social et médico-social.

Le présent amendement vise à surmonter cette difficulté.

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

Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur. Monsieur Laménie souhaite créer un indice social et médico-social pour mesurer l'évolution des charges des établissements publics et privés.

Le dispositif que vous proposez, mon cher collègue, est assez vague. Vous indiquez en effet que la publication de l'indice serait confiée à une institution publique, sans apporter d'autre précision.

En outre, le projet de loi de financement prévoit déjà un rapport sur la mesure des différentiels de charges pouvant exister entre les catégories d'établissements sociaux et médico-sociaux.

Pour ces deux raisons, je vous demande de bien vouloir retirer votre amendement ; à défaut, la commission émettra un avis défavorable.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Le mode de tarification, actuellement en cours de réforme pour une partie des établissements et services médico-sociaux, vise à fonder le financement des structures sur l'évaluation des besoins de la personne accueillie, et non sur la prise en compte des différentes charges, notamment sociales et fiscales, que supportent les établissements.

De surcroît, à la suite des préconisations du rapport Briet sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie, le comité d'alerte sur le suivi de l'ONDAM a désormais un rôle de contrôle sur les hypothèses techniques qui fondent la construction de l'objectif national. Il n'y a donc pas lieu de créer un indice composite de coût pour le champ médico-social. J'observe d'ailleurs qu'une proposition similaire a été faite pour le secteur sanitaire.

Il faut en outre souligner que cet amendement est partiellement étranger à l'objet de la loi de financement de la sécurité sociale dans la mesure où il vise pour partie des établissements sociaux financés hors ONDAM.

Pour ces raisons, monsieur le sénateur, le Gouvernement vous saurait gré de bien vouloir retirer votre amendement.

Mme la présidente. Monsieur Laménie, l'amendement n° 500 rectifié *bis* est-il maintenu ?

M. Marc Laménie. Après avoir entendu les explications de Mme le rapporteur et de Mme la secrétaire d'État, je retire l'amendement.

Mme la présidente. L'amendement n° 500 rectifié *bis* est retiré.

Je suis saisie de quatre amendements identiques.

L'amendement n° 167 rectifié est présenté par MM. Daudigny et Le Menn, Mmes Jarraud-Vergnolle et Demontès, M. Cazeau, Mme Le Texier, M. Desessard, Mmes Alquier, Campion, Printz et Schillinger, MM. Kerdraon, Godefroy, Jeannerot, S. Larcher et Gillot, Mmes San Vicente-Baudrin et Ghali, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés.

L'amendement n° 274 rectifié est présenté par Mme Pasquet, M. Fischer, Mme David, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche.

L'amendement n° 403 rectifié est présenté par MM. About et A. Giraud, Mme Payet, M. Vanlerenberghe et les membres du groupe Union centriste.

L'amendement n° 466 rectifié *bis* est présenté par MM. Collin, Alfonsi et Baylet, Mme Escoffier, M. Fortassin, Mme Laborde et MM. Mézard, Milhau, Plancade, Tropeano, Vall et Vendasi.

Ces quatre amendements sont ainsi libellés :

Avant l'article 43 *bis*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 314-5 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Art. L. 314-5-1. - I. - Au sein de chacun des objectifs nationaux de dépenses relevant des articles L. 314-3, L. 314-3-2 et L. 314-4, les ministres mentionnés aux articles précités peuvent fixer un sous objectif destiné à permettre le financement de missions d'intérêt général.

« La liste de ces missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation est fixée par arrêté du ministre chargé de l'action sociale.

« II. - Au sein de chaque objectif de dépense, le montant annuel dédié au financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionné au I est réparti en dotations régionales dans les mêmes conditions que l'ensemble des enveloppes mentionnées aux L. 314-3, L. 314-3-2 et L. 314-4.

« L'autorité de tarification compétente au niveau régional fixe par arrêté les forfaits afférents au financement de ces missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

« Ces forfaits font l'objet d'une imputation comptable, dans les établissements et services, distincte de celle afférente aux produits de la tarification.

« L'utilisation de ces forfaits fait l'objet d'un compte rendu d'exécution et d'un compte d'emploi propres.

« III. - Les forfaits afférents au financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation peuvent être attribués directement aux sièges sociaux agréés mentionnés au VI de l'article L. 314-7 et aux groupements de coopération mentionnés aux articles L. 312-7 et L. 451-2.1.

« L'utilisation de ces forfaits fait l'objet d'un compte rendu d'exécution et d'un compte d'emploi propres. »

La parole est à Mme Annie Jarraud-Vergnolle, pour présenter l'amendement n° 167 rectifié.

Mme Annie Jarraud-Vergnolle. Le secteur médico-social, dans sa phase de développement et de structuration, nécessite la détermination d'une enveloppe d'intérêt général dédiée à des missions d'intérêt général complémentaires de la mission de ses établissements, mais non directement rattachable.

Des forfaits spécifiques ou exceptionnels sont destinés à compléter les moyens des établissements sociaux et médico-sociaux, pour une période limitée dans le temps ou pour un usage extrêmement spécifique non directement lié à la mission première de l'établissement.

L'adjonction de forfaits spécifiques en sus des produits de la tarification doit par ailleurs éviter de recalculer les tarifs, notamment pour les structures à prix de journée. L'intérêt du forfait spécifique tient en effet à ce qu'il vient, à côté du tarif, rendre solvable une mesure spécifique. Il s'ajoute au tarif de l'exercice, mais ne le modifie pas.

Cette enveloppe spécifique, dont le contenu serait déterminé de façon limitative par arrêté ministériel, devrait permettre le financement des permanents syndicaux nationaux, des gratifications des stagiaires, des contrats aidés ou

des surcoûts entraînés par des événements climatiques : canicule, grand froid, cataclysmes naturels, ... Tel est l'objet du paragraphe I de cet amendement.

La taille des établissements sociaux et médico-sociaux ne leur permet pas toujours, à l'inverse des établissements de santé, d'organiser et de gérer eux-mêmes ces activités – politique de formation, contrats aidés – parallèlement à leur activité principale. Il est donc nécessaire, dans le cadre du développement de la politique de regroupement, de permettre à un groupement de coopération sociale et médico-sociale d'émarger sur ladite enveloppe, en contrepartie de l'organisation et de la conduite de ces politiques d'intérêt général. C'est l'objet des paragraphes II et III de cet amendement.

Ce dispositif d'enveloppe d'intérêt général permettrait de prendre en charge dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes des dépenses non couvertes par la tarification à la ressource, soit parce qu'elles sont prescrites aux établissements dans le cadre d'un objectif public – par exemple, les dépenses de formation à la « bientraitance » ou l'expérimentation d'infirmières de nuit en EHPAD dans le cadre du plan de développement des soins palliatifs –, soit parce qu'elles présentent un caractère non permanent, comme les dépenses liées aux périodes de canicule.

Rappelons que 14 millions d'euros sont disponibles dans l'objectif global de dépenses « Personnes âgées » pour parer aux dépenses supplémentaires occasionnées par une canicule.

D'une façon générale, la création de cette enveloppe d'intérêt général permettrait de financer des dépenses diversifiées : organisation transversale des politiques de formation et de qualification des personnels, gratification des stagiaires ou contrats aidés. Elle permettrait donc, à court terme, de répondre à la problématique liée à la gratification des stagiaires dans le secteur médico-social.

Les formations initiales longues et les formations continues des professionnels dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ont toujours reposé sur l'alternance entre les centres de formation et les institutions. Ces structures accueillent donc, sur des périodes longues, de nombreux stagiaires qui doivent désormais recevoir des gratifications financières. Leur coût annuel, tous financeurs confondus, a été évalué à 25 millions d'euros.

Ce dispositif permettrait de ne pas pénaliser les structures d'accueil des stagiaires, aujourd'hui fortement invitées à s'inscrire dans des logiques de maîtrise des coûts et de convergence tarifaire, en proposant, au sein des différentes enveloppes de crédits limitatifs pour le financement de ces structures, de dédier des fonds à la prise en charge des missions d'intérêt général.

Mme la présidente. La parole est à M. Guy Fischer, pour présenter l'amendement n° 274 rectifié.

M. Guy Fischer. Cet amendement, identique à celui que vient de présenter Mme Annie Jarraud-Vergnolle, vise à étendre au secteur médico-social le mécanisme qui s'applique actuellement au secteur hospitalier, à savoir la création d'une enveloppe spécialement dédiée à la réalisation de missions d'intérêt général.

Compte tenu du vieillissement de la population et de l'amélioration de la prise en charge des personnes vieillissantes, des personnes dépendantes en raison d'un handicap, il faut permettre au secteur médico-social de continuer à se

développer, et de le faire dans les meilleures conditions possibles, tant pour les personnes accueillies que pour les professionnels.

À cette fin, nous devons être capables, avec les acteurs du secteur, de renouveler les modes de financement, tout en veillant à ce que ces derniers ne diminuent pas, comme c'est le cas dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Celui-ci est effectivement marqué tout à la fois par un ONDAM médico-social particulièrement bas et notoirement insuffisant, et par la ponction de 100 millions d'euros sur la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

En raison de l'application de l'article 40 de la Constitution, qui interdit aux parlementaires d'aggraver les charges de l'État, nous ne sommes pas en mesure d'agir sur cette situation. Nous considérons que le Gouvernement devrait faire de ce secteur une de ses priorités, qu'il devrait tout mettre en œuvre pour assurer une juste compensation auprès des départements. Cette question a fait l'objet d'une proposition de loi du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG. Nous aurons ainsi l'occasion d'y revenir.

Notre amendement ne peut donc pas apporter de solutions concrètes sur le plan financier. Nous constatons que la création, au sein de l'enveloppe de l'ONDAM, d'une sous-enveloppe destinée à recueillir les financements orientés vers la réalisation d'une mission de service public va dans le bon sens, la loi HPST ayant offert aux établissements sociaux et médicaux-sociaux la possibilité de se constituer en groupements.

Des établissements qui, jusqu'alors, n'étaient pas en mesure – pour des raisons souvent matérielles ou techniques – d'organiser eux-mêmes certaines activités pourtant importantes pourront désormais le faire, par le biais des groupements. Ceux-ci doivent naturellement pouvoir bénéficier, en échange, de ce financement, qu'il convient de flécher. Et c'est l'objet de notre amendement.

Cette disposition permettrait enfin de sanctuariser certaines ressources destinées à des missions bien particulières. Ainsi, les établissements disposeraient d'une certaine lisibilité quant à l'avenir et seraient moins tributaires qu'ils ne le sont aujourd'hui des forfaits spécifiques ou exceptionnels destinés à compléter les moyens des établissements sociaux et médico-sociaux.

Mme la présidente. La parole est à Mme Muguette Dini, pour présenter l'amendement n° 403 rectifié.

Mme Muguette Dini. L'objet de cet amendement, identique à ceux qui viennent d'être défendus, est de déterminer une enveloppe de dotations affectée au financement des missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation, les MIGAC, au profit des établissements du secteur médico-social.

Ce secteur a besoin d'une enveloppe d'intérêt général dédiée à des missions d'intérêt général complémentaires de la mission des établissements, mais non directement rattachable.

Ce dispositif permettrait de prendre en charge, dans les EHPAD, des dépenses non couvertes par la tarification à la ressource, soit parce qu'elles sont prescrites aux établissements dans le cadre d'un objectif public – c'est le cas des dépenses de formation à la « bientraitance » –, soit parce qu'elles présentent un caractère non permanent, comme les dépenses liées aux périodes de canicule pour financer, par exemple, le recrutement de personnels supplémentaires.

D'une façon générale, la création de cette enveloppe d'intérêt général permettrait de financer des dépenses diversifiées, notamment l'organisation transversale des politiques de formation et de qualification des personnels, la gratification des stagiaires ou les contrats aidés.

Ces MIGAC n'entraîneraient pas de charges nouvelles puisqu'elles sont aujourd'hui financées dans le cadre de circulaires – plan national canicule, plan grand froid, gratification des stagiaires. Ces financements, aléatoires et peu transparents, ont jusqu'à présent toujours été assurés, mais ils sont juridiquement peu sécurisés.

Mme la présidente. L'amendement n° 466 rectifié *bis* n'est pas soutenu.

Quel est l'avis de la commission ?

Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur. Ces amendements présentent un intérêt certain. Ils visent à créer, au sein de l'ONDAM médico-social, des sous-objectifs spécifiquement destinés à financer des missions d'intérêt général et renvoient à un arrêté le soin de fixer la liste de ces missions.

Avant de s'engager sur cette voie, il convient de lancer une véritable réflexion sur les missions d'intérêt général concernées. L'examen du futur projet de loi sur la dépendance pourrait être le support approprié pour avoir un débat approfondi et clair sur cette question.

La commission souhaite donc le retrait de ces amendements ; à défaut, elle y sera défavorable.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Les auteurs de ces amendements souhaitent définir une enveloppe spécifique pour financer un certain nombre de missions d'intérêt général qu'ils ont d'ailleurs énoncées.

Mesdames, messieurs les sénateurs, ces financements sont déjà prévus. Ils figurent, pour ce qui concerne la gratification des stagiaires, dans les budgets de soins et, pour ce qui a trait à la formation, dans les budgets des EHPAD.

À la différence des établissements du secteur sanitaire et des centres hospitaliers universitaires, les EHPAD ne développent pas d'actions de recherche et n'ont pas besoin de soutien financier dans ce domaine.

Par ailleurs, la tarification des établissements et services médico-sociaux est complexe. Elle fait actuellement l'objet de réformes, dont il convient de préserver la cohérence. Ainsi, la réforme de la tarification des maisons de retraite prévoit que ces établissements soient financés par une équation tarifaire prenant en compte le niveau de dépendance et les besoins en soins des résidents. Par ailleurs, la réforme des modalités de financement des établissements accueillant des personnes handicapées fait l'objet d'une réflexion. Dès lors, il n'apparaît pas opportun d'anticiper sur les propositions d'évolution tarifaire qui pourraient en résulter.

Compte tenu de ces explications, le Gouvernement émet un avis défavorable sur ces amendements.

Mme la présidente. Madame Dini, l'amendement n° 403 rectifié est-il maintenu ?

Mme Muguet Dini. Non, je le retire.

Mme la présidente. L'amendement n° 403 rectifié est retiré.

La parole est à Mme Annie Jarraud-Vergnolle, pour explication de vote.

Mme Annie Jarraud-Vergnolle. Je n'entends pas, pour ma part, retirer mon amendement.

Depuis deux ou trois ans, la loi prévoit la gratification obligatoire des stagiaires lorsque la durée du stage est supérieure à deux mois. Cela vaut pour tous les stagiaires et pour tous les secteurs.

Aujourd'hui, certains établissements médico-sociaux, notamment ceux qui accueillent des enfants handicapés, ne peuvent plus accueillir de stagiaires, les ressources qu'ils perçoivent au titre du prix de journée étant insuffisantes pour assurer leur rémunération. Ce n'est pas sans conséquence puisque, dans ce secteur, la moitié de la formation doit être effectuée sous forme de stage.

Je n'ai pas les mêmes informations que vous, madame la secrétaire d'État. J'ai été contactée à la fois par les écoles formant des travailleurs sociaux et par les établissements médico-sociaux : les premiers parce qu'ils ne peuvent plus placer leurs stagiaires, les seconds parce qu'ils ne peuvent plus assurer leur gratification.

M. Roland Courteau. Eh oui !

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

M. Guy Fischer. Mme Annie Jarraud-Vergnolle et moi-même avons les mêmes échos.

À Lyon, je travaille avec l'institut Rockefeller qui est, dans la région, l'un des centres les plus importants en matière de formation des travailleurs sociaux et médicaux. Certes, le nom de Rockefeller éveille d'autres souvenirs, mais je rappelle que la Fondation Rockefeller est à l'origine de la création de l'institut et de la faculté de médecine.

Nous ne partageons pas votre vision optimiste, madame la secrétaire d'État. Les établissements rencontrent des difficultés pour assurer des missions d'intérêt général dans de bonnes conditions. Trouver un stage devient parfois très difficile, car les établissements ne peuvent en assurer la gratification.

Nous voulons relayer les difficultés objectives que rencontrent les travailleurs sociaux, et c'est pourquoi nous maintenons notre amendement.

Mme la présidente. La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

M. Yves Daudigny. Je ne comprends pas que de telles propositions ne puissent pas recevoir un accueil favorable.

Il n'est pourtant prévu aucune dépense supplémentaire, aucune surcharge du budget de la sécurité sociale ou de celui de l'État. Il est simplement proposé de répartir les crédits d'une manière cohérente, de simplifier et de clarifier les modes de financements, afin que les établissements puissent faire face à leurs dépenses d'intérêt général.

Il n'est d'ailleurs pas neutre qu'un amendement identique ait été présenté par des groupes de sensibilité politique différente.

Il est incompréhensible que des amendements de cette nature, qui ont fait l'objet d'un travail sérieux, qui auraient des effets sur la vie concrète des établissements, ne puissent pas aboutir.

M. Roland Courteau. C'est vraiment regrettable !

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n° 167 rectifié et 274 rectifié.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

Mme Annie Jarraud-Vergnolle. Vous avez voté contre votre propre amendement, madame Dini !

M. Guy Fischer. Je n'y comprends plus rien !

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements identiques.

L'amendement n° 169 rectifié est présenté par MM. Daudigny et Le Menn, Mmes Jarraud-Vergnolle et Demontès, M. Cazeau, Mme Le Texier, M. Desessard, Mmes Alquier, Campion, Printz et Schillinger, MM. Kerdraon, Godefroy, Jeannerot, S. Larcher et Gillot, Mmes San Vicente-Baudrin et Ghali, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés.

L'amendement n° 198 rectifié est présenté par MM. Doligé, du Quart, Pinton, de Montgolfier, Leroy et Huré.

L'amendement n° 468 rectifié *bis* est présenté par MM. Collin, Alfonsi et Baylet, Mme Escoffier, M. Fortassin, Mme Laborde et MM. Mézard, Milhau, Plancade, Tropeano, Vall et Vendasi.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Avant l'article 43 *bis*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° La fin de la première phrase du premier alinéa est complétée par les mots : « , et sous réserve de leur compatibilité avec les enveloppes limitatives de crédits mentionnées à l'article L. 313-8 et aux articles L. 314-3 à L. 314-5. »

2° Après le premier alinéa, il est inséré deux alinéas ainsi rédigés :

« Ces conventions ou accords d'entreprise ou d'établissement ne sont pas soumis à la procédure d'agrément prévue au présent article s'ils interviennent dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 313-11 et si le coût est compatible avec le montant des dotations limitatives mentionnées aux articles L. 313-8 et L. 314-3 à L. 314-4.

« Les accords locaux d'entreprises qui n'interviennent pas dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens sont agréés par les autorités de contrôle et de tarification dans des conditions fixées par décret. »

La parole est à M. Yves Daudigny, pour présenter l'amendement n° 169 rectifié.

M. Yves Daudigny. L'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles dispose que : « Les conventions collectives de travail, conventions d'entreprise ou d'établissement et accords de retraite applicables aux salariés des établissements et services sociaux et médico-sociaux à but non lucratif dont les dépenses de fonctionnement sont, en vertu de dispositions législatives ou réglementaires, supportées, en tout ou partie, directement ou indirectement, soit par des personnes morales de droit public, soit par des organismes de sécurité sociale, ne prennent effet qu'après agrément donné par le ministre compétent après avis [de la commission nationale d'agrément]. Ces conventions ou accords s'imposent aux autorités compétentes en matière de tarification... »

Le paragraphe 1 du présent amendement vise à accorder une primauté aux articles du code de l'action sociale et des familles relatifs aux crédits limitatifs des financeurs publics, afin de mettre fin aux « contrariétés » entre ces derniers.

Il existe de nombreuses situations dans lesquelles les marges budgétaires nécessaires au financement d'un accord d'entreprise pourraient être dégagées *via* les mutualisations, les économies liées à l'utilisation de certaines provisions, les perspectives de création de places et, plus globalement, l'ensemble des économies d'échelle permises par la pluriannualité budgétaire.

Or la jurisprudence de la Cour de cassation prive les accords d'entreprise conclus dans le secteur social et médico-social de portée juridique dès lors qu'ils ne sont pas agréés. Une suppression de la procédure d'agrément permettra de repositionner le dialogue social au niveau des associations, dans le sens d'une adéquation entre le statut négocié des salariés et les préoccupations des associations en matière d'accompagnement des usagers. C'est l'objet du premier alinéa proposé au paragraphe 2 de cet amendement.

Il convient aussi de déconcentrer et de décentraliser l'agrément des autres accords locaux, eu égard au fait que les établissements et services qui en relèvent sont mieux connus localement et que les agréments sont déjà pré-instruits actuellement par les services déconcentrés et les services sociaux des conseils généraux dans le cadre de la procédure en vigueur. Ils font l'objet, notamment dans ce cadre, d'un dialogue social approfondi dont les éléments ne font que remonter à l'administration centrale. C'est l'objet du second alinéa proposé au paragraphe 2 de cet amendement.

Bien que ces dispositions soient susceptibles de profiter à tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux financés par le budget de l'État, les conseils généraux et la sécurité sociale, le poids des dépenses de sécurité sociale dans cet ensemble justifie que la mesure soit proposée dans le cadre de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale. D'ailleurs, l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles a déjà été modifié à plusieurs reprises par des PLFSS antérieurs.

Mme la présidente. Les amendements n°s 198 rectifié et 468 rectifié *bis* ne sont pas soutenus.

Quel est l'avis de la commission ?

Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur. Cet amendement vise à modifier profondément les règles relatives aux conventions collectives des établissements sociaux et médico-sociaux.

D'un point de vue social, il est en partie irrecevable puisqu'il vise à exonérer d'agrément les conventions collectives intervenant dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, ou CPOM.

Je vous indique que la commission a émis un avis de sagesse sur deux amendements, que nous examinerons ultérieurement, qui prévoient la remise d'un rapport sur les conditions d'agrément des conventions collectives. Dans la mesure où ce rapport nous permettra d'examiner cette question de manière plus approfondie, je demande à M. Daudigny de bien vouloir retirer son amendement ; à défaut, j'y serai défavorable.

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

Mme Nora Berra, *secrétaire d'État*. Les accords et conventions collectives des établissements et services sociaux et médico-sociaux privés à but non lucratif sont agréés par le ministre en charge de ce secteur, après avis d'une commission nationale d'agrément.

Cette procédure permet à l'État de s'assurer que les décisions conventionnelles prises par ces établissements et services sont conformes à l'évolution de la masse salariale, cette dernière résultant de la loi de financement de la sécurité sociale et de la loi de finances de l'année.

Par ailleurs, l'actuelle procédure, qui fait intervenir une seule instance, la Commission nationale d'agrément, favorise une même jurisprudence pour l'appréciation de l'ensemble de ces accords, et ainsi l'égalité du traitement des salariés qui les concernent.

Or le présent amendement vise à supprimer l'agrément pour les établissements et services ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Il rompt ainsi l'égalité de traitement entre les salariés desdits établissements et services.

Pour ces raisons, le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

Mme la présidente. Monsieur Daudigny, l'amendement n° 169 rectifié est-il maintenu ?

M. Yves Daudigny. Après avoir entendu les explications de la commission et du Gouvernement, je le retire.

Madame la secrétaire d'État, il est dit que je ne serai pas désagréable avec vous toute la soirée, le jour même où vous exercez pour la première fois au Sénat vos nouvelles fonctions, pour lesquelles je tiens d'ailleurs à vous féliciter. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

Mme Isabelle Debré. Quelle gentillesse !

M. Jacques Gautier. Quelle galanterie !

Mme la présidente. L'amendement n° 169 rectifié est retiré.

Je suis saisie de trois amendements identiques.

L'amendement n° 166 rectifié est présenté par MM. Daudigny et Le Menn, Mmes Jarraud-Vergnolle et Demontès, M. Cazeau, Mme Le Texier, M. Desessard, Mmes Alquier, Campion, Printz et Schillinger, MM. Kerdraon, Godefroy, Jeannerot, S. Larcher et Gillot, Mmes San Vicente-Baudrin et Ghali, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés.

L'amendement n° 273 rectifié est présenté par Mme Pasquet, M. Fischer, Mme David, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche.

L'amendement n° 465 rectifié est présenté par MM. Collin, Alfonsi et Baylet, Mme Escoffier, M. Fortassin, Mme Laborde et MM. Mézard, Milhau, Plancade, Tropeano, Vall et Vendasi.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Avant l'article 43 *bis*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au premier alinéa de l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles, après le mot : « mentionnés », sont insérés les mots : « au a) du V de l'article L. 314-1 et ».

La parole est à Mme Raymonde Le Texier, pour présenter l'amendement n° 166 rectifié.

Mme Raymonde Le Texier. Cet amendement vise au renforcement de la médicalisation des établissements pour adultes handicapés qui accueillent des personnes vieillissantes.

Le vieillissement de la population d'adultes handicapés dans les différents services et foyers est un constat désormais incontournable, et ce phénomène, nous le savons, ne peut que s'accroître.

En conséquence, le processus de médicalisation de ces structures est inévitable, à l'instar de la création, à partir de 1978, des sections de cure médicale dans les maisons de retraite et des forfaits de soins courants dans les foyers logements.

Mme la présidente. La parole est à Mme Odette Terrade, pour présenter l'amendement n° 273 rectifié.

Mme Odette Terrade. L'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles prévoit, en son premier alinéa que : « Les montants des éléments de tarification afférents aux soins mentionnés au 1° de l'article L. 314-2 – c'est-à-dire les soins prenant en compte le niveau de dépendance moyen et les besoins en soins médico-techniques du résident – sont modulés selon l'état de la personne accueillie au moyen de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2 et du référentiel mentionné au deuxième alinéa du III de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006. »

Il s'agit en fait, et c'est une chose positive, de permettre que la tarification corresponde au mieux aux besoins des personnes accueillies, donc aux actes qui sont réalisés compte tenu de ces besoins.

Comme vous le savez, les maisons d'accueil spécialisées, les MAS, sont financées à 100 % par l'assurance maladie, laquelle ne finance les foyers d'accueil médicalisés, les FAM, qu'à hauteur de 30 %. Ces derniers obéissent à des règles de cofinancement : un tarif pour les prestations de soins pris en charge par la Caisse primaire d'assurance maladie, et un tarif assumé par l'aide sociale départementale, couvrant les frais d'hébergement auxquels participent les usagers.

Si cette distinction dans le financement, plus exactement dans la part de financement, par l'assurance maladie a pu se justifier un temps en raison de la différence qui existe entre les maisons d'accueil spécialisées et les foyers d'accueil médicalisés, les maisons d'accueil spécialisées accueillant des personnes un peu plus dépendantes que les foyers d'accueil médicalisés, il semble, selon les informations qui remontent du terrain, qu'elle doive être atténuée en raison d'un double mouvement : la médicalisation grandissante des foyers d'accueil médicalisés et le vieillissement des personnes accueillies, qui est à l'origine de besoins spécifiques en termes de médicalisation.

Cela est d'autant plus vrai que les associations, comme les départements, nous alertent sur la diminution notable du nombre de places dans les MAS, qui sont par ailleurs remplacées par des FAM. Cela pose une double difficulté.

Tout d'abord, ce croisement limite la création réelle de places, qui est pourtant, nous le savons, inférieure aux besoins. Par ailleurs, si ce transfert permet à l'assurance maladie de réaliser des économies, puisqu'elle sous-finance les FAM, il coûte de plus en plus cher aux départements, qui souffrent déjà d'une asphyxie financière résultant notamment de l'absence totale de compensation de certaines allocations.

Dans le même temps, on constate que les crédits alloués à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ne sont pas tous utilisés, notamment à cause de la lenteur inhérente à la création des structures d'accueil. Cela permet – et ce projet de loi de financement de la sécurité sociale ne fait pas exception – de réduire l'année suivante les crédits inutilisés, ce qui se traduit par une nouvelle augmentation des dépenses des départements, qui sont bien obligés de mettre « la main à la poche », si vous me permettez cette expression, pour éviter que les projets avancés ne soient stoppés, retardés ou limités.

Mme la présidente. L'amendement n° 465 *rectifié* n'est pas soutenu.

Quel est l'avis de la commission ?

Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur. Ces deux amendements identiques visent à mettre en œuvre, dans des établissements qui accueillent des adultes handicapés, le processus qui est déjà engagé dans les EHPAD.

Or, les référentiels sont différents selon qu'il s'agit de personnes âgées dépendantes ou de personnes handicapées. Il convient donc d'envisager d'autres modalités d'action et c'est pourquoi je suis défavorable à ces amendements.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Il est en effet devenu nécessaire de réformer le mode de tarification des établissements pour personnes handicapées. Ce chantier doit être lancé en lien avec la CNSA.

Pour autant, et je partage sur ce point l'avis de Mme le rapporteur, il apparaît aujourd'hui prématuré de transposer aux personnes handicapées des outils d'évaluation de la dépendance et des soins requis utilisés pour les personnes âgées dépendantes. Il est en effet nécessaire de disposer au préalable d'un recensement fin des besoins des personnes accueillies dans les établissements visés par la mesure, et de construire une grille d'analyse adaptée à ce public.

C'est pourquoi le Gouvernement émet un avis défavorable sur ces amendements.

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

M. Bernard Cazeau. Les réponses de Mme le rapporteur et de Mme la secrétaire d'État témoignent de leur méconnaissance des difficultés auxquelles sont aujourd'hui confrontés les départements.

Les établissements pour personnes handicapées âgées de plus de soixante ans accueillent très souvent des personnes souffrant d'un handicap moyen dû à la sénescence. Ces structures n'ont pas la possibilité de leur accorder le suivi médical dont elles ont besoin. Si ces personnes sont dirigées vers des EHPAD, elles font l'objet d'une surveillance médicale que leur état ne justifie pas. Dès lors, que doit-on faire ?

Madame la secrétaire d'État, vous avez déclaré que cette question était à l'étude. Ne réfléchissez pas trop longtemps, car, bientôt, les départements et les associations du monde du handicap n'auront plus les moyens de répondre à la situation.

Pour l'instant, nous avons trouvé des solutions mixtes, mais je regrette qu'un amendement comme celui-ci ne puisse être retenu, au moins comme amendement d'appel.

Mme la présidente. La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

M. Yves Daudigny. Je prolongerai l'intervention de M. Cazeau en précisant que, si l'accroissement du nombre des personnes handicapées vieillissantes constitue une bonne nouvelle, tout comme le vieillissement de la population en général, l'accueil de ces personnes pose un problème qui tend à devenir insurmontable pour les conseils généraux.

Ainsi, par exemple, le budget consacré annuellement par le conseil général de l'Aisne aux personnes handicapées est passé en l'espace de quelques années de 26 millions à 52 millions d'euros, pour s'établir finalement aujourd'hui à 60 millions d'euros.

Nous avons programmé la construction, l'an prochain, d'un établissement pour personnes âgées vieillissantes de trente places. Coût de fonctionnement annuel à supporter pour le conseil général : 1,5 million d'euros !

Aujourd'hui, dans la situation de contrainte financière qu'ils connaissent, la plupart des départements ne sont plus en mesure de faire face à de telles augmentations.

Parce qu'il devient vraiment difficile aujourd'hui de compléter les équipements indispensables aux personnes handicapées vieillissantes, il me semble opportun que nous nous saisissons de cette question.

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Dériot, pour explication de vote.

M. Gérard Dériot. Une fois n'est pas coutume : je partage l'avis de nos collègues Bernard Cazeau et Yves Daudigny, car il devient très difficile d'accueillir les personnes âgées handicapées dans un établissement adapté.

Comme l'a rappelé M. Daudigny, ces personnes souhaitent généralement rester dans les établissements où elles résidaient précédemment. Malheureusement, ceux-ci ne sont pas toujours équipés en conséquence, et, de toute façon, une fois qu'elles ont dépassé l'âge de 60 ans, ces personnes doivent être accueillies dans des établissements pour personnes âgées.

Il me semble important, madame la secrétaire d'État, que cette question majeure soit traitée rapidement même si, du fait des problèmes que rencontrent les départements, les financements sont plus difficiles à réaliser. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n° 166 *rectifié* et 273 *rectifié*.

(*Les amendements ne sont pas adoptés.*)

Mme Gisèle Printz. Vous n'avez pas voté ; vous manquez de cohérence, monsieur Dériot !

M. François Autain. Double langage !

M. Gérard Dériot. Mieux vaut être efficace que de voter un bout de papier !

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements identiques.

L'amendement n° 171 *rectifié* est présenté par MM. Daudigny et Le Menn, Mmes Jarraud-Vergnolle et Demontès, M. Cazeau, Mme Le Texier, M. Desessard, Mmes Alquier, Campion, Printz et Schillinger, MM. Kerdraon, Godefroy, Jeannerot, S. Larcher et Gillot, Mmes San Vicente-Baudrin et Ghali, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés.

L'amendement n°469 rectifié *bis* est présenté par MM. Collin, Alfonsi et Baylet, Mme Escoffier, M. Fortassin, Mme Laborde et MM. Mézard, Milhau, Plancade, Tropeano, Vall et Vendasi.

L'amendement n°511 rectifié *bis* est présenté par M. Milon.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Avant l'article 43 *bis*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le second alinéa de l'article L. 315-19 du code de l'action sociale et des familles est remplacé par huit alinéas ainsi rédigés :

« a. Les établissements publics sociaux et médico-sociaux peuvent déroger à l'obligation de dépôt auprès de l'État pour les fonds qui proviennent :

« - des dépôts de garantie reçus des résidents ;

« - des fonds déposés par les résidents ;

« - des recettes des activités annexes ;

« - des recettes d'hébergement perçues du résident dans la limite d'un mois des recettes de l'espèce.

« Les placements sont effectués en titres nominatifs, en titres pour lesquels est établi le bordereau de référence nominative prévu à l'article L. 211-9 du code monétaire et financier, ou en valeur admises par la banque de France en garantie d'avance.

« Les produits financiers réalisés sont affectés en réserves des plus values nettes afin de financer les opérations d'investissement.

« b. Les décisions mentionnées au a de cet article et au III de l'article L. 1618-2 du code général des collectivités territoriales relèvent de la compétence du directeur de l'établissement public social et médico-social qui informe chaque année le conseil d'administration des résultats des opérations réalisées. »

La parole est à M. Jacky Le Menn, pour défendre l'amendement n°171 rectifié.

M. Jacky Le Menn. Les établissements publics autonomes sociaux et médico-sociaux ont une trésorerie « oisive » importante, qui représente soixante-dix jours d'exploitation courante, selon une étude parue dans la revue du trésor public.

En effet, les personnes âgées versent leurs prix de journée « à terme à échoir », c'est-à-dire au début du mois en cours, et non plus « à terme échu », c'est-à-dire au début du mois suivant. Enfin, la réglementation leur impose de verser à leur entrée un mois de caution.

Parallèlement, ces établissements ont un fort besoin d'investissements pour se mettre aux normes de sécurité et améliorer la qualité de la prise en charge sans majorer excessivement les tarifs.

La disposition proposée vise donc à permettre aux établissements publics autonomes sociaux et médico-sociaux, soit environ 1200 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – EHPAD – et 300 établissements pour personnes handicapées – maisons d'accueil spécialisées, foyer d'accueil médicalisé, instituts médico-éducatifs, etc. –, de pouvoir, comme les maisons de retraite associatives, sans

parler des maisons de retraite commerciales, faire des placements financiers sécurisés pour renforcer leur capacité d'auto-financement des investissements, ce qui permettra de réduire l'intervention de l'assurance maladie, de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la CNSA, et des conseils généraux, qui subventionnent bien souvent les opérations d'investissement et prennent en charge des frais financiers.

Cette mesure a d'ailleurs été préconisée, en 2006, par la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, la MECSS, de l'Assemblée nationale, co-présidée par M. Morange et Mme Guinchard, ainsi que par la Cour des comptes.

Or le Gouvernement n'a donné aucune suite à ces préconisations, ce qui étonne lorsque l'on sait que la CNSA réalise moins de produits financiers en 2010 – perte de 20 millions d'euros au budget rectificatif examiné par le conseil d'administration du 30 mars 2010 – compte tenu de l'obligation qui lui a été faite de placer auprès de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, l'ACOSS, une partie des produits perçus dans des conditions peu favorables.

Cette disposition devrait permettre de compenser cette perte. En effet, les produits financiers de la CNSA s'inscrivent dans la section du budget de la CNSA afférente à la compensation de la prestation de compensation du handicap, la PCH, et au financement des maisons départementales des personnes handicapées, les MDPH. La section budgétaire afférente au financement du programme d'aide à l'investissement pourrait alors faire l'objet d'un redéploiement pour prendre en compte le fait que les EHPAD publics pourraient désormais réaliser des placements financiers destinés exclusivement au financement de leurs investissements.

Mme la présidente. Les amendements n°s 469 rectifié *bis* et 511 rectifié *bis* ne sont pas défendus.

Quel est l'avis de la commission ?

Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur. Cet amendement, fort intéressant, vise à permettre aux établissements publics, sociaux et médico-sociaux, de déroger à l'obligation de dépôt de leur trésorerie auprès de l'État.

Un amendement similaire avait déjà été présenté l'an passé, et Mme la ministre de la santé avait indiqué que le Gouvernement allait réfléchir à cette question. (*Exclamations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

Cette possibilité de placement apparaît aujourd'hui particulièrement utile dans un contexte où, pour l'instant, aucune ligne budgétaire n'est prévue pour financer les plans d'aide à l'investissement des établissements médico-sociaux.

M. Guy Fischer. Un scandale !

Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur. En conséquence, la commission émet un avis de sagesse.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. En dehors du fait que nous sommes dans un contexte de crise, qui occasionne une baisse substantielle de la masse des crédits disponibles pour la trésorerie de l'État, l'adoption de cet amendement signifierait qu'on laisse aux établissements la possibilité de placer des fonds sur des produits financiers qui échapperaient au contrôle de l'État.

Or la trésorerie des établissements doit être impérativement sécurisée, car le maintien de l'équilibre financier de la structure en dépend.

Si je peux comprendre cette tentative de laisser aux établissements une liberté de placement, dans le public comme dans le privé, je rappelle que, dans le secteur sanitaire, si cette liberté existe, elle ne peut s'exercer que dans le cas de recettes issues d'activités subsidiaires, et certainement pas sur l'ensemble des ressources de ces établissements.

Enfin, une telle disposition comporte avant tout un risque pour les résidents eux-mêmes, c'est-à-dire pour les personnes âgées, car cette trésorerie repose pour une grande part sur les finances propres des résidents.

Pour l'ensemble de ces raisons, le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

Mme Raymonde Le Texier et M. Roland Courteau. Voilà le fruit d'un an de réflexion !

Mme la présidente. La parole est à M. Jacky Le Menn, pour explication de vote.

M. Jacky Le Menn. Je ne voudrais pas être désagréable alors que vous venez juste de prendre votre poste, madame la secrétaire d'État, mais la réflexion de vos services me semble quelque peu sommaire depuis le dernier PLFSS.

Comme l'a indiqué Mme le rapporteur, le but visé est précisément, dans la période difficile que nous traversons, de pouvoir continuer à réaliser des investissements qui, dans nombre d'établissements, notamment les EHPAD, sont absolument nécessaires.

En l'occurrence, sans effort extérieur de la CNSA, dont on connaît également les difficultés, il me semble que l'on pourrait fort bien placer ces fonds sur des produits sécurisés sans faire encourir de risques aux établissements. Ces placements rapporteraient de l'argent sans pour autant pénaliser l'État, les personnes hébergées ou la CNSA, et permettraient de réaliser des investissements pour maintenir les établissements médico-sociaux dans un état correct, ce dont les pensionnaires bénéficieraient directement.

J'avoue ne pas comprendre la position du Gouvernement, et je la déplore.

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Dériot, pour explication de vote.

M. Gérard Dériot. Cette fois encore, je rejoins la position de nos collègues socialistes.

M. Roland Courteau. Il faut voter pour, cette fois !

M. Gérard Dériot. Il serait fâcheux, dans cette période difficile, de ne pas profiter de cette opportunité de réaliser des placements.

Il faut évidemment que cette possibilité soit strictement contrôlée, car c'est l'argent des pensionnaires qui est utilisé, mais l'on devrait pouvoir assez rapidement arrêter les modalités d'application d'une telle mesure.

J'appelle donc à voter en faveur de cet amendement, en espérant que son adoption permette d'accélérer le processus de réflexion.

Mme la présidente. La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

M. Yves Daudigny. Pour compléter les excellents arguments avancés tant sur ma droite que sur ma gauche (*Sourires*), je voudrais rappeler que cette mesure, qui ne sort pas comme par magie de notre chapeau, avait déjà été préconisée par la MECSS en 2006, ainsi que par la Cour des comptes.

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. On parle d'une trésorerie qui provient, d'une part, de dotations de l'État et, d'autre part, des résidents.

Vous voudriez donc offrir à des établissements publics la possibilité de faire des placements...

M. René Beaumont. L'hôpital le fait bien !

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. ... alors que nous venons de traverser une période de crise sans précédent, au cours de laquelle des placements ont occasionné de nombreux déséquilibres, y compris dans les recettes de l'État.

Et ce sont des partis de gauche qui viennent aujourd'hui faire la promotion de placements dans des produits financiers... J'avoue que cela me surprend !

M. Jacky Le Menn. C'est spécieux comme argument !

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Pas du tout ! Je pense que votre position n'est pas conforme à vos principes et qu'elle est en l'occurrence très opportuniste.

Je maintiens donc l'avis défavorable du Gouvernement et je demande au Sénat de bien vouloir rejeter cet amendement.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 171 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, avant l'article 43 *bis*.

M. Guy Fischer. Voilà ce qui s'appelle une belle claque, madame la secrétaire d'État !

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Il s'agit juste du jeu normal de la démocratie, monsieur Fischer.

Mme la présidente. L'amendement n° 525 rectifié, présenté par MM. Milon, P. Blanc, Laménie et J. Blanc, est ainsi libellé :

Avant l'article 43 *bis*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. - Après l'article L. 6161-3 du code de la santé publique, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Art. L. 6161-3-1 - Lorsque l'établissement privé non lucratif négocie un accord d'intéressement, cet accord peut prendre la forme d'une réduction des cotisations sociales à la charge des personnels bénéficiaires.

« Le montant global des réductions de cotisations consenties à ce titre ne peut dépasser 10 % du montant total des rémunérations brutes. »

II. - Après l'article L. 311-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Art. L. 311.2 - Lorsque les établissements et services sociaux et médico-sociaux privés non lucratifs négocient un accord d'intéressement, cet accord peut prendre la forme d'une réduction des cotisations sociales à la charge des personnels bénéficiaires.

« Le montant global des réductions de cotisations consenties à ce titre ne peut dépasser 10 % du montant total des rémunérations brutes. »

III. - ... - La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I et II ci-dessus est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

La parole est à M. Marc Laménie.

M. Marc Laménie. Les établissements privés non lucratifs, quel que soit leur champ d'intervention, sont confrontés aux mêmes contraintes d'efficience que les établissements publics. Ils doivent, comme ces derniers, se montrer réactifs dans l'évolution de leur organisation.

Il faut donc leur appliquer un régime identique en termes de mise en place d'un dispositif d'intéressement permettant la valorisation des initiatives individuelles et collectives.

Cette identité de traitement apparaît d'autant plus justifiée compte tenu de l'existence d'un différentiel de charges objectif par différents rapports. Cet amendement a surtout pour objet de ne pas aggraver ce différentiel.

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

Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur. Cet amendement vise, comme vous l'avez bien expliqué, à permettre aux établissements privés non lucratifs de conclure des accords d'intéressement, qui peuvent prendre la forme de réduction de charges sociales salariales.

La problématique soulevée est celle du différentiel de charges avec le secteur public.

Un rapport sur ce sujet est prévu par l'article 43 septies du projet de loi. Il convient d'en attendre la publication avant d'envisager d'autres mesures.

Telle est la raison pour laquelle la commission demande le retrait de l'amendement.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Défavorable.

Mme la présidente. Monsieur Laménie, l'amendement n° 525 rectifié est-il maintenu ?

M. Marc Laménie. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 525 rectifié est retiré.

Article 43 bis (nouveau)

- ① I. – L'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° Au premier alinéa du I, après la référence : « L. 314-3-1 », sont insérés les mots : « ainsi qu'au financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3 et des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 qui respectent un cahier des charges fixé par arrêté du ministre chargé des personnes handicapées » ;
- ③ 2° La première phrase du 1 du I est complétée par les mots : « , ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 » ;
- ④ 3° Après le mot : « services », la fin du b du 1 du I est ainsi rédigée : « et les contributions aux budgets des agences régionales de santé pour le financement des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3. » ;

- ⑤ 4° Le même b du 1 du I est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑥ « Ces contributions sont arrêtées par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant inscrit au budget de la section. » ;
- ⑦ 5° La première phrase du 2 du I est complétée par les mots : « , ainsi qu'aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3 » ;
- ⑧ 6° Le b du 2 du I est complété par les mots : « et les contributions au budget des agences régionales de santé pour le financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des personnes malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3 » ;
- ⑨ 7° Le même b est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑩ « Ces contributions sont arrêtées par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant inscrit au budget de la section. »
- ⑪ II. – Le chapitre III du titre I^{er} du livre I^{er} du même code est ainsi modifié :
- ⑫ 1° L'article L. 113-3 devient l'article L. 113-4 ;
- ⑬ 2° Il est rétabli un article L. 113-3 ainsi rédigé :
- ⑭ « Art. L. 113-3. – Les institutions et les professionnels de santé intervenant dans le secteur social, médico-social et sanitaire, sur un même territoire, auprès des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ou en perte d'autonomie, coordonnent leurs activités au sein de maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer.
- ⑮ « Les conditions de leur fonctionnement répondent à un cahier des charges approuvé par décret, qui fixe notamment les modalités selon lesquelles sont évalués les besoins ainsi que les méthodes mises en œuvre pour assurer le suivi des personnes concernées. »
- ⑯ III. – Le 2° de l'article L. 1431-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ⑰ 1° Le a est ainsi rédigé :
- ⑱ « a) Elles contribuent à évaluer et à promouvoir les formations des professionnels de santé, des personnels qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées ou dans les établissements mentionnés aux 1° et 3° de l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles une assistance dans les actes quotidiens de la vie ainsi que les formations des aidants et des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 du même code ; »
- ⑲ 2° Le b est complété par les mots : « ; elles attribuent également les financements aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 du même code et s'assurent du respect des cahiers des charges mentionnés respectivement à l'article L. 113-3 et au I de l'article L. 14-10-5 du même code ».

⑳ IV. – Le 3° de l'article L. 1432-6 du même code est complété par les mots : « ou les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées ».

Mme la présidente. La parole est à M. Yves Daudigny, sur l'article.

M. Yves Daudigny. Je veux d'abord féliciter nos collègues députés socialistes d'avoir introduit, au sein du PLFSS, une section nouvelle expressément consacrée au secteur médico-social et me réjouir de l'avis favorable de la commission et de la sagesse à laquelle s'en est remis le Gouvernement à l'Assemblée nationale. Ce secteur est appelé à prendre de plus en plus d'importance. Cette visibilité est tout à fait nécessaire et l'aboutissement logique d'une réalité que les rapports spécifiques qui lui sont consacrés depuis plusieurs années maintenant établissaient déjà.

Une partie du chemin est faite. Une autre doit l'être maintenant sur le fond : celui des choix de financements. C'est exactement la question que pose cet article 43 *bis*, avec toutefois, à notre sens, une réponse incomplète.

L'article 43 *bis* prévoit, en effet, d'ajouter les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer, les MAIA, et les groupes d'entraide mutuelle, les GEM, à la liste des établissements au financement desquels la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la CNSA, contribue déjà. Il met fin au financement à 100 % par la seule contribution solidarité autonomie, la CSA, de ces MAIA et de ces GEM, ce qui est une des deux raisons qui m'avaient amené à ne pas voter le budget de la CNSA pour 2011. Mais les MAIA bénéficieront de la quote-part de 40 % de CSA affectée au financement des établissements pour personnes âgées et les GEM de celle de 14 % affectée au financement des établissements pour personnes handicapées.

L'expérimentation des MAIA a débuté en 2009. Dix-sept sites sont actuellement en fonction et trente-cinq devraient s'y ajouter en 2011. Le dispositif est donc récent. Dès lors, l'interrogation de la commission quant à l'opportunité de le légaliser d'ores et déjà, avec aussi peu de recul, est peut-être tout à fait opportune.

La réserve de la commission est d'autant plus justifiée que la légalisation des MAIA s'inscrit dans un contexte de grandes difficultés, qui risque finalement d'asphyxier l'expérimentation elle-même.

Je n'ai en effet pas voté le budget de la CNSA pour 2011 en raison également, et surtout, d'une nouvelle diminution des taux de couverture des dépenses de l'allocation personnalisée d'autonomie, l'APA, et de la prestation de compensation du handicap, la PCH. Le projet de péréquation étudié ne consistait qu'à répartir la pénurie ! Il ne résout pas le problème de la non-compensation de la baisse des recettes destinées aux allocations de solidarité nationales, que les conseils généraux se trouvent donc dans l'obligation de pallier sur leurs fonds au détriment des finances locales. Je peux vous dire que nos concitoyens comprennent aujourd'hui parfaitement que les départements, qui leur versent ces prestations, n'en décident pas le montant et que le Gouvernement porte la responsabilité de cette contraction des budgets locaux.

La réduction déjà problématique des abondements CNSA serait encore aggravée si les investissements immobiliers, nécessaires par ailleurs, n'étaient pas financés. C'est ce à quoi les excédents étaient utiles. Une fois ces excédents trans-

férés à l'assurance maladie, quelle enveloppe financera les investissements immobiliers ? C'est évidemment un souci légitime pour les conseils généraux.

Au-delà, c'est évidemment la question du périmètre des interventions de la CNSA qui se pose dans la perspective incontournable d'un projet sur la prise en charge de la perte d'autonomie.

Devons-nous permettre que la CNSA serve à compenser les désengagements de l'assurance maladie dans le financement des établissements ? La décision nous appartient. Elle mérite réflexion. Elle s'inscrit dans le cadre de la loi du 11 février 2005, que nous souhaitons tous reprendre et améliorer, et dans la future loi sur le cinquième risque.

Les MAIA résument la problématique : d'une part, elles confirment l'existence des besoins et, d'autre part, elles soulignent le défaut de projet d'ensemble nouvellement financé. À enveloppe constante et dans le contexte récessif que nous connaissons, les financements proposés s'apparentent à un jeu de chaises musicales : on prend un peu ici pour mettre là !

En d'autres termes, nous mettons « la charrue avant les bœufs », avec les risques et les dommages qui en découleront sur les compensations déjà de plus en plus réduites qui sont versées aux départements.

La CNSA se voit privée cette année de 100 millions d'euros, qui proviennent en grande partie de l'assurance maladie – pas uniquement toutefois –, et qui doivent y retourner. C'est à ce nouveau débasage, qu'elle désapprouve comme nous, que réagit notre rapporteur Sylvie Desmarescaux.

Pour ma part, je proposerai pour l'instant de dégager très légèrement plus. Ce ne serait qu'un petit pas en direction d'une amélioration du taux de couverture de l'APA et de la PCH, vous l'aurez compris, qui s'inscrit dans la perspective d'un rendez-vous qui ne peut plus être encore différé.

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

L'amendement n° 575 rectifié, présenté par Mme Desmarescaux, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. - Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Au a) du 1 du I, le pourcentage : « 10 % » est remplacé par le pourcentage : « 8 % » et le pourcentage : « 14 % » est remplacé par le pourcentage : « 12 % » ;

II. - Après l'alinéa 7

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Au b) du 2 du I, le pourcentage : « 40 % » est remplacé par le pourcentage : « 38 % » ;

III. - Après l'alinéa 10

Insérer quatre alinéas ainsi rédigés :

...° Il est ajouté un paragraphe ainsi rédigé :

« ... - Une section consacrée à l'aide à l'investissement. Elle retrace :

« a) En ressources, 4 % du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 ;

« b) En charges, le financement d'opérations d'investissement immobilier portant sur la création de places, 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, ainsi que le financement des intérêts des emprunts contractés pour le financement des investissements immobiliers dans les établissements relevant des 2°, 3° et 4° de l'article L. 342-1 et les établissements habilités à l'aide sociale pour la totalité de leurs places relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 ayant conclu la convention prévue au I de l'article L. 313-12. »

IV. - Avant l'alinéa 11

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

... - Le a) de l'article L. 14-10-9 du même code est abrogé.

La parole est à Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur.

Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur. Le Gouvernement a décidé, au titre de l'ONDAM 2010, de restituer 100 millions d'euros de crédits non consommés à l'assurance maladie. Cette mesure, qui nous est présentée comme une règle de bonne gestion, a cependant des conséquences négatives pour le secteur médico-social.

Dans le passé, les crédits non consommés étaient reportés l'année suivante et permettaient ainsi à la CNSA de bâtir des plans d'aide à l'investissement pour faciliter la modernisation des établissements. Ces aides à l'investissement sont importantes en elles-mêmes, mais elles sont surtout essentielles dans la mesure où les autres financeurs n'acceptent de s'engager que lorsque la CNSA apporte elle-même des crédits. Cette année, compte tenu de la décision du Gouvernement, la CNSA n'a inscrit aucun plan d'aide à l'investissement dans son projet de budget.

J'ai moi-même – vous l'avez entendu – dénoncé l'existence de crédits non consommés dans le secteur médico-social. Je suis donc, bien évidemment, favorable à la nouvelle méthode de construction de l'ONDAM retenue cette année, qui devrait faire disparaître ces excédents.

Toutefois, il est absolument indispensable de dégager une ressource pérenne pour la mise en œuvre des plans d'aide à l'investissement. Lors du débat à l'Assemblée nationale, le Gouvernement a clairement indiqué qu'une solution serait trouvée d'ici à la commission mixte paritaire.

L'amendement que vous propose la commission des affaires sociales, et qu'elle a adopté à l'unanimité, vise à sanctuariser une petite part de la contribution solidarité autonomie pour qu'elle soit affectée à une nouvelle section du budget de la CNSA portant précisément sur l'aide à l'investissement.

Je précise que les ressources que nous proposons d'utiliser sont prises sur celles qui vont déjà en direction des établissements et non sur les recettes permettant de financer l'APA et la PCH.

Notre amendement permettrait d'éviter à l'avenir la restitution de crédits à l'assurance maladie grâce à un fléchage automatique de certaines recettes vers l'investissement. Les plans d'aide à l'investissement ne seraient plus dépendants d'éventuels excédents en fin d'année.

M. Roland Courteau. Très bien !

Mme la présidente. L'amendement n° 175 rectifié *bis*, présenté par MM. Daudigny et Le Menn, Mmes Jarraud-Vergnolle et Demontès, M. Cazeau, Mme Le Texier, M. Desessard, Mmes Alquier, Campion, Printz et Schillinger, MM. Kerdraon, Godefroy, Jeannerot, S. Larcher et Gillot, Mmes San Vicente-Baudrin et Ghali, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

I. - Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Au a) du 1 du I, les mots : « au moins égale à 10 % et au plus égale à 14 % », sont remplacés par les mots : « de 10 % » ;

II. - Après l'alinéa 10

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Au a) du 1 du IV, les mots : « qui ne peut être inférieure à 5 % ni supérieure à 12 % » sont remplacés par les mots : « qui ne peut dépasser 5 % ».

La parole est à M. Yves Daudigny.

M. Yves Daudigny. La contribution de solidarité pour l'autonomie, la CSA, a été créée essentiellement pour compenser l'APA et la PCH et non pour se substituer au financement par l'assurance maladie des établissements et services médico-sociaux, les ESMS.

Si la CNSA, qui gère cette CSA, n'avait pas été créée en 2004, les plans de création d'établissements et services médico-sociaux que tous les Gouvernements depuis vingt-cinq ans ont impulsés, auraient continué à être financés à 100 % par l'assurance maladie.

La répartition de la CSA entre la compensation de l'APA et de la PCH, d'une part, et le financement en complément de l'assurance maladie des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et personnes handicapées, d'autre part, mérite donc, à notre sens, d'être reconsidérée.

La suppression de la fraction de 40 % pour les établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et la fraction de 10 % à 14 % pour les établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées permettrait de réaffecter 927,3 millions d'euros à la compensation de l'APA et 324,6 millions d'euros à la compensation de la PCH, c'est-à-dire de réaffecter aux départements plus de 1 milliard d'euros.

Une telle proposition n'est pas envisageable en l'état actuel. Elle sort du cadre de ce PLFSS et elle devra être traitée dans le cadre du projet annoncé sur la prise en charge de la perte d'autonomie.

En revanche, sans déséquilibrer ce PLFSS et le budget de la CNSA pour 2011, la fraction de CSA destinée aux établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées pourrait être ramenée à 10 %. Bien que pouvant se situer entre 10 % et 14 %, elle a été fixée depuis trois ans à 14 %.

Pour 2011, ces 14 % représentent 324,6 millions d'euros ; 10 % représenteraient 231,8 millions d'euros. Ce sont donc 92,8 millions d'euros qui pourraient renforcer la compensation de l'APA et de la PCH pour 2011 aux conseils généraux, faute de quoi celle-ci baissera encore.

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

Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur. Monsieur Daudigny, j'ai bien compris que cet amendement vise à diminuer la part de la contribution de solidarité pour l'autonomie consacrée aux établissements accueillant des personnes handicapées pour augmenter les ressources consacrées à l'APA et à la PCH.

Vous le savez, c'est pour moi une question essentielle. La CSA a été créée pour financer l'APA et la PCH. Toutefois, ce débat pourra avoir lieu en prenant en compte l'ensemble des ressources possibles et des besoins à satisfaire, à l'occasion de l'examen de la future loi sur la dépendance prévu pour l'année prochaine.

J'ajoute, à titre personnel, que votre amendement est incomplet car il ne modifie pas la part de CSA affectée à l'APA. Cela signifie que les sommes prises sur les établissements ne seraient pas automatiquement reportées sur l'APA ou sur la PCH, comme vous le souhaitez. C'est pourquoi je vous demande de bien vouloir retirer votre amendement. À défaut, la commission émettra un avis défavorable.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. L'amendement n° 575 rectifié vise à proposer la pérennisation du financement des plans d'aide à l'investissement mis en place par la CNSA par une ponction des recettes de la contribution solidarité autonomie aujourd'hui affectée à la section I du budget de la CNSA, section qui permet le financement de l'objectif global de dépenses.

Vous avez, par ailleurs, évoqué la restitution des 100 millions d'euros à l'assurance maladie, qui a effectivement fait l'objet de débats à l'Assemblée nationale.

Je rappellerai à ce sujet qu'il s'agit de crédits d'assurance maladie qui reviennent à l'assurance maladie et il est important de préciser que cette restitution n'entame pas la progression des plans, qu'il s'agisse du plan solidarité grand âge ou du plan Alzheimer.

Par ailleurs, j'ai bien conscience de l'importance de l'investissement dans le domaine médico-social et donc de l'intérêt que représentent ces plans d'aide à l'investissement, ou PAI, pour favoriser la remise aux normes et la rénovation des établissements pour personnes âgées ou handicapées.

L'ensemble de ces crédits provenaient de l'assurance maladie du fait de sous-consommations récurrentes. C'est vrai, le nouveau mode de budgétisation de l'ONDAM médico-social sous forme de crédits de paiement et d'autorisations d'engagement entraînera une disparition de ces excédents à la CNSA.

En ce sens, il importe que la question fondamentale de l'investissement soit considérée dans sa globalité, notamment pour ce qui concerne les personnes âgées. Je suis d'accord avec vous, ce débat aura l'occasion d'être largement ouvert lors de l'examen du texte sur la dépendance, qui nous permettra de faire le point sur les besoins réels en termes de financement et d'investissement. C'est dans ce cadre que le Gouvernement souhaite trouver un mode de financement pérenne des investissements médico-sociaux.

Cela étant, à l'issue des discussions menées à l'Assemblée nationale, le Gouvernement s'est engagé à examiner les possibilités de financement des plans d'aide à l'investissement pour l'année à venir. Je puis aujourd'hui vous annoncer qu'un plan d'aide à l'investissement sera mobilisé à hauteur de 40 millions d'euros au titre de l'année 2011. Le montant de

ces plans d'aide à l'investissement pour 2011 pourra être augmenté si les excédents de la CNSA le permettent ; les montants exacts seront connus à la fin de l'année 2010 ou au début de l'année 2011.

Au bénéfice de ces explications, je vous demande, madame le rapporteur, de bien vouloir retirer votre amendement.

J'en viens à l'amendement n° 175 rectifié *bis*.

Je le répète, le projet de loi sur la dépendance annoncé par le Président de la République sera l'occasion de mener une réflexion d'ensemble, qui intégrera la répartition de la charge incombant aux départements dans la compensation de la perte d'autonomie.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 ne nous semble pas être le vecteur approprié pour apporter des modifications structurelles au financement de l'APA et de la PCH, d'autant que l'amendement n° 175 rectifié *bis* conduit à diminuer les crédits affectés aux créations de places dans les établissements pour personnes âgées et personnes handicapées.

Dans ces conditions, le Gouvernement a émis un avis défavorable sur cet amendement.

Mme la présidente. La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

M. Yves Daudigny. Je voudrais revenir sur le budget de la CNSA et tordre le cou – j'emploie cette expression à dessein ! – à l'idée selon laquelle les excédents ont uniquement pour origine l'assurance maladie.

Les ressources de la CNSA comprennent 2,3 milliards d'euros au titre de la CSA, la contribution solidarité autonomie, et 1,1 milliard d'euros au titre de la part CSG, soit, pour 2011, 3,4 milliards d'euros de recettes propres.

Les concours versés aux départements sont non pas de 3,4 milliards d'euros, mais de 2,2 milliards d'euros ; 1,3 milliard d'euros de ressources propres de la CNSA vient donc s'ajouter aux 15,8 milliards d'euros de l'ONDAM médico-social pour financer, à hauteur de 17,1 milliards d'euros, ce que l'on appelle l'OGD, l'objectif global de dépense. Les excédents qui ont été identifiés sont donc compris dans ces 17,1 milliards d'euros.

Il est vrai que ces excédents ont majoritairement pour origine l'ONDAM médico-social, mais ils ont aussi, pour partie, il faut le dire, les recettes propres de la CNSA. J'espère que c'est la dernière fois que je suis amené à donner ces explications.

Ainsi, 20 % des recettes de la CSA sont destinées au financement de l'APA et 26 % au financement de la PCH, soit un total de 46 %. Plus de la moitié des recettes de la CSA n'est donc destinée ni au financement de l'APA, ni à celui de la PCH. Il en va autrement, je le reconnais, de la CSG, dont 95 % de la part recueillie par la CNSA contribue au financement de l'APA.

Notre amendement est donc pleinement justifié. Certes, il s'agit plus d'un amendement d'appel, car je tenais à attirer de nouveau l'attention du Gouvernement sur la situation financière catastrophique des départements au regard de la contribution qu'ils doivent apporter au financement de l'APA et de la PCH.

Cela étant, je suis tout à fait disposé à voter l'amendement n° 575 rectifié de la commission, qui permettra de sanctuariser, au sein du budget de la CNSA, les plans d'aide à

l'investissement des établissements sociaux et médico-sociaux. Cette ligne budgétaire devrait permettre d'éviter à l'avenir les situations excédentaires que nous connaissons actuellement.

À cet égard, je tiens à redire notre total désaccord sur le retour des 100 millions d'euros d'excédents à l'assurance maladie. Nous sommes également contre la mise en réserve de 100 millions d'euros de crédits médico-sociaux. Je rappelle que le fonctionnement financier est différent dans le secteur médico-social et dans celui de la santé.

Autant l'ONDAM santé peut être dépassé, autant l'ONDAM médico-social ne peut pas l'être, car les dépenses médico-sociales sont obligatoirement contenues à l'intérieur de l'enveloppe qui a été votée en début d'année. La mise en réserve de 100 millions d'euros de crédits médico-sociaux en début d'exercice n'a pas de sens, alors qu'elle pourrait être éventuellement compréhensible pour les crédits de la santé.

Mme Raymonde Le Texier et M. Jacky Le Menn. Très bien !

Mme la présidente. La parole est à Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur.

Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur. Je souscris en partie aux propos de notre collègue Yves Daudigny.

Madame la secrétaire d'État, vous nous avez dit que 40 millions à 45 millions d'euros seront dévolus à l'investissement. Certes, je salue l'effort consenti par le Gouvernement, mais ce n'est pas suffisant au regard de tous les travaux à réaliser dans les établissements sociaux et médico-sociaux pour améliorer le bien-être des personnes âgées.

Je ne reprendrai pas tous les arguments que j'ai développés tout à l'heure, mais j'insiste sur le fait que l'absence d'investissements pénalise tous ces établissements et a des conséquences pour les résidents.

Je maintiens donc l'amendement n° 575 rectifié, qui vise à prévoir une ligne budgétaire pérenne pour les investissements du secteur médico-social. C'est une réponse aux établissements, et surtout à nos aînés.

M. Jacky Le Menn. Très bien !

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

M. Guy Fischer. Nous approuvons les propos de Mme le rapporteur. Nous sommes tous, j'en suis certain, préoccupés par le vieillissement de la population. Or il est aujourd'hui particulièrement difficile de mettre sur pied le financement d'un EHPAD.

Je tiens à attirer votre attention, madame la secrétaire d'État, sur les besoins à satisfaire en la matière sur tout le territoire, notamment dans les grands quartiers populaires, tels que les Minguettes, par exemple, où la demande est très importante. Mais nous aborderons ce point lors de l'examen du fameux projet de loi sur la dépendance qui nous sera soumis au cours du premier semestre de l'année 2011.

Cette question constitue l'une des préoccupations majeures de toutes les familles françaises. En effet, nous connaissons tous, plus ou moins, des personnes âgées dépendantes et savons combien il est difficile de leur trouver une place dans un établissement pour accompagner leur fin de vie.

Outre les efforts à réaliser en matière d'investissements pour satisfaire les besoins importants qui se font jour, la question du financement et du reste à charge constitue également un souci majeur.

Mme la présidente. La parole est à Mme Annie Jarraud-Vergnolle, pour explication de vote.

Mme Annie Jarraud-Vergnolle. Permettez-moi de citer le rapport de la CNSA que j'ai reçu il y a deux jours et qui, dans son chapitre 8, fait le point sur l'aide à l'investissement dans le secteur social et médico-social.

Selon ce rapport, la loi de financement de la sécurité sociale de 2008 pérennise la mission de la CNSA en matière d'aide au financement des opérations d'investissement, de modernisation ou de création dans le secteur médico-social.

Depuis 2006, 1,3 milliard d'euros a été utilisé dans le cadre des plans d'aide à l'investissement pour les personnes âgées et les personnes handicapées. Sur la période 2006-2009, 1 649 dossiers ont été traités, dont 605 pour les personnes handicapées et 1 044 pour les personnes âgées.

Au 30 juin 2010, ce sont 1 123 établissements qui ont engagé des travaux, ce qui correspond à une consommation des crédits de 466 millions d'euros. Le financement de la CNSA a permis d'engager des travaux à hauteur de 8,253 milliards d'euros, soit un effet levier de 6,27. Ainsi que l'ont souligné mes collègues, pour un euro d'aide versé par la CNSA, ce sont 6,27 euros de travaux qui ont pu être engagés.

Dans sa conclusion, le rapport souligne que 1,4 million de personnes âgées seront en perte d'autonomie en 2040. Il me semble donc important de poursuivre cette aide à l'investissement. C'est pourquoi nous soutiendrons l'amendement de Mme le rapporteur.

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Je voudrais apporter quelques éléments rectificatifs, car il y a eu, à mon sens, beaucoup d'amalgames.

Monsieur Daudigny, les excédents observés au sein de la CNSA reposent sur la section I, c'est-à-dire sur l'OGD. Vous l'avez dit, l'OGD est composé de 15 milliards d'euros au titre de l'ONDAM médico-social et 1 milliard d'euros au titre de la CNSA. Or 1 milliard d'euros sur 15 milliards, cela correspond à un peu plus de 10 % ! Ce n'est donc, je tiens à le souligner, que 10 % de l'OGD au maximum qui est restitué à l'assurance maladie.

Nous sommes tous d'accord pour dire qu'il est nécessaire d'apporter une aide à l'investissement pour réduire le reste à charge pour les résidents, et c'est vraiment à eux que nous pensons lorsque nous parlons de ces plans d'aide. Mais nous avons confié cette mission à la CNSA dès 2008.

J'ai indiqué qu'en l'état actuel des choses nous étions en mesure de nous engager sur 40 millions d'euros, ajoutant qu'une enveloppe supplémentaire serait disponible d'ici à la fin de l'année. Certaines estimations nous laissent à penser que l'excédent oscillera, à la fin de l'année 2010, entre 50 millions et 150 millions d'euros. Ce sont donc environ 90 millions d'euros qui pourraient être consacrés en plus au titre de l'aide à l'investissement des établissements sociaux et médico-sociaux.

Telles sont les informations complémentaires que je souhaitais vous apporter avant que vous ne votiez ces amendements.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 575 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. En conséquence, l'amendement n° 175 rectifié *bis* n'a plus d'objet.

Je mets aux voix l'article 43 *bis*, modifié.

(L'article 43 bis est adopté.)

Article 43 ter (nouveau)

La dernière phrase du troisième alinéa du I de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles est complétée par les mots : « , sur la base d'un rapport public remis chaque année par le Gouvernement au Parlement au plus tard le 1^{er} octobre ».

Mme la présidente. L'amendement n° 411 rectifié *bis*, présenté par MM. About et A. Giraud, Mme Payet, M. Vanlerberghe et les membres du groupe Union centriste, est ainsi libellé :

I. - Au début de cet article, insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Au début de la seconde phrase du troisième alinéa du I de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « peut être » sont remplacés par le mot : « est » ;

II. - Compléter cet article par six alinéas ainsi rédigés :

...° Après le troisième alinéa du même I, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les annexes mentionnées au 7° du III de l'article LO. 111-4 du code de la sécurité sociale mentionnent l'impact de ces modifications des règles de tarification ou de ces changements de régime sur l'objectif fixé en application du présent article » ;

...° Le dernier alinéa du même I est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Cet arrêté précise, au sein du montant total annuel des dépenses, la part de celles résultant des modifications des règles de tarification ou des changements de régime mentionnés au troisième alinéa. » ;

...° Le II du même article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie fixant le montant des dotations régionales limitatives précise, pour chacune des régions, la part de la dotation correspondant à la mise en œuvre des modifications des règles de tarification ou des changements de régime mentionnés au troisième alinéa du I. »

La parole est à M. Jean Boyer.

M. Jean Boyer. L'objet de cet amendement est de mettre en œuvre la fongibilité entre le secteur soins de ville et le secteur médico-social pour que les transferts soient à enveloppe constante et n'engendrent aucun surcoût pour l'assurance maladie.

Dans un rapport publié en février 2010, une enquête conjointe de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des finances a mis en évidence plusieurs

facteurs contribuant à une sous-consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépense des établissements et services médico-sociaux.

Les dépenses des établissements et services concernés peuvent connaître des variations résultant notamment des modifications des règles de tarification ou d'un changement de régime, telle que la transformation d'établissements hospitaliers en établissements sociaux et médico-sociaux, par exemple.

L'Assemblée nationale, comme vous le savez, chers collègues, a adopté un amendement prévoyant la remise aux parlementaires d'un rapport annuel sur la mise en œuvre de cette fongibilité, rapport qui ne fera que constater *a posteriori* lesdits transferts.

Or, comme nous le savons aussi, la loi « hôpital, patients, santé et territoires » a poursuivi un objectif de décloisonnement des secteurs soins de ville, sanitaires et médico-sociaux, en créant, d'une part, les agences régionales de santé et, d'autre part, un mécanisme de fongibilité asymétrique.

Force est de constater que cet objectif est actuellement dans une impasse, les sous-objectifs de l'ONDAM continuant à être votés par secteur et empêchant donc, en pratique, tout transfert d'enveloppe pour accompagner les transferts de charges.

Faute de transfert d'enveloppe identifié du secteur soins de ville vers le secteur médico-social – transfert à enveloppe constante ne générant aucun surcoût pour l'assurance maladie –, ce dispositif, chers collègues, est pour le moment bloqué.

C'est pourquoi, madame la secrétaire d'État, le présent amendement vise à aller plus loin que la simple remise d'un rapport annuel au Parlement et à permettre la mise en œuvre effective de l'un des principaux objectifs de la loi HPST.

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

Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur. Cet amendement porte sur les opérations de fongibilité au sein de l'ONDAM. Il vise notamment à prévoir que ces opérations soient retracées dans les annexes au PLFSS.

En fait, il est largement satisfait par l'article 43 *ter* du projet de loi prévoyant que la correction de l'objectif global de dépense, l'OGD, est effectuée sur la base d'un rapport remis au Parlement. C'est la raison pour laquelle la commission en demande le retrait.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Même avis.

Mme la présidente. Monsieur Boyer, l'amendement n° 411 rectifié *bis* est-il maintenu ?

M. Jean Boyer. Ce n'est pas conforme à mon habitude mais, compte tenu des éléments qui m'ont été fournis, je retire cet amendement.

Mme la présidente. L'amendement n° 411 rectifié *bis* est retiré.

Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 187 rectifié *bis* est présenté par M. Gouteyron.

L'amendement n° 501 rectifié *ter* est présenté par MM. Milon, P. Blanc, Laménie, J. Blanc et Revet et Mme Sittler.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Compléter cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

...° Le second alinéa du II de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ces règles tiennent compte de coefficients correcteurs, s'appliquant aux tarifs plafonds, adaptés aux écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale et fiscale. »

L'amendement n° 187 rectifié *bis* n'est pas soutenu.

La parole est à M. Marc Laménie, pour défendre l'amendement n° 501 rectifié *ter*.

M. Marc Laménie. Cet amendement vise à intégrer dans la conduite de la convergence tarifaire des établissements sociaux et médico-sociaux les écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes dans la détermination des charges salariales et de fiscalité.

Il existe en effet des écarts très importants entre les établissements publics hospitaliers ou autonomes, les établissements gérés par les centres communaux d'action sociale et les établissements privés non lucratifs et privés lucratifs qui sont assujettis à l'ensemble des charges sociales les plus lourdes.

L'objectif du présent amendement est d'éviter que les établissements privés concernés par la convergence tarifaire ne subissent une « double peine ».

Cette disposition est également importante dans le contexte de préparation d'une réforme de la tarification des services de soins infirmiers d'aide à domicile, qui entend ajuster les allocations de ressources avec les services rendus, décrits de manière statistique.

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

Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur. Comme vous l'avez précisé, mon cher collègue, cet amendement vise à prévoir des coefficients correcteurs aux tarifs plafonds des EHPAD, et ce pour tenir compte des écarts de charges fiscales et sociales entre catégories d'établissements.

La commission demande le retrait de cet amendement puisqu'un rapport sur ce sujet est prévu à l'article 43 *septies*. Il permettra d'avoir des données claires sur cette question.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Même avis.

Mme la présidente. Monsieur Laménie, l'amendement n° 501 rectifié *ter* est-il maintenu ?

M. Marc Laménie. Je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 501 rectifié *ter* est retiré.

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

Les deux premiers sont identiques.

L'amendement n° 299 rectifié *ter* est présenté par Mmes Hermange, Kammermann, Procaccia et Rozier et MM. Laménie, Milon et Lardeux.

L'amendement n° 502 rectifié *ter* est présenté par MM. Milon, P. Blanc, Laménie et J. Blanc, Mme Sittler et M. Revet.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Compléter cet article par deux alinéas ainsi rédigé :

...° Le second alinéa du II de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ces règles tiennent compte de coefficients correcteurs géographiques, s'appliquant aux tarifs plafonds, adaptés aux écarts de charges financières qui doivent être assumées par les établissements implantés dans certaines zones afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines charges immobilières et de prestations dans la zone considérée. »

La parole est à M. Marc Laménie, pour présenter ces deux amendements.

M. Marc Laménie. Ces amendements visent à intégrer dans la conduite de la convergence tarifaire des établissements sociaux et médico-sociaux les écarts de coûts résultant de sujétions financières spécifiques et objectives, liées à la géographie.

La géographie s'exprime notamment par des différences incontestables relatives au coût du foncier, mais en réalité cette charge spécifique s'exprime aussi dans un surcoût concernant les rémunérations servies.

Mme la présidente. Les deux amendements suivants sont également identiques.

L'amendement n° 346 rectifié *ter* est présenté par M. Le Menn, Mme Jarraud-Vergnolle, M. Daudigny, Mme Le Texier, MM. Cazeau et Desessard, Mmes Demontés, Campion, Alquier, Printz et Schillinger, MM. Kerdraon, Godefroy, Jeannerot, S. Larcher et Gillot, Mmes San Vicente-Baudrin et Ghali et M. Teulade.

L'amendement n° 392 rectifié *bis* est présenté par MM. About et A. Giraud, Mme Payet, M. Vanlerenberghe et les membres du groupe Union centriste.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Compléter cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

...° Le second alinéa du II de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ces règles tiennent compte de coefficients correcteurs géographiques, s'appliquant aux tarifs plafonds, adaptés aux écarts de charges financières qui doivent être assumées par les établissements implantés dans certaines zones afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de leurs charges immobilières et prestations dans la zone considérée. »

La parole est à M. Jacky Le Menn, pour présenter l'amendement n° 346 rectifié *ter*.

M. Jacky Le Menn. Cet amendement est de la même veine que celui qu'a défendu notre collègue Marc Laménie. Il vise à intégrer explicitement dans la conduite de la convergence tarifaire des établissements sociaux et médico-sociaux les écarts de coûts résultant de sujétions financières spécifiques et objectives tenant à la géographie, c'est-à-dire à la localisation des établissements.

Cette démarche a été logiquement mise en œuvre dans le secteur du court séjour hospitalier, avec la mise en place de la tarification à l'activité, et la rédaction de l'amendement s'y réfère ; je vous renvoie au 3° de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale.

Dans la mise en œuvre préparatoire de la tarification à l'activité des soins de suite et de réadaptation, avec des modulations budgétaires, le ministère de la santé tient d'ores et déjà compte de pourcentages d'écart établis pour le court séjour ; je vous renvoie au *Journal officiel* du 28 février 2010.

À titre d'exemple, je précise que le pourcentage correcteur est de 5 % pour la Corse, 7% pour les départements d'Île-de-France, 25 % pour les départements d'outre-mer, à l'exception de la Réunion, où il est porté à 30 %. La géographie, mon collègue Marc Laménie l'a dit explicitement, s'exprime notamment par des différences incontestables relatives au coût du foncier, mais en réalité cette charge spécifique s'exprime aussi, quoique indirectement, dans un surcoût concernant les rémunérations servies – le personnel ayant aussi pour sa part à affronter des coûts de logement plus élevés –, les prestations de service et les achats.

Les tarifs plafonds appliqués aux maisons de retraite sont identiques entre les établissements publics et privés alors que les écarts sont très importants entre les loyers de Paris, la région parisienne et les zones ultra-périphériques. L'objectif du présent amendement est donc d'éviter que les établissements publics et privés concernés par la convergence tarifaire subissent une « double peine » : des tarifs plafonds uniques impliquant d'ores et déjà un ajustement difficile pour ceux qui sont concernés, avec des obligations d'économies ou de non-remplacement d'effectifs ; un niveau supérieur de coûts liés à leur lieu d'implantation, c'est-à-dire à la géographie.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean Boyer, pour présenter l'amendement n° 392 rectifié *bis*.

M. Jean Boyer. L'objet de cet amendement est d'intégrer explicitement dans la conduite de la convergence tarifaire des établissements sociaux et médico-sociaux les écarts de coûts résultant de sujétions financières spécifiques et objectives tenant à la géographie, particulièrement dans les zones difficiles.

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

Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur. Chacun l'aura compris, ces amendements tendent à instituer des coefficients correcteurs géographiques s'appliquant aux tarifs plafonds des établissements sociaux et médico-sociaux.

Les tarifs plafonds prennent en compte les besoins en soins des établissements. Ils sont conçus pour que les résidents soient traités de la même manière sur l'ensemble du territoire. Tout le monde peut être d'accord sur ce point.

Toutefois, la question des écarts de coûts entre régions est un sujet important. Ces écarts sont pris en compte dans le secteur sanitaire. Il ne serait pas totalement anormal qu'ils le soient également dans le secteur médico-social, afin qu'il n'y ait pas de différence entre les deux secteurs.

C'est la raison pour laquelle la commission émet un avis de sagesse sur ces quatre amendements.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Je voudrais insister sur le fait que la convergence tarifaire dans le secteur médico-social ne concerne que les forfaits soins dans les EHPAD, et ces forfaits couvrent essentiellement les charges de personnels.

Il est vrai que, d'une région à une autre, d'une zone géographique à une autre, ces prestations de soins sont identiquement payées. Les différences que vous mettez en évidence sont inhérentes à l'hébergement.

Dans le secteur médico-social, l'hébergement ne relève pas de la compétence de l'État, contrairement au champ sanitaire dans le cadre duquel un ticket modérateur est payé, l'hébergement étant compris dans le budget hospitalier.

Par conséquent, le Gouvernement émet un avis défavorable sur ces quatre amendements.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n° 299 rectifié *ter* et 502 rectifié *ter*.

(Les amendements sont adoptés.)

Mme la présidente. En conséquence, les amendements n° 346 rectifié *ter* et 392 rectifié *bis* n'ont plus d'objet.

Je mets aux voix l'article 43 *ter*, modifié.

(L'article 43 ter est adopté.)

Articles additionnels après l'article 43 *ter*

Mme la présidente. L'amendement n° 269 rectifié, présenté par Mme Pasquet, M. Fischer, Mme David, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Après l'article 43 *ter*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au plus tard six mois après la promulgation de cette loi, un rapport examinant les différentes possibilités pour appliquer un juste partage de financement entre l'État et les départements pour les dépenses qui résultent de la médicalisation continue des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. Avec cet amendement, nous abordons un sujet qui a des conséquences importantes d'un point de vue financier, celui de la médicalisation des établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes dépendantes.

Cette question ayant été préalablement abordée avec notre amendement tendant à proposer une plus grande prise en charge par l'assurance maladie des foyers d'accueil médicalisés, nous n'entendons pas rouvrir ce débat.

Toutefois, le rejet de cet amendement important, qui aurait permis de soulager les départements d'une dépense supplémentaire croissante et qu'il n'est pas légitime qu'ils continuent à supporter, nous invite à présenter ce nouvel amendement. Son objectif est de ménager à l'avenir un juste partage entre l'État et les départements du financement des dépenses résultant de la médicalisation continue des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

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

Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur. Monsieur Autain, par cet amendement, vous sollicitez un rapport sur la répartition entre l'État et les départements du financement de la médicalisation des EHPAD.

Il n'est peut-être pas encore nécessaire à ce stade de multiplier les rapports. Comme je l'ai dit plusieurs fois, la future loi sur le cinquième risque, la loi sur la dépendance, devrait venir en discussion en 2011. Je pense que ce sera alors le moment d'examiner de manière approfondie et complète le financement de la prise en charge de la dépendance.

C'est la raison pour laquelle la commission demande le retrait de cet amendement.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Même avis que la commission, madame la présidente.

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

M. François Autain. Je souhaite simplement répondre à Mme la rapporteur.

Effectivement, je crois savoir qu'une ou un ministre a été nommé spécialement pour régler ce problème du cinquième risque. Je suis donc particulièrement optimiste et je retire cet amendement.

Mme la présidente. L'amendement n° 269 rectifié est retiré.

L'amendement n° 272 rectifié, présenté par Mme Pasquet, M. Fischer, Mme David, M. Autain, Mme Hoarou et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Après l'article 43 *ter*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard six mois après la promulgation de cette loi, un rapport évaluant la faisabilité financière et les conséquences pour les personnes en situation de handicap, d'une mesure permettant aux foyers d'accueil médicalisés de bénéficier des dispositions prévues par l'article 86 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

La parole est à Mme Odette Terrade.

Mme Odette Terrade. Alors que notre assemblée examinait en 2006 le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, notre groupe avait accueilli avec satisfaction l'article 44, devenu finalement l'article 86.

Effectivement, pour faciliter les investissements immobiliers des établissements accueillant des personnes âgées, il est prévu que l'assurance maladie prenne en charge les intérêts d'emprunts contractés par lesdits établissements, afin d'éviter que cette politique de développement ne se traduise, au final, par une hausse importante du reste à charge.

À l'époque, nous avons regretté et nous regrettons toujours que cette possibilité ne soit pas limitée aux seuls établissements habilités à l'aide sociale, pour lesquels le tarif d'hébergement est fixé par les conseils généraux. Cette question est importante ; aussi ne manquerons-nous pas d'y revenir lors du débat que nous serons amenés à avoir sur la prise en charge de la dépendance. Avec cet amendement, nous souhaitons que soit évaluée financièrement l'extension de l'application de cet article 86 aux foyers d'accueils médicalisés accueillant des personnes handicapées, afin d'éviter que les départements ou les résidents ne subissent les conséquences financières de cette politique vertueuse.

Vous aurez compris qu'il s'agit là d'une question importante pour notre groupe.

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

Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur. Un rapport sur la question de la prise en charge par l'assurance maladie des intérêts d'emprunts contractés par les foyers d'accueil médicalisés dans le cadre de leur investissement ne nous paraît pas opportun.

Toutefois, la question est très importante. Il n'y a aucune raison, en effet, de ne pas permettre l'utilisation de ce dispositif pour les établissements accueillant des personnes handicapées alors que, comme chacun le sait, un tel dispositif est utilisé pour les établissements qui accueillent des personnes âgées.

Je souhaite entendre les explications à Mme la secrétaire d'État sur point.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Le Gouvernement n'est pas favorable à cet amendement.

La mesure que vous proposez a été instituée pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes afin de diminuer le reste à charge des usagers. Les intérêts d'emprunts viennent renchérir le coût à la place, et donc le montant facturé aux usagers. La situation dans les établissements pour personnes handicapées est très différente. Il n'y a pas, à proprement parler, de reste à charge pour les usagers, puisque ceux-ci sont obligatoirement habilités 100 % à l'aide sociale.

Certes, les intérêts d'emprunts viennent renchérir le coût à la place, mais cela n'a pas de conséquence sur le reste à charge des usagers. Dans le champ du handicap, la mesure dont il est demandé au Gouvernement d'étudier la faisabilité n'a donc pas du tout le même intérêt. Par ailleurs, il convient de préciser qu'il existe depuis 2007 un mécanisme de plan d'aide à l'investissement financé par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Les subventions d'investissement ainsi attribuées permettent déjà de diminuer le recours à l'emprunt et, ce faisant, le poids des intérêts financiers pour les établissements.

Enfin, il faut souligner que le forfait annuel global de soins financé par l'assurance maladie dans les foyers d'accueils médicalisés a vocation, comme son nom l'indique, à financer exclusivement les dépenses de soins, c'est-à-dire principalement la couverture de charge de personnel médical et paramédical, et non des dépenses d'hébergement.

Pour ces raisons, le Gouvernement estime que le rapport souhaité n'est pas nécessaire. Il n'est d'ailleurs demandé par les auteurs de l'amendement que pour contourner l'obstacle de l'article 40 de la constitution. (*Protestations sur les travées du groupe CRC-SPG.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 272 rectifié.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 503 rectifié *bis*, présenté par MM. Milon, P. Blanc, Laménie, J. Blanc et Revet et Mme Sittler, est ainsi libellé :

Après l'article 43 *ter*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Un rapport est établi par l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale des finances et remis au Parlement dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi, sur les écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale et fiscale entre les différentes catégories d'établissements et services sociaux et médicosociaux concernés par la mise en œuvre de tarifs plafonds ou de mécanismes de convergence tarifaire.

La parole est à M. Marc Laménie.

M. Marc Laménie. Cet amendement est satisfait. Je le retire, ainsi que l'amendement n° 516 rectifié *bis*.

Mme la présidente. L'amendement n° 503 rectifié *bis* est retiré.

Article 43 quater (nouveau)

- ① I. – L'article L. 314-8 du même code est ainsi modifié :
- ② 1° À la première phrase du huitième alinéa, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « quatre » ;
- ③ 2° À la première phrase du neuvième alinéa, l'année : « 2010 » est remplacée par l'année : « 2012 » ;
- ④ 3° À la première phrase de l'avant-dernier alinéa, l'année : « 2011 » est remplacée par l'année : « 2013 » ;
- ⑤ 4° Le septième alinéa est supprimé à compter du 1^{er} janvier 2013.
- ⑥ II. – Le IV de l'article 64 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 est abrogé.

Mme la présidente. L'amendement n° 516 rectifié *bis*, présenté par MM. Milon, P. Blanc, Laménie, J. Blanc et Revet, est ainsi libellé :

I. - Alinéa 2

Remplacer le mot :

quatre

par le mot :

cinq

II. - Après l'alinéa 2

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° La première phrase du huitième alinéa est complétée par les mots : « ou d'un groupement de coopération sociale et médicosociale et qui sont volontaires pour y participer » ;

III. - Alinéa 3

Remplacer l'année :

2012

par l'année :

2013

IV. - Alinéa 4 :

Remplacer l'année :

2013

par l'année :

2015

et compléter cet alinéa par les mots :

et la référence : « au I » est remplacée par la référence : « au 6° du I »

V. - Après l'alinéa 4

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° À la seconde phrase du dixième alinéa, après le mot : « sanitaire », sont insérés les mots : « ou d'un groupement de coopération sociale et médicosociale ».

Cet amendement a été précédemment retiré par son auteur.

L'amendement n° 414, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Pasquet, Hoarau et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Alinéa 5

Supprimer cet alinéa.

La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. Cet article tend à prolonger l'expérimentation de la réintégration du coût des médicaments dans le forfait soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Les difficultés rencontrées sont nombreuses, au point que l'IGAS n'a pas terminé le travail qui lui avait été confié. Nous sommes donc d'accord pour le prolonger. Toutefois, le fait de prévoir d'ores et déjà la fin de cette expérimentation, alors que l'on n'en connaît pas encore le résultat nous surprend. C'est la raison pour laquelle nous proposons, avec cet amendement, de supprimer la date butoir de l'expérimentation menée dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Selon nous, il est bien entendu que ce sont les résultats de l'étude qui permettront peut-être de considérer qu'il n'y a pas lieu de poursuivre dans cette voie. C'est pourquoi nous préférons qu'il n'y ait pas d'échéance et que seuls les résultats de l'expérimentation, une fois achevée, nous conduisent à supprimer cet alinéa de l'article L. 314-8, comme il est proposé de le faire dès maintenant dans l'article 43 quater à compter du 1^{er} janvier 2013.

C'est assez complexe, mais je pourrais m'expliquer à nouveau tout à l'heure !

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

Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur. Mon cher collègue, j'ai un peu de mal à comprendre votre amendement, mais peut-être est-ce dû à l'heure...

M. François Autain. Cela ne m'étonne pas ! Je n'étais peut-être pas clair...

Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur. Ce n'est pas ce que j'ai voulu dire ; vous vous êtes bien exprimé.

L'objet de cet amendement est d'empêcher toute possibilité de généralisation de l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans le forfait soins des établissements médico-sociaux sans une intervention préalable du département.

Toutefois, pardonnez-moi de vous le dire, la façon dont l'amendement est rédigé conduit à la généralisation de l'expérimentation dès le 1^{er} janvier 2011. Or je pense que tel n'est pas votre souhait, mon cher collègue.

Par conséquent, je vous demande de retirer votre amendement.

M. François Autain. Voulez-vous que je fasse une seconde tentative ? Il y a peut-être un espoir ! (*Sourires.*)

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

M. Yves Daudigny. J'espère que vous avez compris, madame la secrétaire d'État !

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. J'ai compris, monsieur le sénateur !

M. Yves Daudigny. C'est pour cela que vous êtes au Gouvernement ! (*Nouveaux sourires.*)

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Les résultats de l'expérimentation de l'intégration dans le forfait soins des médicaments étaient un point d'étape, mais ils ne sont pas suffisamment concluants.

M. François Autain. On est d'accord !

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Il est donc nécessaire de prolonger cette expérimentation.

Par conséquent, le fait de reporter jusqu'au 1^{er} janvier 2013 ce projet d'intégration des médicaments dans le forfait soins est tout à fait pertinent.

M. François Autain. Oui !

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Je pense que votre proposition vise à maintenir le dispositif actuel de prise en charge de ces dispositifs sur le risque sans prévision d'une date à laquelle une décision sera prise sur le financement de ces dépenses.

M. François Autain. Absolument !

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Or je pense qu'il est nécessaire que la date du 1^{er} janvier 2013 soit maintenue telle qu'elle a été votée par l'Assemblée nationale afin de prolonger cette expérimentation, et surtout de l'évaluer afin de prendre les décisions appropriées pour le 1^{er} janvier 2013.

Compte tenu de ces éléments, monsieur le sénateur, je vous demande de retirer votre amendement. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

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

M. François Autain. Je sais qu'il est tard, mais je vais faire une dernière tentative.

Nous sommes tout à fait d'accord pour repousser la date d'échéance de l'expérimentation. Ce n'est pas sur ce point que porte mon amendement.

Cet amendement a uniquement pour objet de supprimer de l'article 43 *quater* le cinquième alinéa, qui vise à supprimer de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles le septième alinéa, lequel prévoit le maintien des médicaments en dehors des prestations de soins. Nous voulons, au contraire, conserver cette possibilité tant que nous ne connaissons pas les résultats effectifs de l'expérimentation. Si, en 2013, ils sont probants, alors nous serons favorables à la suppression de l'alinéa 7. Mais ne le prévoyons pas dès maintenant.

Vous, vous anticipez en quelque sorte le résultat de l'expérimentation en supprimant dès maintenant la possibilité pour les établissements d'exclure de leur forfait les médicaments.

Avec la disposition que je propose, cette éventualité reste ouverte. Si l'expérimentation n'était pas concluante, les établissements auraient toujours la possibilité de continuer à utiliser l'ancien système, ce qui ne serait pas possible dans votre hypothèse. Avez-vous compris ?

Mme Muguet Dini, présidente de la commission des affaires sociales. Oui !

Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur. Moi aussi !

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. D'ici à 2013, nous disposerons de résultats extrapolables qui nous permettront de proposer une généralisation.

Ces deux ans de plus nous donnent largement le loisir d'obtenir des résultats probants !

M. François Autain. C'est vous qui le dites, mais on avait déjà deux ans, et cela n'a pas marché !

Mme la présidente. La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

M. Yves Daudigny. Pour la bonne compréhension, il faut relire simplement le texte du projet de loi. L'alinéa 5 est ainsi rédigé :

« 4° Le septième alinéa est supprimé à compter du 1^{er} janvier 2013. »

Après l'explication parfaitement claire de Mme la secrétaire d'État, j'en arrive à la conclusion opposée : je soutiendrai donc l'amendement déposé par notre collègue.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 414.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 409, présenté par MM. About et A. Giraud, Mme Payet, M. Vanlerenberghe et les membres du groupe Union centriste, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 5

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° La dernière phrase du quatrième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigée :

« Un rapport remis au Parlement avant le 15 octobre 2012 évalue le fonctionnement de ces établissements et services et les modifications de périmètre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionnées au 7° du III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale pouvant résulter de l'intégration des dépenses de médicaments au sein des prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2. »

La parole est à M. Jean Boyer.

M. Jean Boyer. L'objet de cet amendement est d'intégrer l'analyse des modifications du périmètre de l'ONDAM pouvant résulter de l'intégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD dans le rapport que le Gouvernement devra remettre au Parlement, sur cette expérimentation, avant le 1^{er} octobre 2012.

L'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, modifié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, prévoit la généralisation de la réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD au 1^{er} janvier 2011, à l'issue d'une expérimentation maximale de deux ans.

Les résultats de cette expérimentation ont montré la nécessité de reporter de deux ans la réintégration et de prolonger d'autant ladite expérimentation, disposition adoptée en première lecture par l'Assemblée nationale. L'une des difficultés majeures, pointée dans le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, l'IGAS, est l'impossibilité pour l'assurance maladie de calibrer l'enveloppe macroéconomique nécessaire à une généralisation de cette mesure. Il a donc été décidé qu'un second rapport serait remis au Parlement le 1^{er} octobre 2012 afin d'éclairer les parlementaires sur le déroulement de l'expérimentation et les éventuelles adaptations législatives et réglementaires qui apparaîtraient nécessaires.

Le présent amendement tend à ce que ce rapport intègre cette dimension macroéconomique des transferts budgétaires nécessaires vers l'ONDAM médicosocial afin de s'assurer des conditions économiques de cette réintégration dans les budgets des établissements. Il est en effet convenu que, faute de transferts suffisants de crédits vers l'enveloppe médicosociale, les établissements risqueraient d'être amenés à sélectionner les résidents au regard de leur coût de prise en charge médicamenteuse ou à avoir davantage recours à l'hospitalisations, faute de moyens. Je considère que ce serait une grave dérive.

Précisons qu'il ne s'agirait en l'occurrence que d'amener la représentation nationale à se prononcer sur la généralisation de cette mesure en étant mieux éclairée, notamment sur ses conséquences financières.

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

Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur. Mon cher collègue, j'ai écouté avec attention votre argumentaire. Si j'ai bien compris, cet amendement vise à prévoir que le rapport sur l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans le forfait soins précise les modifications du périmètre de l'ONDAM qui pourraient résulter de la réintégration.

D'une part, une telle précision n'est pas indispensable. D'autre part, l'amendement ne modifie pas le bon alinéa de l'article concerné et change la date de remise du rapport.

C'est la raison pour laquelle je ne peux l'accepter en l'état et vous demande de bien vouloir le retirer, mon cher collègue.

Mme la présidente. Monsieur Boyer, l'amendement n° 409 est-il maintenu ?

M. Jean Boyer. Madame le rapporteur, dans la vie, il y a les réponses du cœur, celles de la raison et celles de la résignation : pour ce qui concerne le retrait de cet amendement, j'en suis au stade de la résignation ! (*Rires et applaudissements.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 409 est retiré.

Je mets aux voix l'article 43 *quater*.

(*L'article 43 quater est adopté.*)

Article 43 *quinquies* (nouveau)

① Les deux derniers alinéas de l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :

② « L'évaluation de la perte d'autonomie des résidents de chaque établissement réalisée à l'aide de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2 est transmise, pour contrôle et validation, à un médecin appartenant à une équipe médico-sociale du département et à un médecin de

l'agence régionale de santé territorialement compétente désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé.

③ « L'évaluation des besoins en soins requis des résidents de chaque établissement réalisée à l'aide du référentiel mentionné au III de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 précitée est transmise, pour contrôle et validation, à un médecin de l'agence régionale de santé territorialement compétente désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé.

④ « Une commission régionale de coordination médicale dont la composition, les missions et les modalités d'organisation et de fonctionnement sont définies par un décret en Conseil d'État, détermine le classement définitif, en cas de désaccord entre les deux médecins mentionnés au quatrième alinéa du présent article et en cas de désaccord entre le médecin coordonnateur de l'établissement et le ou les médecins chargés du contrôle et de la validation du niveau de perte d'autonomie des résidents ou de leurs besoins en soins requis.

⑤ « Lorsqu'un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes conteste la répartition des résidents qu'il accueille selon les niveaux de perte d'autonomie ou des besoins en soins requis arrêtés dans les conditions mentionnées ci-dessus, il peut introduire un recours devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale mentionné à l'article L. 351-1. » – (*Adopté.*)

Mme la présidente. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

8

ORDRE DU JOUR

Mme la présidente. Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, précédemment fixée au mardi 16 novembre 2010 :

À neuf heures trente :

1. Questions orales.

(*Le texte des questions figure en annexe.*)

À quatorze heures trente, le soir et la nuit :

2. Suite du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2011 (n° 84, 2010-2011).

Rapport de M. Alain Vasselle, Mme Sylvie Desmarescaux, MM. André Lardeux, Dominique Leclerc et Gérard Dériot, fait au nom de la commission des affaires sociales (n° 88, 2010-2011) ;

Avis de M. Jean-Jacques Jégou, fait au nom de la commission des finances (n° 90, 2010-2011).

Personne ne demande la parole ?...

La séance est levée.

(*La séance est levée à vingt-trois heures cinquante.*)

Le Directeur adjoint du service du compte rendu intégral,

FRANÇOISE WIART

ABONNEMENTS

NUMÉROS d'édition	TITRES	TARIF abonnement France (*)
		Euros
	DÉBATS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE	
03	Compte rendu 1 an	176,20
33	Questions 1 an	123,70
83	Table compte rendu 1 an	31,80
	DÉBATS DU SÉNAT	
05	Compte rendu 1 an	157,80
35	Questions 1 an	90,50
85	Table compte rendu 1 an	29,50
95	Table questions 1 an	19,70
	DOCUMENTS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE	
07	Série ordinaire 1 an	1166,20
	DOCUMENTS DU SÉNAT	
09	Un an	974,60

En cas de changement d'adresse, joindre une bande d'envoi à votre demande

Paiement à réception de facture

En cas de règlement par virement, indiquer obligatoirement le numéro de facture dans le libellé de votre virement.

Pour expédition par voie aérienne (outre-mer) ou pour l'étranger, paiement d'un supplément modulé selon la zone de destination

(*) Arrêté du 19 novembre 2009 publié au *Journal officiel* du 21 novembre 2009

Direction, rédaction et administration : 26, rue Desaix, 75727 Paris Cedex 15
Standard : **01-40-58-75-00** – Accueil commercial : **01-40-15-70-10** – Télécopie abonnement : **01-40-15-72-75**

Prix du numéro : 2,80 €