

# COMPTE RENDU ANALYTIQUE OFFICIEL

**Samedi 14 novembre 2009**

FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010 (Suite)

## SOMMAIRE

<b>FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010 (Suite).....</b>	<b>1</b>
<b><i>Discussion des articles (Suite)</i></b>	<b>1</b>
Articles additionnels	1
Article 29	8
Articles additionnels	13
<b>ORGANISME EXTRAPARLEMENTAIRE (Candidature).....</b>	<b>17</b>
<b>FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010 (Suite).....</b>	<b>17</b>
<b><i>Discussion des articles (Suite)</i></b>	<b>17</b>
Article 29 (Suite)	17
Article 29 <i>bis</i>	18
Article 29 <i>ter</i>	21
Article 29 <i>quater</i>	22
Article 29 <i>quinquies</i>	22
Article 29 <i>sexies</i>	23
Article additionnel	25
Article 30	25
Articles additionnels	26
Article 30 <i>bis</i>	30
Articles additionnels	30
Article 31	36
Articles additionnels	37
Article 32	42
<b>ORGANISME EXTRAPARLEMENTAIRE (Nomination).....</b>	<b>46</b>
<b>FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010 (Suite).....</b>	<b>46</b>
<b><i>Discussion des articles (Suite)</i></b>	<b>46</b>
Articles additionnels	48
Article 32 <i>bis</i>	53
Article 32 <i>ter</i>	54
Articles additionnels	54
Article 33	55
Articles additionnels	57

## SÉANCE du samedi 14 novembre 2009

25<sup>e</sup> séance de la session ordinaire 2009-2010

PRÉSIDENCE DE M. ROLAND DU LUART,  
VICE-PRÉSIDENT

SECRÉTAIRES :  
MME ANNE-MARIE PAYET, M. BERNARD SAUGEY.

*La séance est ouverte à 9 h 30.*

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

### Financement de la sécurité sociale pour 2010 (Suite)

Discussion des articles (Suite)

**M. le président.** – L'ordre du jour appelle la suite de la discussion des articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.

**M. Guy Fischer.** – Rappel au Règlement ! L'Assemblée nationale a voté hier par 57 voix contre 25 un amendement de M. Copé visant à taxer les indemnités des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

**M. François Autain.** – C'est scandaleux. (Mme Annie David renchérit)

**M. Guy Fischer.** – « Mesure d'équité », clame M. Copé. Le Gouvernement n'est pas en reste, M. Woerth précisant que « c'est une niche fiscale et elle doit être traitée comme telle, il s'agit de revenus de remplacement ». Voilà qui en dit long sur votre conception de l'équité...

Les niches fiscales représentent 75 milliards d'euros et votre mesure, 150 millions. Avant de s'attaquer à ces indemnités, la majorité aurait été bien inspirée de voter hier nos amendements supprimant les niches sociales créées pour les compléments de rémunération des plus riches. En 2006, selon les données fournies par la Cnam, il y a eu 1,4 million d'accidents du travail dont 700 000 avec arrêt maladie et 537 salariés ont perdu la vie -chiffre en hausse de 13 % par rapport à 2005. L'adoption de l'amendement Copé est une provocation, au point que vos alliés centristes s'en sont émus auprès du président de séance, lequel a même pris part au vote contre l'amendement.

Pour votre Gouvernement, le pays est divisé en deux : les plus fortunés, qui sont les plus protégés, et

dont on ne remet pas en cause un avantage sans créer d'abord une commission qui réfléchira longuement ; et les plus pauvres, les plus nombreux, à qui l'on peut tout infliger. Taxation des indemnités et bouclier fiscal : nous sommes scandalisés et notre colère explose. (*Applaudissements sur les bancs CRC*)

**M. le président.** – Dans l'examen des articles, nous en sommes parvenus aux articles additionnels après l'article 28.

#### Articles additionnels

**M. le président.** – Amendement n°238, présenté par Mme Le Texier et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après l'article 28, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le premier alinéa de l'article L. 162-14-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase, la référence : « L. 322-5-1 » est remplacée par la référence : « L. 322-5-2 » ;

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

« Ces accords, conventions ou avenants peuvent, dès lors qu'ils sont signés par l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, comporter des dispositions relatives aux rapports entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels visés par les articles précités. »

**M. Bernard Cazeau.** – Le groupe socialiste s'associe à l'indignation de M. Fischer.

C'est un amendement de précision. La loi de financement pour 2009 a prévu la participation de l'Unocam aux négociations conventionnelles lorsque sont concernés les rapports entre les régimes obligatoires et les professionnels de santé. Et les organismes complémentaires ?

**M. le président.** – Amendement identique n°342, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

**Mme Annie David.** – La disposition insérée dans la loi de financement l'an dernier était positive. Nous l'étendons aux régimes complémentaires.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** – Nos collègues veulent graver dans le marbre les relations entre l'Unocam et les professionnels de santé. L'Unocam est associée aux négociations dans la mesure où les conventions ont des conséquences sur les rapports avec les régimes obligatoires, mais rien n'empêche l'Union de mener des négociations avec les professionnels hors de ce cadre.

Une disposition législative pourrait certes prévoir son association aux négociations aussi lorsque les régimes complémentaires sont concernés. Ce n'est

pas ce que souhaite la commission des affaires sociales : elle préfère laisser la réflexion sur la place des régimes complémentaires se poursuivre, après l'adoption de l'amendement Barbier hier. Il sera temps d'en reparler ultérieurement. Retrait !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.** – Retrait ou rejet.

*Les amendements n°s 238 et 342 ne sont pas adoptés.*

*L'amendement n°188 n'est pas soutenu.*

**M. le président.** – Amendement n°241, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après l'article 28, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, après le mot : « complémentaire », sont insérés les mots : « et aux fédérations hospitalières publiques ou privées représentatives ».

**M. Bernard Cazeau.** – Il est défendu.

**M. le président.** – Amendement identique n°296, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

**M. François Autain.** – Nous avons présenté cet amendement lors de l'examen de la loi HPST mais le rapporteur M. Milon nous avait reproché de ne pas utiliser le bon véhicule législatif.

Avant d'être transmise au ministre, toute mesure conventionnelle qui implique des revalorisations tarifaires est soumise à l'Unocam. La décision pesant forcément sur le pilotage des établissements de santé, la fédération hospitalière devrait être également consultée.

*L'amendement n°406 n'est pas soutenu.*

**M. le président.** – Amendement identique n°452, présenté par MM. Milon, P. Blanc, Laménie et Houpert et Mmes Sittler et Paris.

**M. Alain Milon.** – Nous avons effectivement discuté de cette question, que nous avons renvoyée en loi de financement. Nous y sommes. Mais mon amendement est plus complet, puisque j'associe également les établissements privés.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Nous avons examiné hier des amendements similaires. L'Unocam participe depuis l'an dernier aux négociations conventionnelles ; il ne nous est pas apparu nécessaire d'y intégrer d'autres partenaires. Je suggère aux auteurs de ces amendements de les retirer.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – J'ai dit hier les raisons techniques et juridiques qui s'opposent à ces amendements. Les seuls partenaires

d'une négociation conventionnelle, ce sont ceux qui ont un intérêt à agir. La jurisprudence du conseil d'État est claire. Je réitère mon avis défavorable.

**M. François Autain.** – Les praticiens des cliniques sont représentés dans les négociations...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Parce qu'ils ont un intérêt à agir !

**M. François Autain.** – ...mais non ceux du public. N'ont-ils pas leur mot à dire sur les tarifs supportés par l'hôpital, par exemple sur ceux de l'imagerie médicale ? Je maintiens mon amendement.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Les tarifs d'imagerie sont plutôt à la baisse, monsieur Autain... Si les praticiens libéraux sont représentés, c'est qu'ils ont un intérêt à agir, ce qui n'est pas le cas des médecins salariés de l'hôpital public.

*L'amendement n°241 n'est pas adopté, non plus que les amendements n°s 452 et 296.*

**M. le président.** – Amendement n°142, présenté par M. Cazeau et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après l'article 28, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Afin de bien déterminer l'amélioration du service médical rendu, l'inscription sur la liste est subordonnée à la réalisation d'essais cliniques comparatifs avec des stratégies thérapeutiques pour la ou les mêmes pathologies. »

**M. Bernard Cazeau.** – En 2007, selon la Cnamts, les dépenses de médicaments de moins de trois ans avaient représenté près de 1,4 milliard d'euros et contribué pour 85 % à la croissance totale des dépenses de médicaments. Seul un tiers de cette augmentation tenait à des innovations thérapeutiques importantes, avec une amélioration du service médical rendu de niveaux 1, 2 ou 3, le reste étant imputable pour 45 % à des molécules qui ne présentaient pas ou peu d'améliorations et pour 25 % à des traitements transférés de l'hôpital vers la ville, pour l'essentiel des anticancéreux.

L'appréciation de l'amélioration du service médical rendu détermine le niveau de prix du médicament, mais aussi l'admission au remboursement des médicaments qui, s'ils n'apportent pas une telle amélioration, permettent cependant des économies dans le coût du traitement. Or cette appréciation est le plus souvent fondée sur la comparaison du médicament avec un placebo, et dans moins de la moitié des cas sur des études contre comparateurs ; en 2006, 54 % des médicaments évalués n'apportaient pas d'amélioration du service médical rendu.

Dans un rapport de juin 2008, la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) de l'Assemblée nationale a demandé que l'appréciation de l'amélioration du service médical rendu soit fondée sur des essais cliniques contre comparateurs, lorsque ceux-ci existent. En outre, dans un but de transparence, nous souhaitons que soit établie une liste des médicaments classés par niveau d'amélioration de service médical rendu.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – M. Cazeau et moi-même avons cosigné un rapport...

**M. Guy Fischer.** – Il faudrait nous associer davantage !

**M. François Autain.** – Un rapport sur l'hôpital. C'est la Mecss de l'Assemblée nationale qui a travaillé sur le médicament.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Notre Mecss a aussi fait des propositions sur le sujet, que l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) a d'ailleurs prises en compte ; des essais cliniques comparatifs ont été pratiqués. La difficulté dans cette affaire, c'est le choix du comparateur, qui est aujourd'hui entre les mains du laboratoire. L'Afssaps pourrait utilement donner son avis, voire faire ce choix elle-même. Qu'en pense le Gouvernement ? En l'état actuel des choses, la commission souhaite le retrait, d'autant que la rédaction de l'amendement ne règle pas cette question.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Les essais cliniques contre comparateur sont tout à fait utiles, mais leur généralisation se heurte à plusieurs obstacles. Les procédures sont très longues, couramment plus de dix ans ; le comparateur choisi au départ peut ne plus être pertinent au moment de l'évaluation par la commission de transparence, et d'autres produits ont pu apparaître entre temps. Le comparateur choisi peut en outre être pertinent dans un pays et non pertinent dans un autre. Enfin les comparateurs n'existent pas toujours pour les médicaments très innovants, par exemple les nouveaux anticancéreux ou ceux traitant les maladies orphelines. Les essais sont souhaitables, mais on ne peut les rendre obligatoires au détour d'un amendement.

**M. François Autain.** – Nous voterons cet excellent amendement. Nous déposons cet amendement année après année...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – C'est un marronnier !

**M. François Autain.** – La réponse en est un aussi... Notre mission d'information a préconisé en 2006 la généralisation des essais contre comparateurs. Le très intéressant rapport de la Mecss de l'Assemblée nationale a fait de même fin 2007. Rien n'a bougé depuis. Vos objections, madame la ministre, ne sont pas pertinentes.

Mais vous n'avez pas cité la principale objection : les laboratoires ne souhaitent pas assumer des dépenses que les autorités de santé n'exigent pas ; celles-ci n'ont pas les moyens d'y pourvoir. Le président de la commission de la transparence s'en est expliqué devant notre commission.

Il est extraordinaire que les laboratoires réussissent néanmoins à classer les médicaments !

En fait, 90 % des nouveaux produits n'apportent aucune amélioration thérapeutique.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – N'importe quoi !

**M. François Autain.** – Vous m'avez dit hier qu'ils permettaient à l'assurance maladie de réaliser des économies, mais vous avez repoussé mon amendement qui tendait à obtenir un chiffrage de cette économie, ce qui ne me surprend en rien, puisqu'elle est imaginaire.

Je ne suis d'ailleurs pas étonné que vous refusiez encore une fois un amendement pourtant réclamé par une mission à laquelle ont participé les sénateurs ici présents.

*L'amendement n°142 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°140, présenté par Mme Jarraud-Vergnolle et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après l'article 28, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** – Nous reprenons ici une préconisation formulée par la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (Mecss) de l'Assemblée nationale dans son *Rapport d'information sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments*, adopté le 30 avril 2008.

L'amélioration du service médical rendu (ASMR) détermine le prix du médicament et son admission au remboursement, qui peut intervenir même en l'absence d'ASMR dès lors que le coût du traitement s'en trouve réduit.

Il est donc souhaitable à tous égards d'établir une liste des médicaments classés en fonction de ce critère.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Cette demande est largement satisfaite, puisque les avis de la Haute autorité de santé sont accessibles sur son

site. Certes, il n'y a pas de liste hiérarchisée, mais serait-elle utile ?

**M. François Autain et M. Guy Fischer.** – Bien sûr !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Elle faciliterait sans doute la tâche de celui qui accède à l'information, mais la situation de l'assurance maladie appelle sans doute des mesures plus urgentes.

**M. François Autain.** – Il n'y a pas de petites mesures !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Tous les éléments de transparence sont à la disposition des professionnels de santé, mais l'établissement de cette liste aurait pour effet pervers de pousser à prescrire les premiers produits de la liste...

**M. François Autain.** – Où serait le problème ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – ...alors que la prise en compte des effets indésirables doit souvent conduire à préférer une spécialité moins bien classée.

**M. Gilbert Barbier.** – Il faut aussi prendre en compte le coût !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – La durée de leurs études permet aux praticiens de se repérer dans le service médical rendu !

Comme professionnelle de santé et comme ministre, je suis hostile au classement demandé ! Comment peut-on défendre une idée pareille ?

**M. François Autain.** – Cette liste est indispensable pour prescrire en toute connaissance de cause. Au demeurant, le fait qu'un produit ne rende qu'un faible service médical ne signifie pas qu'il soit bon marché.

Le tableau que nous demandons existe en Allemagne, pays dont les habitants consomment deux fois moins de médicaments que les Français. Ma suggestion contribuerait à réduire la consommation médicale.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Le service médical rendu par le Plavix est supérieur à celui de l'aspirine, qui suffit toutefois dans la plupart des cas.

Pour soutenir pareille demande, le médecin qu'est M. Autain doit être poussé par le dogmatisme plus que par une vision pratique. (*On apprécie à droite*)

*L'amendement n°140 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°239, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après l'article 28, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

**Mme Patricia Schillinger.** – Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a formulé le 29 mai 2008 un avis sur les dispositifs médicaux, marché qui représente 12 % de la consommation de soins et de biens médicaux, soit 12 milliards d'euros, avec un taux de progression soutenu par le vieillissement de la population.

Les fabricants et distributeurs de dispositifs médicaux doivent obligatoirement déclarer auprès de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) les produits et prestations remboursables qu'ils commercialisent, mais les dépenses correspondantes ne font l'objet d'aucun mécanisme de suivi, ce qui participe à l'opacité du marché et nuit à son optimisation.

Nous proposons d'instituer ce suivi sous l'égide du Comité économique des produits de santé (Ceps), à l'instar de ce qui existe pour les médicaments. Effectué en valeur et en volume, le suivi inclurait l'ambulatoire, l'hospitalisation complète et l'équipement.

**M. le président.** – Amendement identique n°343, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

**Mme Annie David.** – Nous proposons que le Ceps soit chargé de suivre périodiquement les dépenses des dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables, à l'instar de ce qui existe pour les médicaments.

Ce marché représente 12 % de la consommation de soins et de biens médicaux, soit 12 milliards d'euros, avec un taux de progression soutenu par le vieillissement de la population. D'où la nécessité d'optimiser la prise en charge.

Les fabricants et distributeurs de dispositifs médicaux doivent obligatoirement déclarer auprès de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) les produits et prestations remboursables qu'ils commercialisent, mais les dépenses correspondantes ne font malheureusement l'objet d'aucun mécanisme de suivi, ce qui participe à l'opacité du marché et nuit à son optimisation.

Cette analyse est confirmée par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, dont l'avis du 29 mai 2008 observait : « la variété et l'hétérogénéité des dispositifs médicaux présents sur le marché français réduisent la volonté de déployer des systèmes de surveillance économique de ce marché ».

Le suivi que nous proposons serait effectué en valeur et en volume ; il porterait sur l'ambulatoire, l'hospitalisation complète et l'équipement.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Nous aurions pu gagner un quart d'heure dans la discussion

de ce projet de loi, puisque l'article L. 165-4 du code de la sécurité sociale satisfait ces deux amendements identiques.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Absolument !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Pourquoi débattre en séance d'amendements qui n'apportent rien ? Je ne fais pas offense à leurs auteurs en demandant le retrait.

Notre Règlement peut encore progresser afin d'étendre l'irrecevabilité de certains amendements. (*On s'indigne sur les bancs CRC-SPG*)

**M. le président.** – C'est le travail en commission qui devrait y pourvoir. En outre, aucun règlement n'interdit de présenter un amendement inutile.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Cette demande est excellente, mais totalement satisfaite. Je souhaite donc le retrait de ces amendements par leurs auteurs qui sont excusés de ne pas avoir lu l'intégralité de ce projet de loi. (*Sourires*)

*Les amendements n°s 239 et 343 sont retirés.*

**M. le président.** – Amendement n°284, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Après l'article 28, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

**M. François Autain.** – Je n'avais pas retiré mon amendement précédent, monsieur le Président ! J'aurais souhaité que vous me laissiez le temps de m'exprimer ! La suggestion de M. le rapporteur général est excellente : lorsqu'il est patent qu'un amendement est satisfait, une procédure devrait permettre de le retirer. Mais je suis très réticent : vous faites une telle utilisation de l'irrecevabilité sociale...

**M. Nicolas About.** – Mais non !

**M. Jean-Pierre Godefroy.** – C'est effectivement nouveau !

**M. François Autain.** – ...pour retirer les amendements qui vous gênent que si on vous accorde cette possibilité, vous iriez sans doute bien au-delà des amendements qui sont satisfaits.

Nous resterons donc très prudents.

**M. le président.** – Je demande à chacun de faire un effort de concision !

**M. Guy Fischer.** – C'est ça ! Parlons un peu de l'article 45 !

**M. François Autain.** – J'en viens à mon amendement qui concerne les affections génitales par papillomavirus qui peuvent entraîner des cancers du col de l'utérus. Un dépistage permet d'éradiquer ce risque. D'ailleurs, dans les pays scandinaves, ces cancers ont disparu. Nous regrettons que la France n'ait pas lancé un tel dépistage, comme elle l'a fait pour le cancer du sein ou le cancer colorectal. Nous n'aurions alors pas eu besoin du vaccin Gardasil qui n'est en outre efficace que dans 70 % des cas, et peut-être moins encore, et dont la durée d'efficacité n'est pas connue. On prescrit donc un vaccin à des jeunes filles tout en les incitant à continuer à se faire surveiller. Si on arrêta de les vacciner et qu'on se contentait d'un dépistage, les résultats seraient bien meilleurs.

De plus, lorsque ce vaccin a été mis sur le marché, la Commission de la transparence a estimé qu'il avait une action modérée. Pourtant, notre rapporteur général a fait adopter dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 un amendement permettant la publicité pour ce vaccin, ce que je déplore, d'autant que le Haut conseil de la santé publique avait émis un avis défavorable.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Nous avons effectivement introduit une mesure encadrant la publicité pour ce vaccin.

**M. François Autain.** – Permettant, pas encadrant !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Nous pensions que ces mesures auraient une réelle efficacité. Or, certaines publicités ont effectivement dérapé. Notre commission s'en remet donc à la sagesse du Sénat en attendant les explications du Gouvernement.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Le droit communautaire ne permet pas d'interdire la publicité pour les campagnes de vaccination. En votant cet amendement, nous serions immédiatement condamnés par la Cour de justice des communautés européennes. (*M. François Autain feint de s'en désoler*) En revanche, ces publicités doivent être encadrées : les campagnes faites par le laboratoire en question ont d'ailleurs considérablement changé de ton grâce à notre intervention. La loi du 21 juillet 2009 encadre mieux la publicité sur les vaccins, notamment en obligeant les firmes à inclure les mentions prévues par la Haute autorité de santé. Des contrôles *a priori* sont menés par l'Afssaps pour éviter toute dérive de communication par les laboratoires. Je suis une militante de la vaccination qui est particulièrement utile à une époque où des ligues -je n'ai pas dit des sectes- anti-vaccinales sont très actives.

Il ne faut évidemment pas que ce vaccin interdise tout dépistage du cancer du col. Son dépistage organisé va d'ailleurs être expérimenté dans le cadre du plan cancer II annoncé par le Président de la République ;

**M. Gilbert Barbier.** – Il faudrait que vous écoutiez plus le Président de la République !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je suis bien évidemment opposée à cet amendement qui interdirait toute publicité pour les campagnes de vaccination.

**M. François Autain.** – Nous avons un certain nombre de points de convergence, madame la ministre. Je suis satisfait d'apprendre la mise en œuvre d'une campagne de dépistage du col de l'utérus. Mais cette annonce rend caduque la vaccination : il est démontré qu'un dépistage bien organisé aboutit à l'éradication totale de ce cancer.

**M. Gilbert Barbier.** – N'exagérons rien !

**M. François Autain.** – Ce vaccin devient donc inutile. Or, entre 2007 et 2008, la sécurité sociale a dû déboursier 537 millions pour ce vaccin : c'est loin d'être négligeable ! Bien évidemment, ce n'est pas perdu pour tout le monde : le chiffre d'affaires pour ce vaccin a augmenté durant la même période de 295 % ! Depuis que la campagne de publicité a pris fin, les ventes ont chuté : bizarre, non ?

Enfin, lorsque M. le rapporteur général a déposé son amendement en 2007, ce n'était pas sous la pression des autorités communautaires. L'objection de Mme la ministre n'est donc pas recevable et nous devrions en revenir à la législation antérieure.

Comme nous ne sommes pas d'accord sur les moyens à utiliser pour parvenir aux objectifs que nous partageons, je maintiens mon amendement.

**Mme Catherine Troendle.** – J'ai été choquée par le message négatif adressé par M. Autain aux jeunes filles qui se sont fait vacciner. Si elles l'ont fait, ce n'est pas à cause de la publicité mais parce que leur gynécologue ou leur médecin de famille les y ont incitées. Je n'accepte pas d'entendre dire que ce vaccin est inefficace

**M. François Autain.** – Je n'ai pas dit cela !

**Mme Catherine Troendle.** – Si, c'est ce que vous avez dit !

La femme est mieux protégée avec le vaccin qu'avec un examen tous les deux ans, d'autant que ce cancer évolue très vite.

**M. François Autain.** – Mais ce vaccin ne protège pas !

**M. Paul Blanc.** – Ce n'est pas parce qu'il n'apporte pas une protection absolue que ce vaccin ne doit pas être pratiqué. Je pousse mes enfants et petits-enfants à se faire vacciner.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je pose une devinette à M. Autain : quel est le niveau d'ASMR du Gardasil ?

**M. François Autain.** – Modéré. Trois, peut-être.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – C'est un. (*Applaudissements à droite*)

*L'amendement n°284 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°98, présenté par Mme Jarraud-Vergnolle et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après l'article 28, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Un rapport sur l'évaluation de l'application de l'article 52 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 et ses conséquences en matière de santé publique est présenté au Parlement avant le 30 septembre 2010.

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** – Le principe même de l'assurance maladie est d'être financée par tous, et principalement par un transfert de ressources des personnes bien portantes vers celles qui se trouvent être malades. L'instauration des franchises médicales et pharmaceutiques va contre ce principe : pour un gain de 900 millions, on pénalise les malades. Nous dénonçons cet état d'esprit déplorable, dont l'adoption hier, par les députés, de l'amendement Copé sur les indemnités d'accident du travail est une manifestation particulièrement scandaleuse.

**M. le président.** – Amendement n°293, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Après l'article 28, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'avant-dernier alinéa du III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « ainsi que l'impact de cette mesure pour les assurés en matière d'accès aux soins ».

**M. Guy Fischer.** – Vous connaissez notre hostilité à l'égard de ces franchises qui constituent un véritable impôt sur la maladie. À défaut de pouvoir supprimer les franchises en raison de l'article 40, nous demandons chaque année qu'un rapport en évalue les effets. Et chaque année vous nous répondez qu'effectivement, un rapport a été transmis au Parlement ; cette année, il l'a été début novembre. Il est très complet pour ce qui est du rendement des franchises, des ressources qu'elles ont dégagées, des conséquences qu'elles ont eues sur le conditionnement des médicaments ; mais ne dit rien sur leurs effets en termes d'accès aux soins. C'est pourquoi nous déposons cet amendement.

Nous sommes convaincus que ces franchises accroissent les inégalités d'accès aux soins. Ceux qui ont les plus bas revenus sont moins nombreux à recourir à des pratiques de dépistage et de prévention. L'Insee montre que « parmi les femmes de 40 ans et plus appartenant à des ménages modestes, 34 % n'ont jamais réalisé de mammographie contre 19 % des autres femmes de plus de 40 ans ». La croissance des inégalités sociales en matière de santé va de pair avec celle de la pauvreté et de la précarité. Les plus

pauvres sont les plus fragilisés, en raison de leurs conditions de vie, de travail, d'alimentation -regardez l'épidémie d'obésité!- et de leur exposition à des éléments dangereux comme le plomb des logements insalubres. C'est aussi eux qui consultent le moins.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Je ne crois pas que les franchises soient le seul élément de limitation d'accès aux soins. Souvenez-vous de la loi Aubry sur la CMU-c, dont étaient exclus les bénéficiaires de l'AAH et du minimum vieillesse. Il a fallu l'intervention du Président Chirac pour que soit élargi l'accès à la CMU-c, grâce à un mécanisme inspiré du crédit d'impôt.

La conférence nationale de santé effectue le travail que vous attendez de ce rapport. Votre amendement est donc satisfait et je vous incite à le retirer.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – M. Fischer pose la question de l'appréciation qualitative des informations quantitatives qu'apporte ce rapport. Celui-ci montre bien que les franchises n'entraînent pas de renoncement aux soins : les postes sur lesquels elles portent continuent d'augmenter et 15 millions de Français sont exemptés de toute franchise.

Qu'il y ait des renoncements aux soins pour des raisons financières, j'en suis consciente. Mais cela concerne principalement les secteurs peu ou mal remboursés, comme l'optique ou la dentisterie, sur lesquels il n'y a pas de franchise. Cela tient aussi aux dépassements d'honoraires, que je combats farouchement.

**M. François Autain.** – Avec quelle efficacité !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je suis aussi très sensible au problème du reste à charge. Il faut trouver les moyens de prendre en compte cette zone grise entre des revenus qui justifient une prise en charge complète et ceux qui, quoique supérieurs, ne suffisent pas pour que l'on puisse acquérir une complémentaire santé. Nous avons simplifié les aides de façon très importante. J'ai accepté un amendement de M. Méhaignerie, président de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, visant à ce que l'ACS soit considérablement augmentée. Pour les 50-59 ans, c'est 75 % de plus ! Et j'ai étendu cette mesure pour les jeunes, pour qui j'ai doublé l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

Mais je répète que les franchises n'ont créé par elles-mêmes aucune difficulté d'accès aux soins.

**M. François Autain.** – Je saisis l'occasion de cette explication de vote pour contredire Mme la ministre à propos du Gardasil. J'ai vérifié : son ASMR est bien de niveau trois. La Haute autorité de santé dit aussi qu'il ne garantit aucune protection au-delà de cinq ans et que son effet est mal connu.

Pour revenir sur cet amendement n°293, nous serions prêts à le retirer si le Gouvernement acceptait d'écrire dans ce rapport ce que Mme la ministre vient de nous dire sur l'absence de tout effet des franchises sur l'accès aux soins. Mais j'ai bien l'impression que telle n'est pas son intention...

*L'amendement n°98 n'est pas adopté,  
non plus que le n°293.*

**M. le président.** – Amendement n°340, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Après l'article 28, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Un rapport évaluant les actions menées au titre des Fonds d'intervention de la qualité et de la coordination des soins et du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés dans le but de mettre fin aux actions dont l'efficacité est insuffisante et de limiter certaines sur-dotations, est déposé au plus tard le 30 septembre 2011 sur le Bureau des assemblées.

**M. François Autain.** – Le rapport d'activité 2008 de la sécurité sociale souligne la multiplication des missions confiées au Fonds d'intervention de la qualité et de la coordination des soins (FIQCS), créé par la loi de financement pour 2007 : amélioration des soins de ville, lien entre médecins de ville et établissements de santé et médico-sociaux, amélioration de la permanence des soins, exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé, mais aussi maintien de l'activité et installation de professionnels, mise en œuvre du dossier médical partagé -cette Arlésienne...- hébergement des données de santé, etc.

La loi Hôpital, patients, santé et territoires a encore étendu ces missions, de sorte que l'assurance maladie s'alarme de voir le FIQCS menacé de surmenage ! Il faudrait évaluer les actions du fonds afin d'éviter la gabegie et concentrer les efforts sur les actions efficaces. La même argumentation vaut pour le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (Fmes).

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Un rapport de plus... Vous voulez décidément aider l'industrie du papier ! (*Sourires*) Votre demande est toutefois légitime, et j'ai déjà interrogé le Gouvernement sur l'utilisation des crédits du FIQCS. Une action de contrôle de la commission ou dans le cadre de la Mecss serait sans doute plus efficace qu'un rapport : retrait ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Des tableaux sont déjà annexés au projet de loi ; nous pourrions les perfectionner pour vous donner une vision plus qualitative. Mais c'est surtout sur le terrain, notamment dans le cadre des agences régionales de santé, au cœur de la démocratie sanitaire, que les élus pourront voir la réalité des actions menées, plus que dans un rapport technocratique et froid ! Je m'engage à vous fournir plus de détails l'an prochain : retrait ?

L'amendement n°340 est retiré.

## Article 29

- ① *Le 10° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rétabli :*
- ② *« 10° Lorsque l'assuré ne remplit plus les conditions prévues au 3° du présent article, pour les actes médicaux et examens biologiques nécessaires au suivi de l'affection au titre de laquelle il s'était vu reconnaître le bénéfice des dispositions de ce 3°, pour une durée et pour des situations cliniques déterminées sur la base de recommandations de la Haute Autorité de santé, selon des modalités définies par décret pris après avis de la Haute Autorité de santé ; ».*

**M. Bernard Cazeau.** – Cet article s'appuie sur une enquête de la Haute autorité de santé, confirmée par le professeur Maraninchi de l'Institut national du cancer, selon laquelle 60 % des cancers sont curables. En tant que médecin, je suis partagé : peut-on dire à un malade du cancer qu'il est non pas « stabilisé » mais « guéri » ? Les récurrences tardives ne sont pas exceptionnelles. Mme Delaunay, députée de la Gironde et cancérologue réputée, rappelle qu'il ne faut pas confondre guérison et rémission.

Je comprends que vous souhaitiez sortir un certain nombre de malades du dispositif Affections de longue durée (ALD) : dix millions de personnes représentent 64 % des dépenses de l'assurance maladie et 90 % de la croissance annuelle. Mais avez-vous pensé aux conséquences ? Le postulat de la guérison du cancer me gêne.

Le débat sur la juste rémunération des professionnels de santé est légitime. Dans certaines spécialités -chirurgie, gynécologie-obstétrique, anesthésie- le tarif opposable ne permet pas aux professionnels de santé de pratiquer une médecine de qualité. Il faut poursuivre le dialogue, sachant qu'il y aura des conséquences pour les autres spécialités...

Les amendements de la majorité portant articles additionnels, parfois antagonistes, aboutiraient à une broussaille tarifaire. Certains spécialistes de secteur 1 sont autorisés à pratiquer des dépassements... Nos concitoyens ne s'y retrouvent pas. Cette incertitude est facteur d'inflation tarifaire. (*Marques d'impatience à droite*)

**M. le président.** – Veuillez conclure.

**M. Bernard Cazeau.** – Si ces dépassements ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale, ils auront des conséquences néfastes sur les mutuelles.

**M. le président.** – Amendement n°143, présenté par Mme Jarraud-Vergnolle et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Supprimer cet article.

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** – C'est au médecin traitant de décider si le patient peut sortir du régime ALD.

S'inspirant de la proposition de la Haute autorité de santé de ne pas renouveler l'ALD cancer au-delà de cinq ans pour les malades en rémission, l'article 29 organise la sortie de ces patients du dispositif, tout en prévoyant que les actes médicaux et les examens biologiques nécessaires au suivi de l'affection continueront d'être pris en charge à 100 %. Mais peut-on réellement dire à un malade atteint du cancer qu'il est guéri ? Les récurrences sont fréquentes et plus ou moins tardives. Pour le cancer du poumon, le temps de survie est inférieur à cinq ans et le taux de guérison faible.

**M. Nicolas About.** – Cela dépend du type de cancer !

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** – Après cinq ans, on peut considérer que le patient est guéri. Mais pour le cancer du sein ou de la prostate, les rechutes sont aussi importantes après trente ans qu'après quelques années. La rémission n'est pas la guérison. Dans votre logique, ces personnes sortent du dispositif ALD quel que soit le type de cancer !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Elles y rentreront à nouveau en cas de rechute !

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** – Le Gouvernement entend manifestement faire des économies, au détriment de la santé des patients. Ne pouvant exclure certaines pathologies prises en charge dans le cadre des ALD, vous en revoyez les critères d'entrée et de sortie.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Absurde !

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** – C'est au médecin d'apprécier si un patient peut sortir du dispositif ALD, et non au décret ! Après le déremboursement des médicaments, les franchises ou l'augmentation du forfait hospitalier, cette mesure illustre à nouveau votre manque d'humanisme. La santé ne doit pas être une variable d'ajustement pour maîtriser les dépenses de la sécurité sociale !

**M. le président.** – Amendement identique n°297, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG

**M. Guy Fischer.** – Les dispositions contenues dans cet article 29 sont proprement inadmissibles. C'est un mauvais coup porté contre les malades les plus fragilisés, ceux qui bénéficient d'une prise en charge à 100 % dans le cadre d'une affection de longue durée. On peut craindre que ce ne soit là qu'un ballon d'essai pour engager une réforme plus radicale de ces prises en charge, dont on sait qu'elles représentent 62 % des dépenses du régime général ; la première pierre d'un édifice qui se construira avec le temps, pour réduire la prise en charge à 100 %.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Ridicule !

**M. Guy Fischer.** – L'ordonnance bizona est une garantie, dites-vous ? J'observe que récemment, un médecin a été sanctionné pour ne l'avoir pas respectée. J'ajoute que les affections de longue durée concernent 15 millions de personnes atteintes de diabète, de bronchite chronique, d'asthme, d'insuffisance rénale ou d'un cancer : voilà ceux que vous visez. C'est la première fois qu'ils subissent une attaque si frontale ! (« Très bien ! ») et applaudissements sur les bancs CRC-SPG)

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – M. Cazeau a eu raison de souligner l'importance de cet article. La prise en charge des affections de longue durée anime nos débats depuis déjà plusieurs projets de loi de financement. Elle est le résultat de situations auxquelles il serait difficile d'opposer une fin de non-recevoir. Grâce aux progrès de la médecine, l'espérance de vie progresse et l'on sait mieux soigner certaines pathologies lourdes : d'où l'augmentation du nombre de personnes classées en ALD. Bien sûr, cela pèse sur le budget de l'assurance maladie. Le directeur de la Cnam estime à 80 % la progression des dépenses liées aux affections de longue durée. Le Gouvernement est dans son rôle en s'y intéressant, comme il le fait, de plus près, bien que son initiative soit un peu, je le reconnais, un coup d'épée dans l'eau. C'est pourquoi on peut se demander si M. Fischer ne fait pas preuve d'un peu de mauvaise foi en dénonçant ses intentions... Vous faites référence à l'ordonnance bizona : elle sert précisément à distinguer les actes en relation avec la pathologie, qui continueront, avec ces dispositions, à être pris en charge à 100 %, et les autres, pour lesquels le remboursement n'est pas le même.

Que l'on sorte du dispositif les personnes en rémission ne veut pas dire qu'elles ne pourront plus y entrer en cas de rechute ! Ce que nous voulons, c'est corriger le regard social dont souffrent ces personnes. Aujourd'hui, même en rémission, parce qu'elles sont en affection de longue durée, elles ont le plus grand mal, par exemple, à obtenir un prêt bancaire aux conditions ordinaires.

Je proposerai même que nous allions plus loin dans la prise en compte des recommandations de la HAS. Nous ne pouvons donc être favorables à cet amendement de suppression, même si nous partageons les préoccupations qui sont les vôtres : l'article ne remet pas en cause la prise en charge à 100 % des ALD.

**M. Guy Fischer.** – On en reparlera...

**M. le président.** – Permettez-moi d'évoquer la mémoire de M. Descours Desacre, qui avait coutume de condamner l'usage excessif des sigles. Pourquoi ne pas dire affection de longue durée plutôt qu'ALD ? (*Assentiment*)

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Cette discussion est fondamentale. Derrière ce terme, large, d'affection de longue durée, se rangent

plusieurs catégories d'affections, aujourd'hui logées à la même enseigne.

**M. Guy Fischer.** – Tiens, tiens...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Les maladies chroniques, dont on peut, hélas !, considérer qu'elles ne peuvent que progresser et pour lesquelles il ne peut y avoir de sortie du dispositif, puisqu'on n'en guérit pas ; les maladies avec une phase active suivie d'une guérison -soit les affections comme la tuberculose, la lèpre, la bilharziose- dont personne ne conteste qu'elles doivent avoir pour conséquence une sortie du dispositif ; viennent enfin les maladies autrefois considérées comme incurables et dont, grâce aux progrès de la médecine, on peut aujourd'hui guérir.

**M. François Autain.** – Rémission n'est pas toujours guérison.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Sans doute, et je dois vous annoncer, en cette belle matinée, une bien mauvaise nouvelle, monsieur le sénateur : nous sommes tous en rémission, car l'homme est, hélas, mortel...

Reste que l'on guérit aujourd'hui de certaines maladies, que ce qui était inimaginable il y a quelques années est aujourd'hui possible. Le rapport de l'Institut national du cancer -et non pas l'Inca, monsieur le président (*sourires*)- souligne que le nombre de personnes qui guérissent aujourd'hui du cancer ira en augmentant, et que ce n'est plus là une maladie chronique.

Selon les membres du groupe socialiste, il appartient au médecin traitant de juger de l'état de son patient. Mais nous ne remettons nullement son rôle en cause ! La sortie n'est pas une mesure couperet : il reviendra au médecin traitant de l'évaluer. Ce que nous proposons, c'est de ne renouveler le classement en affection de longue durée au-delà de cinq ans que s'il faut poursuivre des thérapies lourdes ou prendre en charge des séquelles imposant un traitement.

La situation qui prévaut aujourd'hui est absurde : lorsqu'un cancer était guéri, on ne sortait pas le patient du dispositif pour que les examens de contrôle puissent être pris en charge à 100 %. Nous améliorons, en vérité, la prise en charge tout en sortant le patient du processus morbide qui consistait à le bloquer dans la case ALD, alors qu'en sortir est essentiel pour lui, pour sa famille, pour sa vie sociale, ses relations avec les banques et les assurances.

Par exemple, une femme atteinte d'un cancer du sein qui suit une hormonothérapie de type tamoxifène restera évidemment en affection de longue durée. En revanche, si seuls des examens de contrôle sont nécessaires, elle en sortira, étant entendu que les examens de contrôle seront pris en charge à 100 %. Bref, il ne faut évidemment pas supprimer cet article qui représente un progrès dans la prise en charge !

**M. Gilbert Barbier.** – J'ai écouté avec attention Mme Jarraud-Vergnolle. Je suis abasourdi que l'on tienne de tels propos dans l'hémicycle ! Affirmer que les malades du cancer ne guériront pas et sont seulement en rémission est...

**M. Nicolas About.** – ...désespérant !

**M. Gilbert Barbier.** – ...scandaleux ! Quelle désespérance dans cette affirmation ! (*Mme Marie-Thérèse Hermange, M. Alain Milon ainsi que quelques sénateurs du groupe UMP applaudissent*) Les enfants que j'ai opérés du cancer dans les années 60 et 70 se portent bien aujourd'hui. Loin de moi l'idée de leur dire qu'ils peuvent connaître une nouvelle rechute quand, M. le rapporteur général l'a souligné, nous travaillons justement à améliorer leur réinsertion sociale. Si l'on peut discuter de la durée à partir de laquelle on peut considérer un patient guéri -cinq, dix, voire quinze ans sans récurrence-, il faut tout de même reconnaître que certains malades, notamment les enfants et les adolescents, guérissent définitivement du cancer.

**M. Paul Blanc.** – Juste !

**M. Gilbert Barbier.** – Ne désespérez pas toute une population ! Avec le dispositif du Gouvernement, les malades seront reconsidérés socialement. (*Applaudissements au centre et à droite*)

**Mme Jacqueline Panis.** – Après M. Barbier, je veux dire combien je suis outrée par les propos tenus à gauche. Certes, un médecin ne peut jamais affirmer à un malade qu'il est totalement guéri. Mais dans le processus de guérison, il a 50 % de médical et 50 % de mental !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Très bien !

**Mme Jacqueline Panis.** – Or la sortie de la prise en charge en ALD est positive pour le patient, c'est le signe qu'il va mieux ! En plus, il bénéficie encore de la garantie financière puisque les examens de contrôle sont remboursés à 100 %. De quoi vous plaignez-vous ? Il faut retirer cette épée de Damoclès au-dessus de la tête du patient guéri, cette situation qui l'empêche, notamment, d'emprunter et, donc, d'acheter. Sortons de ce débat la tête haute en suivant le rapporteur général : bravo à cet article !

**M. le président.** – Docteur Milon, vous avez la parole.

**M. Alain Milon.** – Je veux revenir, à mon tour, sur les propos tenus en particulier par mes collègues socialistes...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Ce qu'ils ont fait n'est pas bien !

**M. Alain Milon.** – Je suis complètement d'accord avec M. Barbier. Quand neuf cancers sur dix guérissent chez l'enfant et l'adolescent et que certains adultes reviennent du cancer ou connaissent une rémission de dix à vingt ans -un gain de vie

considérable !-, on ne peut pas transmettre un tel message ! L'article proposé, Mme la ministre y a insisté, est une avancée car il autorise désormais la prise en charge du suivi à 100 %, conformément aux recommandations de la Haute autorité de santé.

**M. François Autain.** – Bref, ça ne change rien !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Le but n'est pas de réaliser des économies !

**M. Guy Fischer.** – En êtes-vous si sûre ?

**Mme Annie David.** – Je reste perplexe devant la création de ce secteur post-ALD, malgré les explications de Mme la ministre et de M. le rapporteur. Certains orateurs ont parlé en tant que médecins, mais nous sommes tous législateurs...

**Mme Jacqueline Panis.** – Je ne suis pas médecin !

**Mme Annie David.** – MM. Barbier et Milon ont évoqué la question en termes médicaux...

**M. Gilbert Barbier.** – J'ai fait part de mon expérience !

**Mme Annie David.** – Après tout, pourquoi pas ? Excusez-moi de vous faire part de mon sentiment...

**M. Nicolas About.** – Ne vous excusez pas...

**Mme Annie David.** – Le Gouvernement, au nom d'une certaine générosité, voudrait améliorer la prise en charge des patients en ALD, lui, qui les traite avec la plus grande suspicion en évoquant les fraudeurs, les malades irresponsables...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Ils existent !

**Mme Annie David.** – A l'heure où la sécurité sociale connaît un déficit accru, on crée un secteur post-ALD qui limite la prise en charge à la surveillance.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Si d'autres actes sont nécessaires, les patients seront de nouveau classés en ALD !

**Mme Annie David.** – Au reste, les associations de malades en ALD ne s'y trompent pas et soulignent le décalage entre la justification du dispositif -le cancer- et son objet, toutes les affections de longue durée. Ensuite, *quid* de l'étude d'impact que l'on oppose à chacune de nos propositions ? Enfin, la Haute autorité de santé et la Cnam ont échangé sur la possibilité de sortir les patients de l'ALD avant la fin de la guérison, par exemple au terme de deux ans de traitement. Voilà une mesure d'économie...

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Non !

**Mme Annie David.** – ...d'autant que, à terme, le secteur post-ALD pourrait remplacer le secteur ALD.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Interprétation erronée !

**Mme Annie David.** – Déjà, tous les examens ne sont pas pris en charge, d'où l'ordonnancier bizona pour faire la distinction entre la pathologie « classante » et les autres maladies. Bref, je n'ai pas été convaincue et voterai la suppression de cet article !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Ça n'a pas de sens !

**M. le président.** – La parole est au docteur Cazeau.

**M. Bernard Cazeau.** – Permettez-moi de répondre aux réactions à l'égard des sénateurs socialistes et aux cris d'orfraie que certains poussent. Pour ma part, j'ai utilisé un ton modéré pour poser quelques questions ; j'ai dit que j'étais « troublé ». Le terme « scandaleux » m'a donc choqué. Je comprends l'argumentaire de M. Barbier mais un individu qui a guéri du cancer en conserve des séquelles, une fragilité. Pas de problème, dites-vous, puisque la surveillance sera prise en charge à 100 %. Mais je crains des conflits entre le médecin traitant et le médecin conseil qui a le pouvoir de décision ; ces conflits entraîneraient des retards qui pourraient mettre les personnes peu fortunées en difficulté financière.

L'intervention de Mme David m'a beaucoup intéressée, comme celle de M. Fischer, justement parce qu'ils n'ont pas une logique de médecin. Au reste, peut-être faudrait-il d'abord dépoussiérer les ALD...

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Exact !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Nous sommes tous d'accord !

**M. Bernard Cazeau.** – ...et réaliser une étude d'impact. Évaluons les conséquences de ce dispositif, qui est un des objectifs du Plan cancer II, plutôt que de l'adopter au détour d'un article de ce projet de loi.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Oui, madame David, nous ne sommes pas dans l'hémicycle pour tenir des discussions médicales. Tous les sénateurs sont législateurs, peu importe qu'ils soient médecins, pharmaciens, cadres...

**M. Guy Fischer.** – ...ou vétérinaires !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Pour autant, l'angle médical est utile. C'est la ligne philosophique du Gouvernement en la matière.

Sur la base des travaux des autorités scientifiques, nous adoptons une approche strictement médicale de la notion d'ALD et prenons en compte les progrès considérables de la médecine. Comme l'a dit dans une belle formulation Mme Panis, le mental est aussi important que la chimiothérapie ou la radiothérapie dans le processus de guérison.

Vous avez considéré comme blessante ma définition de la guérison -un risque de décès égal à celui affectant l'ensemble de la population de même âge et de même sexe. Elle est pourtant reconnue par

la communauté médicale et personne ne la conteste. (*M. François Autain en convient*) Je veux rassurer M. Cazeau : si le malade conserve des séquelles importantes, il demeure en ALD. Loin de nous la volonté de revenir sur ce progrès social qu'est la prise en charge en ALD.

**M. Guy Fischer.** – M. Van Rookeghem dit le contraire.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Nous voulons seulement dépoussiérer, comme vous l'avez dit, le système des ALD, en suivant les prescriptions de la HAS.

**M. Guy Fischer.** – Ce n'est pas ce que dit le proconsul.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Les examens de suivi, pour une personne guérie du cancer, demeurent pris en charge à 100 %. Nous tenons compte des avancées scientifiques, c'est tout.

**M. Guy Fischer.** – Il y a anguille sous roche.

**M. le président.** – Qu'en pense le docteur Autain ?

**M. François Autain.** – Ne m'appellez pas ainsi, cela risque de contaminer le débat !

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** – Être médecin n'est pas une tare.

**Mme Annie David.** – Ne pas l'être, non plus.

**M. François Autain.** – Je n'ai toujours pas compris pourquoi le Gouvernement veut changer le système des ALD. Si le suivi reste -dans un premier temps...- pris en charge à 100 %, où est la différence ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Elle est philosophique.

**M. François Autain.** – Vous ne songez pas, je pense, à réaliser des économies sur les malades du cancer. Donc les changements ne seront pas considérables. L'ordonnancier bizona offre toutes les garanties pour écarter de la prise en charge à 100 % les maladies sans lien avec l'ALD du patient qui consulte. Mais peut-être l'ordonnancier est-il mal employé ? Peut-être n'avez-vous pas les moyens de contrôler la façon dont il est mis en œuvre ? Avec cette mesure, vous fragilisez psychologiquement les malades (*marques d'impatience et d'indignation au banc des commissions*) pour lesquels un remboursement à 100 % est gage de bonne santé. On a parfaitement les moyens aujourd'hui de faire le départ entre l'affection prise en charge à 100 % et les autres maladies.

L'enjeu se situe peut-être du côté des assurances ? Un patient déclaré guéri aura sans doute un meilleur accès aux assurances ; mais un certificat du médecin suffit ! Les patients, après l'adoption de votre proposition, se sentiront moins en sécurité. (*Protestations à droite et au banc des commissions*)

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – M. Autain n'a pas compris notre philosophie. Nous n'attendons pas des économies de cette mesure, les prescriptions indues étant marginales et le fait de quelques praticiens seulement. Il y a toujours des progrès à accomplir mais je n'attaque nullement les médecins et les malades : évacuons ce mauvais procès.

Vous rejoignez vous-mêmes Mme Panis sur l'importance du facteur psychologique. Déclarer un patient guéri est le meilleur service à lui rendre. Le cancer est une maladie dont on guérit ! Nous prenons en compte les progrès en ce qui concerne le cancer et les hépatites.

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** – J'ai entendu MM. Barbier et Milon et je ne comprends pas que des médecins réagissent avec une telle violence. Ils auront mal compris mes propos, ou peut-être me suis-je mal exprimée. Je n'ai jamais dit que l'on ne guérissait pas du cancer ! Je sais que 60 % des cancers sont curables, mais il en reste 40 %, dans lesquels on est, au mieux, en rémission. Je ne suis pas médecin mais j'appartiens à une famille de médecins -mon mari, mon fils sont médecins. Et j'estime que ce n'est pas à la loi de dire qui doit sortir et qui doit rester en ALD.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Ce n'est pas du tout ce qui va se passer !

**Mme Jacqueline Panis.** – Vous n'avez pas compris !

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** – Je ne répondrai pas aux agressions dont j'ai été l'objet. Je ne remets pas en cause ce qu'a dit Mme Panis, car pour moi l'être humain est un être bio-psycho-social. Il est important de se sentir guéri et que le médecin prononce la guérison. Mais que la loi décide à la place du praticien, non ! Et je crains que vous ne cherchiez avant tout à vous conformer à des annonces présidentielles.

**M. Guy Fischer.** – Cet article pose problème et le rapporteur général ne s'y est pas trompé, qui écrit dans son rapport : « Cette mesure a vocation à s'appliquer à toutes les ALD » et « sa portée et sa cohérence par rapport aux propositions de l'HAS peuvent soulever quelques interrogations. »

**Mme Annie David.** – Le rapporteur général lui-même est perplexe.

**M. Guy Fischer.** – Une première mesure pour réduire les dépenses liées aux ALD fut l'ordonnancier bizona. Voici le second missile. (*M. Nicolas About proteste*) Mais *quid* des restes à charge ? Car d'autres mesures sont prises parallèlement, sur recommandation de la HAS. Je participe aux petits déjeuners de M. Van Roekeghem le plus souvent possible.

**M. Nicolas About.** – Il n'est pourtant pas premier secrétaire !

**M. Guy Fischer.** – Lorsque la HAS préconise, ou lorsque M. Roekeghem préconise, le ministère en tient compte.

**M. François Autain.** – Pas toujours.

**M. Guy Fischer.** – Dès qu'il s'agit de faire les poches de la sécurité sociale... Le dispositif ALD a déjà été mis à mal par la politique de responsabilisation des patients, qui sont 15,9 %, contre 8,8 % des patients hors ALD, à avoir un reste à charge de plus de 500 euros, 5 % à devoir payer eux-mêmes au moins 1 500 euros et 1 %, soit 100 000 personnes, au moins 2 700 euros. Je crains que l'avenir ne nous donne raison. C'est clair : Gouvernement et majorité veulent réduire drastiquement les dépenses d'ALD.

*Les amendements identiques n<sup>os</sup> 143 et 297 ne sont pas adoptés.*

**M. le président.** – Amendement n°11, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

Rédiger ainsi cet article :

L'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 10° est rétabli dans la rédaction suivante :

« 10° Pour les actes et examens médicaux nécessaires au suivi des assurés qui ne relèvent plus des dispositions du 3°, dans des situations cliniques définies sur la base de recommandations de la Haute Autorité de santé et dans des conditions fixées par décret pris après avis de la Haute Autorité de santé ; »

2° L'avant-dernier alinéa est ainsi rédigé :

« La liste prévue au 3° comporte en annexe la définition des critères médicaux d'admission, pour une durée déterminée, au bénéfice des dispositions du 3° et de ceux justifiant le renouvellement de cette admission. »

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Prisonnière de sa doctrine et de son obsession, l'opposition reste sourde et aveugle aux explications du Gouvernement et de la commission.

**M. François Autain.** – Il faut donc qu'elle se soigne !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Rien dans le texte ne permet d'affirmer, comme elle le fait, que le suivi, voire le traitement des personnes sorties du dispositif ALD ne seront plus pris en charge à 100 %. Je le répète afin que les médias ne se laissent pas prendre au piège.

Cela dit, Mme la ministre a évacué un peu vite les arguments de Mme Jarraud-Vergnolle. Si l'on ne prend pas en compte les quelques dérapages, certes marginaux, auxquels l'article pourrait donner lieu, (*M. Dominique Leclerc applaudit*) il est possible que le Conseil constitutionnel considère que, n'ayant pas d'incidence financière, l'article n'a pas sa place dans le

projet de loi de financement. C'est une des raisons qui motivent le dépôt de cet amendement, lequel tient compte des recommandations de la Haute autorité de santé.

Mme Panis a raison, il faut qu'un autre regard soit porté sur les patients en ALD et sur ceux en rémission. Je pense par exemple à l'accès au crédit. Il y a une dizaine d'années, j'ai fait un test d'effort à la demande de ma banque, un test que le médecin, qui a aussi consigné dans son rapport des antécédents cardiaques dans ma famille, a jugé peu concluant ; au vu de ces seules observations, la banque a multiplié par deux le taux d'intérêt qu'elle me consentait.

**M. Nicolas About.** – Scandaleux !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Imaginez ce qui se passe pour un malade en ALD ! Il faudra bien un jour contraindre les banques à adopter un autre comportement.

Avec cet amendement, la commission intègre les recommandations de la Haute autorité de santé et conforte les efforts du Gouvernement.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Cette rédaction pose plusieurs problèmes. Je suggérerai au rapporteur général de le retirer après les engagements que je vais prendre.

L'amendement exclut les examens de biologie, qui sont évidemment nécessaires -je pense au dosage des marqueurs tumoraux ou des antigènes spécifiques de la prostate. Mais il élargit dans le même temps le champ de la mesure, ce qui en alourdit le coût : seraient ainsi pris en charge à 100 % tous les actes et examens médicaux subis par une personne sortie du dispositif ALD, même s'ils sont sans lien avec l'affection qui l'y a fait entrer. Il ne précise pas non plus que l'exonération vaut pour une période limitée.

Je partage le souci de la commission de voir prises en compte les recommandations faites par la Haute autorité de santé dans ses avis de décembre 2007 et juin 2009 : je prends l'engagement qu'elles le seront dans le décret, ainsi que les observations du rapporteur général.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Je persiste à me demander ce qu'en pensera le Conseil constitutionnel. Ne vaudrait-il pas mieux adopter l'amendement, quitte à en peaufiner la rédaction d'ici la CMP ? Je vous fais confiance pour le décret, madame la ministre, mais je souhaite avoir des assurances sur le risque de non-conformité à la Constitution.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Le Conseil d'État nous a apporté toutes les garanties nécessaires. Il y a bien une incidence financière, dès lors qu'est créé un nouveau mode de prise en charge à 100 % des examens de suivi.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Je suggère que le vote de l'amendement n°11 et de

l'article 29 soit réservé jusqu'après la suspension du déjeuner. Nous pourrions alors faire le point.

*La réserve, acceptée par le Gouvernement, est de droit.*

**M. le président.** – Je dois vous indiquer que nous avons examiné ce matin dix-sept amendements, il en reste 258... Notre dimanche s'annonce chargé...

### Articles additionnels

**M. le président.** – Amendement n°148, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après l'article 29, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

« La Haute autorité de santé, en lien avec l'union nationale des caisses d'assurance maladie, élabore un référentiel adapté au traitement des demandes des patients en matière de permanence des soins. ».

**M. Jean-Pierre Godefroy.** – La trop grande diversité des réponses apportées aux citoyens appelant le centre 15 impose une rationalisation ; on voit souvent, par exemple, des personnes âgées amenées aux urgences de l'hôpital dès qu'elles ont un problème sanitaire. Nous proposons de confier à la Haute autorité de santé l'élaboration d'un référentiel.

Nous améliorerions ainsi la qualité des soins, tout en réalisant des économies. En outre, ces référentiels auraient une vertu pédagogique pour nos concitoyens.

Nous reprenons une proposition formulée par la mission d'information sur l'organisation des services d'urgence, présidée par le député de la majorité Georges Colombier.

Déjà présenté l'an dernier à l'Assemblée nationale, cet amendement avait été retiré à la demande du rapporteur, M. Jean-Pierre Door, dans l'attente du projet de loi Hôpital, patients, santé, territoires. Lorsque ce texte a été examiné, l'amendement a été repoussé au motif que la Haute autorité de santé avait été saisie d'un rapport sur le sujet.

Il est temps que ce référentiel médical spécifique figure une bonne fois pour toutes dans la loi !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – La loi Hôpital, patients, santé, territoires a institué les agences régionales de santé, qui doivent notamment assurer la permanence des soins.

Je ne suis pas sûr que vous ayez proposé le bon montage.

Qu'en pense le Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – La permanence des soins est un impératif médical satisfait par une organisation administrative.

Il faut bien sûr harmoniser le traitement des demandes formulées dans le cadre de la permanence des soins et de l'aide médicale urgente. Saisi de ce sujet, la Haute autorité de santé a formulé le 7 mai des recommandations de bonnes pratiques pour les prescriptions médicamenteuses dans le cadre de la régulation médicale. Elle doit maintenant se pencher sur le deuxième volet, relatif à la régulation médicale des appels sur demande de soins non programmés à partir d'une organisation structurée et dédiée. Le groupe de travail débutera en février ou mars 2010 une réflexion qui devrait durer un an pour aboutir à des recommandations de bonnes pratiques cliniques.

Je souhaite donc le retrait de cet amendement déjà satisfait, bien que je souscrive aux intentions de ses auteurs.

*L'amendement n°148 est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°144, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après l'article 29, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

**M. Jean-Pierre Godefroy.** – Cet amendement nous a permis de discuter avec la commission des finances, car elle lui avait initialement opposé le fameux article 40 de la Constitution, dont nous ne comprenons pas toujours les tours et les détours. Mais il s'agissait d'une erreur, si bien que l'amendement vient en discussion.

Avec ce PLFSS, nous avons découvert l'irrecevabilité sociale fondée sur l'article 45, qui mérite un vrai débat car son emploi est parfois discutable.

Nous proposons en l'occurrence une mesure d'économie permettant au médecin du travail d'adresser son patient à un spécialiste sans le faire examiner par le médecin référent. C'est une mesure de bon sens.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Le parcours de soins s'oppose à ce que chacun consulte directement un spécialiste.

Il vaudrait mieux revoir la formation des médecins du travail pour qu'ils soient moins tentés de faire appel à un spécialiste. Au demeurant, vous ne proposez en fait aucune économie, puisqu'il faudrait rémunérer le médecin du travail, puis le spécialiste, qui renverra vers le médecin traitant, lequel se mettra en relation avec le médecin du travail !

On peut comprendre votre préoccupation, mais il vaudrait mieux la traiter autrement.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Chef d'orchestre du parcours de soins coordonné, le

médecin traitant joue un rôle fondamental. Dans ce cadre, le médecin du travail doit s'en rapprocher en vue d'un éventuel recours à un spécialiste.

Sur un plan pratique, la disposition proposée ne serait que très difficilement compatible avec le système d'information mis en place, alors que seules quelques rares situations seraient concernées.

*L'amendement n°144 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°485, présenté par M. Milon.

Après l'article 29, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le début du deuxième alinéa de l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Ce contrat comporte des engagements collectifs à suivi paritaire. En cas de carence d'accord conventionnel, un contrat individuel peut être mis en place par les autorités compétentes et peut porter sur la prescription... (le reste sans changement). »

**M. Alain Milon.** – Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (Capi) doit mieux prendre en compte les intérêts des médecins généralistes. Pour optimiser l'amélioration des pratiques, il vaut mieux opter pour un engagement professionnel collectif, avec une gestion conventionnelle de la pédagogie, de l'accompagnement et de l'évaluation.

Signé individuellement entre le directeur de la caisse et le médecin généraliste, le Capi empêche les syndicats professionnels d'assurer leur rôle. Passons de l'individuel au collectif !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Les 12 000 Capi signés attestent le succès de cette formule, malgré l'hostilité unanime des syndicats médicaux, qui auraient préféré négocier avec la Cnam un contrat-type appliqué par la suite à chaque professionnel de santé. Le Gouvernement n'a pas soutenu cette orientation, la commission non plus.

Il ne me semble toutefois pas exclu de parfaire ce contrat dans le cadre de négociations conventionnelles, mais il faudrait attendre l'évaluation des premiers Capi.

En attendant de connaître l'avis du Gouvernement, je penche pour la sagesse.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je suis habituellement d'accord avec l'excellent Alain Milon, mais pas cette fois-ci.

Le Capi rencontre un vrai succès, acquis contre les représentants de la profession, qui ont même saisi la justice ! Les médecins ont donc évolué, avec une aspiration accrue à d'autres modes d'exercice. Ainsi, le succès de schémas alternatifs de rémunération illustre un intérêt croissant pour l'appréhension populationnelle de la médecine.

Faute d'avoir gagné devant la justice, on tente aujourd'hui d'affadir le Capi.

La négociation conventionnelle est engagée avec l'ensemble des professions médicales, sous la bienveillante égide du Gouvernement.

Avec le Capi, les professionnels vont au-delà des engagements de base. Cette formule doit être conservée : les médecins doivent percevoir des rémunérations supplémentaires s'ils en font plus. Je ne souhaite pas que le Capi soit détourné de son objectif initial. Il ne faut pas contourner la négociation conventionnelle par le biais d'un Capi généralisé : cela n'aurait plus de sens.

**M. Bernard Cazeau.** – M. Milon a une réaction de militant syndical. (*M. Alain Milon s'exclame*) Le Capi, c'est une bonne chose, et l'on a bien fait de résister à certains syndicats qui voulaient tout régenter et qui n'admettent pas d'évoluer. Ces syndicats sont tenus par des personnes qui ne sont plus toutes jeunes et qui ont recours à des pratiques d'un autre âge. Je suis tout à fait favorable au Capi : je ne voterai donc pas cet amendement.

**M. François Autain.** – Nous sommes d'accord avec l'analyse de Mme la ministre et ne voterons pas l'amendement. Si le Capi a autant de succès, c'est sans doute parce qu'il a été créé en dehors des organisations syndicales, mais aussi parce qu'il est la conséquence indirecte du blocage des honoraires des médecins par le Gouvernement.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Mais non !

**M. François Autain.** – Le Capi permet aux médecins d'améliorer leurs revenus. En outre, les engagements que vous fixez ne sont pas très éloignés de leur pratique courante. Ces contrats ressemblent étrangement à l'option référent que le gouvernement de gauche avait mis en œuvre. Si cette mesure avait connu moins de succès à l'époque, c'était sans doute parce qu'elle était passée par le canal d'un syndicat. Vous avez eu raison, madame la ministre, de vous passer des syndicats et de la convention, qui est d'ailleurs moribonde.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je ne refuse pas d'augmenter les rémunérations des médecins.

**M. François Autain.** – Allons donc !

**M. Guy Fischer.** – La consultation à 23 euros, ce sera à la veille des régionales ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – J'ai budgété le C à 23 euros, mais j'ai assorti cette augmentation d'un engagement formel en matière de démographie médicale et d'encadrement des dépassements d'honoraires. Pour le moment, ma demande n'a pas abouti.

Cela dit, je serai très heureuse de recevoir à déjeuner l'ensemble des sénatrices et des sénateurs qui voudront bien se joindre à moi.

**M. François Autain.** – Nous ne mangeons pas de ce pain-là !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Libre à vous !

**M. Alain Milon.** – Le débat sur le Capi me rappelle un peu celui que nous avons eu sur le DIC. On nous a dit hier que le droit à l'image semblait une bonne idée mais qu'elle s'est révélée mauvaise à l'usage.

Au départ, les syndicats étaient opposés au Capi mais ils se sont rendu compte qu'ils s'étaient trompés. Seuls les idiots ne changent pas d'avis ! Ils souhaitent donc participer à la discussion. Je maintiens donc mon amendement.

*L'amendement n°485 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°472, présenté par MM. Milon et Houpert et Mmes Sittler et Panis.

Après l'article 29, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 332-1 du code de la sécurité sociale, le mot : « deux » est remplacé, trois fois, par le mot : « trois ».

**M. Alain Milon.** – Les assurés et leurs ayants droit mais aussi les professionnels et établissements de santé disposent, du fait du tiers-payant, d'un délai légal de deux années pour obtenir le règlement des prestations facturées aux assurés sociaux auprès d'une caisse d'assurance maladie.

Compte tenu de la complexité croissante des facturations, de la mise en place de la tarification à l'activité et des changements informatiques intervenus dans les chaînes de liquidation, il conviendrait de porter ce délai à trois années.

Ce serait une mesure équitable dans la mesure où les caisses d'assurance maladie bénéficient d'une prescription triennale pour la récupération des sommes indûment versées.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Amendement de coordination : avis favorable. Cet allongement de la durée prouve que la simplification administrative n'a pas encore gagné tous les organismes d'État.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je ne partage pas du tout cet avis. Je ne vois pas l'intérêt de cette mesure pour les assurés : du fait de la télétransmission des feuilles de soin, les remboursements sont effectués en sept jours.

Pour ce qui concerne les établissements et les professionnels de santé qui pratiquent le tiers payant, est-il vraiment raisonnable d'accorder plus de deux ans pour présenter une facture ? Vingt-quatre mois après la sortie du patient, 99,94 % des montants

facturés en cliniques privées sont liquidés. Augmenter les délais n'inciterait pas les établissements à améliorer leur gestion.

En outre, cette disposition obligerait l'assurance maladie à provisionner chaque année les factures ou les feuilles de soins prescrites du fait de leur envoi tardif.

Enfin, le parallélisme des formes que vous invoquez ne se justifie pas : si l'assurance maladie dispose d'un délai de trois ans pour récupérer des sommes indument versées, c'est parce qu'elle a besoin de temps pour effectuer des contrôles approfondis. La présentation d'une facture classique ne peut bénéficier du même traitement. De grâce, ne modifiez pas ce délai : la réalité des faits démontre que les établissements n'en souffrent absolument pas.

*L'amendement n°472 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°147, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après l'article 29, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le mot : « dépassent », la fin du deuxième alinéa de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique est ainsi rédigée : « le tarif opposable. ».

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** – Les dépassements d'honoraires sont un véritable problème. L'information préalable est aujourd'hui obligatoire au-delà de 70 euros. Il conviendrait, dès qu'il y a dépassement du tarif opposable, que le patient soit informé du coût des actes, du montant et de la nature du dépassement facturé. Cette mesure sera vraisemblablement un peu compliquée à mettre en œuvre, mais elle évitera des surprises désagréables. Cette transparence sera bénéfique pour tout le monde.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Nous avons longuement parlé de cette question lors de l'examen de la loi HPST. La situation n'ayant pas évolué, l'avis est donc défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Le seuil de 70 euros est un juste compromis : ce montant ne correspond pas au dépassement mais au montant de l'acte, y compris le dépassement. Nous étions partis à l'époque d'un seuil de 100 euros. J'ai volontiers accepté de baisser ce seuil à 70 euros, mais ne tombons pas dans une gestion paperassière : beaucoup de temps médical est déjà consacré à des travaux administratifs : n'en rajoutons pas.

*L'amendement n°147 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°149, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après l'article 29, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le premier alinéa de l'article L. 6122-5 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les praticiens libéraux utilisant des équipements ainsi soumis à autorisation doivent s'engager à réaliser 70 % de leur activité en secteur conventionné de niveau 1. ».

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** – Cet amendement vise à garantir l'existence d'un filet de sécurité pour l'accès aux soins.

La loi du 21 juillet 2009 impose aux cliniques privées de pratiquer des tarifs de secteur 1 lorsqu'elles exercent une mission de service public ou en cas d'urgence. Ce qui est le minimum vu la politique de démantèlement de l'hôpital public qui est menée actuellement. Les procédures d'autorisation d'équipements lourds visent à réguler et évaluer leur installation sur le territoire afin de permettre une réelle accessibilité aux soins. Or le niveau de tarification des actes conduit souvent à des reports, voire des impossibilités, de soins.

Il convient de mieux réguler l'accès à ces équipements en prévoyant une contrepartie de la part de l'opérateur autorisé en lui demandant de s'engager à réaliser 70 % de ses actes en secteur 1. Ce signal s'impose d'autant plus que ces équipements, financés par des fonds publics, sont utilisés par des professionnels de santé qui, percevant des revenus les plus importants de ce secteur, sont parfois en situation de monopole dans leur territoire de santé.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Nous en avons déjà largement débattu à propos de la loi sur l'hôpital. Il n'y a pas de raison d'y revenir aujourd'hui. Attendons de voir comment cette loi s'applique.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Les praticiens qui utilisent ces équipements lourds sont principalement des radiologues ; or 88 % des radiologues sont en secteur 1 et exercent 100 % de leur activité avec des tarifs opposables. Ces praticiens, qui sont les mieux rémunérés, ne pratiquent aucun dépassement d'honoraire. Votre amendement est donc dénué de sens.

*L'amendement n°149 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°303, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Après l'article 29, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article 44 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 est ainsi modifié :

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

« Ces expérimentations peuvent être relatives à la prévention et au suivi des maladies chroniques. Dans ce cas, la rémunération forfaitaire se substitue au paiement à l'acte. »

2° Le même I est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Un comité de pilotage national, dont la composition est fixée par arrêté, est chargé d'élaborer un rapport d'évaluation des expérimentations portant sur la prévention et le suivi des maladies chroniques.

« Ce rapport, transmis au Parlement avant le 1er octobre de chaque année, analyse notamment la possibilité de généraliser le mode de rémunération forfaitaire pour la prise en charge des maladies chroniques dans les dispositifs conventionnels des professions concernées. »

**M. Guy Fischer.** – L'an dernier, nous avons adopté un amendement autorisant la dérogation au paiement à l'acte et autorisant des expérimentations tendant à compléter le paiement à l'acte ou à s'y substituer. Cette proposition est la bienvenue puisque le paiement à l'acte arrive à bout de souffle et est remplacé par d'autres modes de paiement dans de très nombreux pays européens. Les jeunes médecins sont de plus en plus nombreux à souhaiter une rémunération au forfait. Celle-ci est de bonne gestion de manière générale, et plus encore lorsqu'il s'agit de la prise en charge des patients en affection de longue durée. Ces affections concentrent 60 % des dépenses de l'assurance maladie.

Notre amendement vous invite à expérimenter ce mode de rémunération forfaitaire et à en tirer toutes les conséquences.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Votre amendement est satisfait par l'article 4 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Cela se met en place progressivement.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Défavorable, non sur le fond mais parce que l'expérimentation que vous souhaitez est déjà largement engagée. Je vous rendrai compte de façon exhaustive des avancées qui auront eu lieu.

*L'amendement n°303 est retiré.*

*La séance est suspendue à midi quarante.*

PRÉSIDENCE DE M. ROLAND DU LUART,  
VICE-PRÉSIDENT

*La séance reprend à 15 h 15.*

**Mme Muguette Dini, présidente de la commission des affaires sociales.** – Nous vous prions de nous excuser pour ce retard. La commission a dû examiner plus d'amendements que prévu, certains ayant été déposés durant la suspension.

**M. le président.** – Vous êtes absoute.

## Organisme extraparlamentaire (Candidature)

**M. le président.** – M. le Premier ministre a demandé au Sénat de procéder à la désignation d'un sénateur appelé à siéger au sein de la Commission nationale pour l'éducation, la science et la culture. La commission des affaires étrangères propose la candidature de Mme Joëlle Garriaud-Maylam.

Cette candidature a été affichée et sera ratifiée, conformément à l'article 9 du Règlement, s'il n'y a pas d'opposition à l'expiration du délai d'une heure.

## Financement de la sécurité sociale pour 2010 (Suite)

### Discussion des articles (Suite)

**M. le président.** – Nous reprenons la discussion à l'article 29 et au vote de l'amendement n°11, précédemment réservé.

### Article 29 (Suite)

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – La commission s'est réunie pour examiner l'amendement n°11 à la lumière des risques constitutionnels exposés par Mme la ministre si nous adoptons ce texte en l'état. Cette mesure pourrait effectivement avoir un impact sur la future loi de financement de la sécurité sociale. Un point d'ombre demeure cependant quant au décret auquel cet amendement renvoie : la base juridique actuelle suffira-t-elle pour prendre des mesures réglementaires ? Il nous aurait fallu analyser plus longuement le code pour trancher. Dans l'attente, nous vous proposons d'adopter cet amendement et nous engageons à en revoir la rédaction avec le Gouvernement.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Cette rédaction est très gênante car elle ne fixe pas la durée d'exonération. A défaut, nous manquons d'une base juridique pour le décret.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Nous fixons les principes et renvoyons à un décret : cela donne au Gouvernement une base législative pour prendre des mesures réglementaires.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Le conseil d'État n'est pas de cet avis. Je ne peux, en conséquence, qu'être défavorable à cet amendement.

**M. Guy Fischer.** – Ces doutes et le désaccord entre le Gouvernement et la commission vont dans le sens de notre amendement de suppression ! La proposition du rapporteur général porte un premier coup à la prise en charge des ALD à 100 %. En outre, il reste de nombreux points à régler : cette réforme est

bien mal préparée. Nous voterons contre cet amendement.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Une fois de plus !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je remercie le rapporteur général d'avoir tenu compte de notre argumentation concernant l'impact financier de cet amendement, et je félicite les services du ministère et de la commission pour le travail accompli sur ce sujet. L'article L. 322-3 du code nous oblige à inscrire dans la loi les nouveaux dispositifs d'exonération, qui sont ensuite précisés par un décret. L'article 29 du projet de loi doit donc indiquer la durée d'exonération et les pathologies qui en sont exclues. (*M. Guy Fischer approuve*) Nous devons suivre l'avis du Conseil d'État.

**M. Jean-Pierre Godefroy.** – Madame la ministre a raison.

*L'amendement n°11 est adopté  
et l'article 29 est ainsi rédigé.*

### Article 29 bis

- ① *I. – Après le d de l'article L. 613-5 du code de la propriété intellectuelle, il est inséré un d bis ainsi rédigé :*
- ② *« d bis) Aux caractères organoleptiques des médicaments mentionnés au b du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique ; ».*
- ③ *II. – Après l'article L. 5121-10-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5121-10-3 ainsi rédigé :*
- ④ *« Art. L. 5121-10-3. – L'enregistrement d'une marque au sens de l'article L. 711-1 du code de la propriété intellectuelle afférente aux caractères organoleptiques d'une spécialité de référence au sens de l'article L. 5121-1 du présent code ne fait pas obstacle à ce qu'une spécialité générique susceptible d'être délivrée par substitution à ladite spécialité de référence en application de l'article L. 5125-23 présente des caractères organoleptiques identiques ou similaires.*
- ⑤ *« L'enregistrement d'un dessin ou modèle au sens de l'article L. 511-1 du code de la propriété intellectuelle afférent aux caractères organoleptiques d'une spécialité de référence au sens de l'article L. 5121-1 du présent code ne fait pas obstacle à ce qu'une spécialité générique susceptible d'être délivrée par substitution à ladite spécialité de référence en application de l'article L. 5125-23 présente des caractères organoleptiques identiques ou similaires. »*

*L'amendement n°66 rectifié n'est pas soutenu.*

**M. Nicolas About.** – Je souhaiterais le reprendre.

**M. le président.** – Il est trop tard.

**M. Nicolas About.** – On est souvent plus tolérant !

**M. le président.** – Amendement n°12, présenté par M. Vasselle au nom de la commission des affaires sociales.

Rédiger ainsi cet article :

Après l'article L. 5121-10-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5121-10-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 5121-10-3. - Le titulaire d'un droit de propriété industrielle protégeant l'apparence et les propriétés organoleptiques des formes pharmaceutiques orales d'une spécialité de référence au sens de l'article L. 5121-1 ne peut interdire que les formes pharmaceutiques orales d'une spécialité générique susceptible d'être substituée à cette spécialité en application de l'article L. 5125-23 présentent une apparence et des propriétés organoleptiques identiques ou similaires. »

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Cet amendement a été rectifié en commission afin d'en simplifier la rédaction et de tenir compte de l'avis du Gouvernement. Cet article, introduit par l'Assemblée nationale, prévoit que les médicaments génériques peuvent avoir le même aspect que les spécialités de référence afin de réduire le risque d'erreur des patients lors de la prise de leur traitement. Toutefois, l'apparence des médicaments peut être protégée par la propriété intellectuelle, même si la molécule elle-même n'est plus protégée. Cette disposition est intéressante pour préserver la santé des patients, améliorer la protection des consommateurs et faciliter la pénétration des génériques.

Nous avons amélioré la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale afin de prévoir la protection des caractéristiques apparentes des médicaments, de limiter l'atteinte à ce droit aux produits génériques substituables dans les conditions prévues par le code de la santé publique et de restreindre cette dérogation aux formes pharmaceutiques orales. Nous estimons qu'ici l'intérêt général, consacré dans notre Constitution, prime sur le respect de la directive européenne qui protège l'aspect, le dessin et les couleurs des médicaments.

**M. le président.** – Sous-amendement n°519 rectifié à l'amendement n°12 rectifié de M. Vasselle au nom de la commission des affaires sociales, présenté par le Gouvernement.

Amendement n° 12 rect.

I. Alinéa 2

Rédiger ainsi cet alinéa :

Après l'article L. 713-6 du code de propriété intellectuelle, il est inséré un article L. 713-6-1 ainsi rédigé :

II. Alinéa 3

1° Au début de cet alinéa, remplacer la référence :

Art. L. 5121-10-3

par la référence :

Art. L. 713-6-1

2° Remplacer les mots :

d'un droit de propriété intellectuelle

par les mots :

d'une marque

et les mots :

l'apparence et la texture

par les mots :

l'aspect tridimensionnel ou la couleur

et les mots :

une apparence et une texture identiques ou similaires

par les mots :

un aspect identique ou similaire, pour autant que cet usage ne donne pas l'impression qu'il existe un lien commercial entre un tiers et le titulaire de la marque

3° Après la référence :

L. 5121-1

insérer les mots :

du code de la santé publique

et après la référence :

L. 5125-23

insérer les mots :

dudit code

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Sur le principe, cet amendement est excellent. Il reprend, avec les mêmes objectifs, la disposition votée par l'Assemblée nationale à laquelle j'avais souscrit, sous réserve de l'étude de son impact sur la protection de la propriété intellectuelle. L'Institut national de la propriété industrielle (Inpi) nous a conseillé de reformuler cet article.

Je suis d'accord pour limiter cette mesure aux médicaments administrés par voie orale, qui sont ceux dont on fait le plus souvent des génériques.

En revanche il m'apparaît nécessaire d'inscrire cette disposition dans le code de la propriété intellectuelle et de la recentrer sur le droit des marques, au sujet desquelles la législation européenne est plus accommodante que sur les dessins et modèles. Je propose également de reformuler la description des éléments dont la protection est assouplie, conformément à l'avis de l'Inpi : l'expression « caractère organoleptique » est trop générale puisqu'elle inclut des éléments qu'il n'est pas possible de protéger par la loi, comme le goût et l'odeur. Ne parlons donc que de l'aspect tridimensionnel et de la couleur.

Ce sous-amendement, conforme à l'esprit de la proposition de M. Vasselle, vise à la sécuriser juridiquement.

**M. le président.** – Sous-amendement n°518 à l'amendement n°12 rectifié de M. Vasselle au nom de la commission des affaires sociales, présenté par M. Barbier.

Amendement n°12

Compléter cet amendement par un alinéa ainsi rédigé :

« Cependant, les formes pharmaceutiques proposées par un laboratoire en vue d'une extension de brevet ou de dépôt d'un nouveau brevet ou de droit de propriété industrielle feront l'objet d'une estimation du caractère réel et utile de la nouvelle présentation. Si ce caractère est reconnu, le produit pourra bénéficier de la protection des droits de propriété industrielle. »

**M. Gilbert Barbier.** – L'amendement du Gouvernement reprend à peu près la rédaction de l'Assemblée nationale. Le propriétaire d'une marque ne pourra s'opposer à la mise sur le marché d'un générique ayant la même forme ou la même couleur que le *princeps*, ce qui réduira les risques de confusion pour les patients.

Mais certaines PME pharmaceutiques investissent dans la mise au point de formes galéniques nouvelles afin d'améliorer l'efficacité des produits et de les adapter aux marchés à l'exportation. Elles utilisent pour ce faire des produits existants, et leurs innovations sont reconnues par l'Office européen des brevets. L'amendement du Gouvernement ne suffit pas à les mettre à l'abri des copies.

**M. le président.** – Amendement n°482, présenté par MM. Milon et Houpert.

I. - Alinéa 4

Avant les mots :

L'enregistrement

insérer les mots :

Lorsqu'au bout de douze mois après la mise sur le marché du premier générique, il n'existe pas de produit au prix du générique qui reprenne les caractéristiques organoleptiques du princeps,

II. - Alinéa 5

Au début de cet alinéa, procéder à la même insertion.

**M. Alain Houpert.** – Il est vrai que la différence de forme, de couleur ou de goût d'un générique peut troubler les patients et contribuer ainsi au faible taux de substitution, voire causer des problèmes de santé publique. Il est donc nécessaire de mettre à disposition des patients un médicament qui reprenne les caractères organoleptiques du *princeps* au prix du générique.

Toutefois la proposition adoptée par l'Assemblée nationale remet gravement en cause les droits de propriété intellectuelle, notamment les règles relatives aux dessins et modèles. L'objectif poursuivi pourrait être atteint plus simplement. Ne passons outre au droit

des marques ou des dessins et modèles que lorsque douze mois après la mise sur le marché du générique, il n'existe pas de molécule au prix du générique qui reprenne les caractéristiques organoleptiques de la molécule *princeps*.

**M. le président.** – Amendement n°502 rectifié, présenté par M. About et les membres du groupe UC.

I. - Alinéa 4

Avant les mots :

L'enregistrement

insérer les mots :

Lorsqu'au bout de trente-six mois après la mise sur le marché du premier générique, il n'existe pas de produit au prix du générique qui reprenne les caractéristiques organoleptiques du *princeps*,

II. - Alinéa 5

Au début de cet alinéa, procéder à la même insertion.

**M. Nicolas About.** – Cet amendement très semblable au précédent porte le délai à 36 mois.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – La commission n'est pas davantage convaincue par le sous-amendement rectifié du Gouvernement que par sa version initiale. Pour notre part, nous avons rectifié notre amendement afin d'en alléger la rédaction et de faire référence très généralement au droit de la propriété intellectuelle. Nous souhaitons que cette disposition figure dans le code de la santé publique plutôt que dans celui de la propriété intellectuelle, et qu'elle concerne toutes les formes de protection. Nous demandons donc le retrait de l'amendement du Gouvernement. (*Marques d'intérêt sur les bancs CRC-SPG*)

Nous avons le plus grand respect pour le droit communautaire. Mais en vertu de notre Constitution, qui n'a pas encore été modifiée par une directive européenne, le droit de propriété peut être limité si l'intérêt général l'exige. (*M. François Autain approuve*) Même M. About le reconnaît, quoiqu'il veuille protéger les propriétaires des marques pendant 36 mois. Nous n'abuserions pas de ce principe constitutionnel en permettant, afin d'éviter des accidents graves, qu'un générique se présente comme son *princeps* sous la forme d'un cachet carré ou d'une gélule jaune !

Nous partageons le souci de M. Barbier, mais son sous-amendement tend à créer une nouvelle condition d'acquisition des droits de propriété intellectuelle, ce qui pourrait poser problème. Surtout, l'amendement de la commission ne porte pas sur le cas qui le préoccupe, celui des formes galéniques nouvelles destinées à améliorer l'efficacité des produits ou à les adapter à de nouveaux marchés. M. Autain pourrait parler mieux que moi de ces dizaines de médicaments mis sur le marché en tant que spécialités nouvelles bien que leur molécule soit ancienne, parce que leur formule est mieux tolérée par telle ou telle catégorie de

patients, ce dont j'ai eu confirmation par M. Renaudin. (*M. François Autain se montre dubitatif*) L'amendement de la commission concerne seulement les génériques substituables : peuvent-ils ou non reprendre la forme et la couleur du médicament d'origine ? La mesure préconisée par M. Barbier aurait plutôt dû faire l'objet d'un amendement. Retrait.

Quant aux amendements n°s 482 et 502, ils nous semblent moins bien concilier que celui de la commission la protection du droit de la propriété intellectuelle et les impératifs de santé publique. Retrait.

**M. le président.** – Cette question est loin d'être simple... L'amendement de M. About devient un sous-amendement à l'amendement de la commission, à moins qu'il ne soit retiré...

**M. Nicolas About.** – Non, je le maintiens.

**M. Gilbert Barbier.** – Moi aussi.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Pour éclairer les débats, voici une petite analyse juridique. L'article 29 *bis*, tel qu'il résulte des travaux de l'Assemblée nationale, abolit la protection des droits conférés par un brevet en vertu de l'article L. 613-5 du code de la propriété intellectuelle ou par l'enregistrement d'une marque, d'un dessin ou d'un modèle en vertu des articles L. 711-1 et L. 511-1.

L'analyse de l'Institut national de la propriété intellectuelle fait ressortir, étant entendu que la protection que nous entendons assouplir pour les génériques ne concerne pas le droit des brevets mais les enregistrements au titre des marques, dessins et modèles (*M. le rapporteur général le confirme*), que la directive sur la protection des dessins et modèles n'autorise pas de dérogation telle que celle que propose l'Assemblée nationale, ce pourquoi je m'y étais déclarée défavorable. J'ajoute que le motif d'intérêt général, monsieur Vasselle, ne permet pas d'y déroger. Je souscris, je le répète, à votre philosophie, qui tend à faciliter au malade le suivi de son traitement, en évitant de le dérouter : pour avoir été derrière un comptoir de pharmacie, je sais que ce qu'il en retient, c'est la petite pilule bleue dans une boîte rose. (*M. Nicolas About le confirme*)

En revanche, la directive de 2008 autorise les dérogations sur les marques, sous réserve de l'absence de lien commercial entre le laboratoire commercialisant le générique et l'exploitant du *princeps* : c'est donc la dérogation sur la marque qu'il faut viser.

L'Inpi relève également qu'il n'est pas adéquat de retenir le caractère organoleptique du produit, trop général, et qui comporte des caractéristiques non protégeables comme l'odeur ou le goût. Il recommande donc de retenir l'aspect tridimensionnel et la couleur du produit : c'est ce que nous proposons dans un nouvel article L. 713-6-1, pour ne pas opposer

le générique et la protection dont bénéficie le *princeps* dans ces aspects.

Au vu de ces rappels, j'estime que le sous-amendement n°518 de M. Barbier, qui craint pour la propriété intellectuelle des petites entreprises, va trop loin en faisant obstacle à toute levée des droits si le caractère utile de la nouvelle présentation est établi. Outre qu'il amoindrirait par trop la mesure proposée, au détriment des génériques, il pose un certain nombre de difficultés juridiques. Je précise, pour le rassurer, que mon sous-amendement ne fait pas obstacle au dépôt de brevet pour une nouvelle présentation galénique dont l'utilité est reconnue.

L'amendement n°482, outre qu'il reporte la levée des droits, la limite à un seul générique : je ne peux lui être favorable, pas plus qu'au sous-amendement n°502 rectifié *bis* de M. About, pour les mêmes raisons.

Vous voyez que mes arguments sont techniques et ne mettent pas en cause l'objectif poursuivi par votre rapporteur général.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Un mot pour que mes collègues comprennent bien les conséquences de leur vote. Le sous-amendement du Gouvernement vise essentiellement la seule possibilité de dérogation aux marques. Il s'appuie sur une directive européenne et le rapport de l'Inpi pour constater que l'on ne peut déroger à la propriété intellectuelle sur les dessins et modèles.

Nous disons, au contraire, et pour aller dans le sens qu'a souhaité M. Bur, que l'on peut aussi y déroger, en s'appuyant sur la Déclaration des droits de l'homme : quand l'intérêt supérieur de la Nation exige d'aller vers la dérogation, il l'emporte sur la directive. Quand un laboratoire engagera un recours pour garder le bénéfice de la protection de sa propriété intellectuelle sur les dessins et modèles, le juge pourra s'appuyer sur un texte législatif. Si l'on adopte au contraire la version du Gouvernement, il restera enfermé dans le dispositif étroit que nous aurons inscrit dans la loi. Les génériques, dans l'intérêt des patients, doivent pouvoir copier les dessins et modèles.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Mais en se rattachant à la directive de 2008, on autorise la dérogation que vous souhaitez. La question est donc réglée. Vous ouvrez un débat sur la hiérarchie des normes : il n'y a pas lieu. Une loi appliquant une directive européenne doit évidemment respecter la Constitution. Mais il n'y a pas ici de conflit possible. Le respect de la propriété intellectuelle ne renvoie pas à un conflit des normes. Je le dis respectueusement au rapporteur général, c'est clairement la directive qui l'emporte.

**M. Bernard Cazeau.** – Ça suffit !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Nous avons semble-t-il une divergence d'appréciation sur la

notion d'intérêt général. Selon vous, il ne l'emporte pas dans la question des dérogations aux marques et modèles, ou il n'a rien à y voir. Ce n'est pas notre point de vue. (*M. Bernard Cazeau montre des signes d'impatience*) Allons au moins en CMP en votant l'amendement de la commission.

**M. François Autain.** – Nous sommes très sensibles à l'appréciation portée par le rapporteur sur la notion de respect de l'intérêt général. La nouvelle rédaction qu'il propose est plus simple que la version de l'Assemblée nationale, et tous les sous-amendements qui nous sont présentés ne visent qu'à en réduire, peu ou prou, la portée, le plus sévère étant celui de M. Barbier.

Nous voterons donc pour l'amendement du rapporteur, et contre toute autre version.

*Après une épreuve à main levée déclarée douteuse, l'amendement n°519 rectifié, mis aux voix par assis et levé, n'est pas adopté.*

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – C'est absurde !

*Le sous-amendement n°502 rectifié bis n'est pas adopté.*

*Le sous-amendement n°518 n'est pas adopté.*

*L'amendement n°12 rectifié, modifié, est adopté et l'article 29 bis est ainsi rédigé.*

*L'amendement n°482 devient sans objet.*

### **Article 29 ter**

- ① *I. – Après le premier alinéa de l'article L. 4113-5 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :*
- ② *« Cette disposition ne s'applique pas à l'activité de télémédecine telle que définie à l'article L. 6316-1 et aux coopérations entre professionnels de santé prévues aux articles L. 4011-1 à L. 4011-3. »*
- ③ *II. – La première phrase de l'article L. 162-3 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « ou lorsqu'il s'agit d'une activité de télémédecine telle que définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique ».*

**M. le président.** – Amendement n°302, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Alinéa 3

Supprimer cet alinéa.

**M. Guy Fischer.** – Cet article, introduit par un amendement de M. Bur à l'Assemblée nationale, autorise les médecins libéraux à bénéficier du remboursement de l'assurance maladie pour des consultations sans rencontre physique du patient. Ce dispositif nous interroge : la rencontre avec le patient, autrement appelée « colloque singulier », n'est-elle pas la base de l'examen médical ? Certes, on peut arguer de l'éloignement géographique, des conditions climatiques... En outre, ce dispositif semble contraire à

votre objectif de lutter contre la fraude : comment le médecin, par téléphone, pourra-t-il vérifier que le patient est bien la personne photographiée sur la carte vitale ? Enfin, parce que, comme dans toutes les professions, il existe des médecins malhonnêtes, la rémunération des actes à distance pourrait entraîner des dérives. Nous demandons donc la suppression de cet article à moins que le Gouvernement ne nous apporte des éclaircissements susceptibles de nous rassurer.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – La commission n'est pas favorable à ce qu'on limite la télé-médecine au seul secteur public.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Avis également défavorable.

*L'amendement n°302 n'est pas adopté.*

*L'article 29 ter est adopté.*

### **Article 29 quater**

*La dernière phrase du premier alinéa du III de l'article L. 5134-1 du code de la santé publique est supprimée.*

**M. le président.** – Amendement n°124 rectifié, présenté par MM. Barbier, Collin, Charasse et Fortassin, Mme Laborde et MM. Mézard, Milhau et Vall.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - Au dernier alinéa de l'article L.4151-1 du code de la santé publique, après le mot : « médecin », est inséré le mot : « traitant ».

**M. Gilbert Barbier.** – Avec cet amendement, nous revenons sur un point longuement débattu lors de la loi HPST. Nous souhaitons que la sage-femme communique au médecin traitant les informations qu'elle recueille lors des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, et ce pour un meilleur suivi de la patiente.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – M. Barbier n'en sera pas étonné, puisque nous avons longuement discuté de cet amendement en commission, l'avis est défavorable. Le principe d'un accès direct pour les consultations gynécologiques, posé dans la loi du 13 août 2004, doit être maintenu.

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

**M. Alain Milon.** – Je voterai l'amendement de M. Barbier. Durant les débats sur la loi HPST, nous avons beaucoup parlé de délégation de tâches. En l'espèce, il s'agit de personnes qui ont des compétences.

*L'amendement n°124 rectifié est adopté, les groupes CRC-SPG et socialiste s'abstenant.*

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Que cet amendement soit adopté est incroyable ! La gauche se contredit !

**M. Jean-Pierre Godefroy.** – Adressez-vous plutôt à vos amis !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Parce que nous travaillons, aujourd'hui, samedi, jusque dimanche dans la nuit, voire lundi matin, la Présidence a demandé au ministre et au rapporteur d'être plus concis. Et voilà le résultat ! Il aurait fallu apporter des éclaircissements complémentaires pour que le Sénat se prononce en connaissance de cause. Nous reviendrons sur cet amendement en CMP. Mais, à force d'avis lapidaires, nous obtenons des votes inverses à ceux voulus par la commission...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – ...et le Gouvernement !

**M. le président.** – Je crois avoir donné à chacun la possibilité de s'expliquer abondamment depuis ce matin...

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Soit...

*L'article 29 quater, modifié, est adopté.*

### **Article 29 quinquies**

① *L'article L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :*

② *« Sous réserve du respect des dispositions du premier alinéa, lorsqu'il existe plusieurs alternatives médicamenteuses à même visée thérapeutique, le médecin prescrit un traitement médicamenteux figurant au répertoire des groupes génériques, à moins que des raisons particulières tenant au patient ne s'y opposent.*

③ *« En cas d'inobservation répétée des dispositions de l'alinéa précédent, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut engager la procédure prévue au 5° du I de l'article L. 162-1-15. »*

**M. le président.** – Amendement n°13, présenté par M. Vasselle au nom de la commission des affaires sociales.

Supprimer cet article.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Nous demandons la suppression de cet article, introduit à l'Assemblée nationale. S'il a pour objet légitime de développer la prescription des génériques, il semble inapplicable. Mieux vaut poursuivre la politique actuelle de limitation des prescriptions hors répertoire, qui commence à porter ses fruits. Pour la renforcer, peut-être faudrait-il mettre l'accent sur la diffusion des logiciels d'aide à la prescription. Madame la ministre, nous comptons sur vous !

**M. le président.** – Amendement identique n°214, présenté par M. Houpert.

**M. Alain Houpert.** – Cet article prévoit qu'à efficacité thérapeutique équivalente et sauf nécessité particulière tenant au patient, les médecins doivent prescrire dans le répertoire des génériques et se verront, à défaut, sanctionnés. Cette disposition constitue une ingérence inacceptable dans le dispositif

conventionnel. La procédure de sanction, la mise sous entente préalable, est totalement inappropriée, voire dangereuse pour les patients. D'autant que l'article 30 prévoit, sous couvert de difficultés de mise en œuvre de cette sanction, son remplacement par un autre dispositif.

**M. le président.** – Amendement identique n°371, présenté par M. Leclerc.

**M. Dominique Leclerc.** – Cette question relève du cadre conventionnel et doit le rester, sinon je n'y comprends plus rien !

**M. Guy Fischer.** – Ça ne marche pas !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – C'est un amendement de M. Bur...

**M. le président.** – Amendement identique n°475, présenté par M. Milon et Mmes Sittler et Panis.

**M. Alain Milon.** – Il a été défendu.

**M. le président.** – Amendement identique n°503, présenté par M. About et les membres du groupe UC.

**M. Adrien Giraud.** – Restons-en à la politique actuelle de développement du générique.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Favorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Il est indéniable que nous arrivons à un pallier dans la politique du générique, les laboratoires faisant la promotion de leurs produits auprès des médecins...

**M. François Autain.** – Très bien !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – La démarche volontariste du contrat d'amélioration des pratiques individuelles, le Capi, est très intéressante ; 12 000 médecins ont signé ce contrat. Mais *quid* des autres ? D'où l'amendement de M. Bur. Mais, sur cette question, je m'en remets à la sagesse du Sénat.

**M. le président.** – La parole est à M. Autain. (*Marques d'agacement à droite*)

**M. François Autain.** – Si nous travaillons le week-end, le groupe CRC-SPG n'y est pour rien. (*On en doute sur certains bancs à droite*) Si nous voulons un ordre du jour mieux maîtrisé, changeons le Gouvernement !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Et, surtout, changeons l'opposition !

**M. François Autain.** – Nous travaillons dans des conditions inacceptables, ce qui ne nous empêchera pas de délibérer et de donner notre avis.

Cet article procède des meilleures intentions du monde. De fait, les médecins ont tendance à ne pas prescrire de générique à cause de la pression des laboratoires que le Gouvernement vient -enfin !- de reconnaître.

De fausses nouveautés sont prescrites, qui ont pour avantage de ne pas être inscrites au répertoire des génériques. Le pharmacien ne peut alors proposer de substitution. Or la commission de la transparence identifie chaque année entre 250 et 300 nouveaux médicaments qui sont de fausses innovations.

Je comprends l'amendement de suppression : je regrette cependant qu'aucune mesure n'ait été présentée dans le même temps pour éviter une dérive dans les prescriptions. On a le choix entre une disposition qui n'est pas applicable et qui porte atteinte à la liberté de prescription et un respect de la liberté de prescription qui pourrait aller à l'encontre des bonnes pratiques... car il y a les référentiels établis par la Haute autorité de santé.

Pour ma part j'ai présenté à plusieurs reprises des solutions, elles ont été retoquées. Il serait simple de ne pas autoriser de nouveaux médicaments qui n'améliorent pas le service médical rendu. J'attends des initiatives du Gouvernement mais je ne vois rien venir. Cela me préoccupe.

**M. Bernard Cazeau.** – Je partage cette analyse. Par rapport à nos voisins, nous avons accumulé un retard inquiétant en matière de génériques : cela nous prive d'économies considérables. Le groupe socialiste s'abstiendra sur ces amendements.

*Les amendements identiques de suppression n°s 13, 214, 371, 475 et 503 sont adoptés.*

*L'article 29 quinquies est en conséquence supprimé.*

*Les amendements n°s 122 rectifié et 65 deviennent sans objet.*

### Article 29 sexies

- ① *Le deuxième alinéa de l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :*
- ② *« Le contrat peut faire l'objet d'avenants destinés à y intégrer les objectifs fixés chaque année en matière de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie. »*

**M. le président.** – Amendement n°14, présenté par M. Vasselle au nom de la commission des affaires sociales.

Supprimer cet article.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Cet article prévoit que les Capi pourront faire l'objet d'avenants intégrant les objectifs fixés chaque année en matière de maîtrise médicalisée des dépenses. Or les signataires d'un contrat peuvent le modifier ou le compléter sans y être autorisés par la loi. Cette disposition n'a pas sa place ici !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Le Capi, dont on sait le succès, est un contrat-type arrêté par le directeur général de l'Uncam : les médecins le signent ou non, ils ne négocient pas leurs engagements avec l'assurance maladie. La décision

du 9 mars 2009 assure aux professionnels une certaine visibilité, sur des objectifs dont la réalisation s'accompagne d'une contrepartie financière. Le contrat est conclu pour trois ans et je ne veux pas remettre en cause sa stabilité. Je souhaite simplement introduire une articulation entre ces objectifs et ceux de la maîtrise médicalisée des dépenses, négociés entre l'assurance maladie et les syndicats. Toutefois, pour respecter les 11 600 contrats déjà signés, la disposition ne s'appliquera qu'aux futurs contrats, sur la base d'un nouveau contrat type. Retrait ou rejet.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Soit. Mais intégrer ainsi des décisions collectives relatives à la maîtrise médicalisée apporte de l'eau au moulin de M. Milon, qui proposait de renvoyer la définition du contrat type à la négociation conventionnelle. Il y a une légère contradiction à accepter des avenants à partir, aujourd'hui de décisions du directeur de la Cnam, demain du directeur de l'ARS ou du secrétaire général du ministère. Mais je ne me battra pas pour cet amendement.

*L'amendement n°14 est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°216, présenté par MM. Houpert et Milon.

Avant l'alinéa 1

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... - Au début du premier alinéa de l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale sont insérés les mots : « À défaut de dispositif spécifique prévu à la convention mentionnée à l'article L. 162-5 ou à l'article L. 162-32-1, ».

**M. Alain Houpert.** – Le Capi ne serait plus proposé que lorsque la convention ne prévoit pas des engagements identiques, en matière de prescription, d'actions de dépistage, de prévention, de continuité et de coordination des soins, de permanence de soins, de contrôle médical, de formation et d'information des professionnels. Les Capi, engagements individuels, deviendraient partie intégrante du champ conventionnel. Ils feraient l'objet d'un suivi individuel et donneraient lieu à une rémunération individuelle en cas de réalisation des objectifs. Dès lors, à partir du moment où la convention prévoit des contreparties financières, cette dernière devrait automatiquement se substituer aux contrats déjà signés.

**M. le président.** – Amendement n°373, présenté par M. Leclerc.

Avant l'alinéa 1

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... - Au début du premier alinéa de l'article L162-12-21 du code de la sécurité sociale sont insérés les mots : « A défaut de dispositif spécifique prévu à la convention mentionnée à l'article L. 162-5 ou à l'article L. 162-32-1, ».

**M. Dominique Leclerc.** – Il est défendu.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Mme la ministre a voulu maintenir l'article, je lui laisse par conséquent le soin de se positionner sur ces amendements.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Ils sont dans la lignée de celui de M. Milon, sur lequel je me suis longuement exprimée. Un certain nombre de syndicats, pas tous heureusement, se sont violemment opposés aux Capi, allant jusqu'à ester en justice. Cependant ces contrats ont connu un très grand succès et les partenaires conventionnels essaient donc de les réintégrer dans les négociations. Or il y a une vie conventionnelle, animée par les syndicats et l'assurance maladie ; et une démarche contractuelle, dont les règles sont définies par le directeur général de l'Uncam et à laquelle les praticiens adhèrent ou non. Ne jouons pas le match retour de l'échec enregistré par un certain nombre de partenaires conventionnels qui veulent en conséquence détourner le Capi à leur profit.

**M. Alain Milon.** – Le contrat est signé entre la CPAM et le médecin. Or, par qui sont proposés les avenants ? Par la CPAM ! Et le médecin se retrouve seul face à cette organisation. Les amendements lui apportent une protection supplémentaire.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Précisément, si je n'ai pas suivi l'amendement visant à inclure dans le Capi les objectifs de maîtrise médicalisée, c'est que ces derniers relèvent de la vie conventionnelle et ne se négocient pas individuellement. Merci au rapporteur général d'avoir retiré son amendement.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – J'ai du mal à comprendre : Mme Bachelot ne veut pas introduire de la maîtrise médicalisée dans les contrats individuels...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je confirme ! J'ai seulement parlé de « base ». Mais les objectifs de maîtrise des dépenses qui figurent dans les lois de financement doivent bien sûr être observés par tous !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Il faut donc distinguer entre la base et le reste : la rédaction est très ambiguë...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je crois avoir été claire.

**M. François Autain.** – Pourquoi renoncer à pouvoir modifier les objectifs médicaux inclus dans les Capi ? N'en déplaît à Mme Bachelot, ces contrats tendent aussi à optimiser la prescription.

Domage que le rapporteur général ait retiré son amendement.

*L'amendement n°216 n'est pas adopté,  
non plus que l'amendement n°373.*

**M. le président.** – Amendement n°217, présenté par MM. Houpert et Milon.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - Le même article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Dès lors que la convention mentionnée à l'article mentionnée à l'article L. 162-5 ou à l'article L. 162-32-1 prévoit des contreparties financières liées à l'atteinte d'engagements individualisées, elle se substitue à ce contrat, y compris ceux en cours d'exécution »

**M. Alain Houpert.** – Il a déjà été présenté.

**M. le président.** – Amendement identique n°374, présenté par M. Leclerc.

**M. Dominique Leclerc.** – Il a déjà été présenté.

*Les amendements identiques n°s 217 et 374, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.*

*L'article 29 sexies est adopté.*

### Article additionnel

**M. le président.** – Amendement n°298, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Après l'article 29 *sexies*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 162-1-18 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ces conditions peuvent prévoir, pour une période limitée à deux ans, une expérimentation au bénéfice d'une partie de la population visée au premier alinéa. »

**M. Guy Fischer.** – Nous proposons de reprendre une disposition introduite dans la loi Hôpital, patients, santé, territoires mais censurée par le Conseil constitutionnel au motif que le dispositif expérimental n'était pas limité dans le temps.

Si vous adoptez l'amendement, tout assuré âgé de 16 à 25 ans pourra bénéficier d'une consultation annuelle de prévention, sans devoir faire l'avance des frais. Cette disposition comporte une avancée certaine pour les assurés sociaux, mais aussi pour l'assurance maladie, puisque la prise en charge précoce d'une pathologie coûte nettement moins cher qu'un traitement tardif.

Pour satisfaire aux exigences du Conseil constitutionnel, l'expérimentation durerait deux ans.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Je ne me rappelle pas en détail ce qui s'est passé à propos de la loi Hôpital, patients, santé, territoires, mais la commission estime que l'expérimentation doit être tentée.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – L'amendement reprend une initiative du

Gouvernement retoquée par le Conseil constitutionnel faute de comporter une date limite.

J'y suis donc favorable : tout arrive, même l'avis favorable à un de vos amendements ! Champagne ! (Sourires)

*L'amendement n°298 est adopté et devient un article additionnel.*

### Article 30

- ① I. – Le 6° du II de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « ou lorsque le médecin n'atteint pas l'objectif de réduction des prescriptions ou réalisations prévu au II du même article ».
- ② II. – L'article L. 162-1-15 du même code est ainsi modifié :
  - ③ 1° Au début du premier alinéa, est insérée la mention : « I. – » ;
  - ④ 2° Au 2°, après le mot : « journalières », sont insérés les mots : « ou d'un nombre de tels arrêts de travail rapporté au nombre de consultations effectuées », et sont ajoutés les mots : « ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie » ;
  - ⑤ 3° Au 3°, après les mots : « nombre de prescriptions de transports », sont insérés les mots : « ou d'un nombre de telles prescriptions rapporté au nombre de consultations effectuées », et sont ajoutés les mots : « ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie » ;
  - ⑥ 4° Le 4° est complété par les mots : « ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie » ;
  - ⑦ 5° À la première phrase du 5°, après les mots : « produit ou prestation », sont insérés les mots : « ou d'un nombre de telles réalisations ou prescriptions rapporté au nombre de consultations effectuées », et sont ajoutés les mots : « ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie » ;
- ⑧ 6° Sont ajoutés un II et un III ainsi rédigés :
  - ⑨ « II. – Le directeur peut également, conjointement avec le service du contrôle médical, proposer au médecin, en alternative à la procédure de mise sous accord préalable prévue au I, de s'engager à atteindre un objectif de réduction des prescriptions ou réalisations en cause dans un certain délai. En cas de refus du médecin, le directeur poursuit la procédure prévue au I.
  - ⑩ « III. – Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. »
- ⑪ III. – Le présent article s'applique aux faits postérieurs à la date de publication du décret pris conformément au III de l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue du présent article.

**M. Bernard Cazeau.** – Aux termes de cet article, le directeur de la caisse locale d'assurance maladie pourra imposer aux professionnels de santé une réduction temporaire des prescriptions d'arrêt de

travail ou d'arrêt nécessitant des transports. En cas de non-coopération ou d'échec, une pénalité égale à deux mois de salaire pourra être imposée aux médecins !

Sans me faire le héraut de l'indépendance médicale, j'attire votre attention sur les effets pervers de cet article, notamment pour la sélection de la clientèle. Certains praticiens choisissent leurs patients pour des raisons financières. Il ne faudrait pas que d'autres esquivent les malades susceptibles de leur faire dépasser leurs quotas de prescriptions. Un peu de bon sens !

Ne réitérons pas la pensée technocratique en vogue au début des années 70 considérant chaque médecin comme une simple source de dépenses !

**M. Paul Blanc.** – Très bien !

**M. Bernard Cazeau.** – Pour échapper à la suspicion de mauvaises pratiques induites par le nombre de prescriptions, certains médecins risquent de s'autocensurer et d'agir non pour satisfaire les besoins de leurs patients, mais en fonction de contraintes procédurales ou comptables. Ne récidivons pas en reprenant l'approche numero clausienne, qui a fait tant de ravages !

**M. Paul Blanc.** – Très bien !

**M. le président.** – Amendement n°120 rectifié, présenté par MM. Barbier et Charasse et Mme Escoffier.

Supprimer cet article.

**M. Gilbert Barbier.** – Nous voulons supprimer cet article, qui tend à imposer aux médecins des objectifs fondés sur des statistiques régionales.

Ainsi, le médecin fortement prescripteur sera conduit à ne pas traiter les patients dont la situation exige par exemple un arrêt de travail. Les praticiens qui exercent dans les quartiers difficiles sont souvent sur-prescripteurs en raison de la population traitée.

Cet article est excessif.

**M. le président.** – Amendement identique n°219, présenté par M. Houpert.

**M. Alain Houpert.** – Je souscris à l'explication de mon confrère. Cette disposition permet au directeur de l'organisme local de proposer au médecin de réduire certaines prescriptions dans un délai maximum de six mois. Le défaut de réalisation de l'objectif est sanctionné.

Sous couvert de simplification, l'article laisse tout pouvoir au directeur pour fixer des objectifs hors de portée rendant la sanction financière inéluctable.

**M. le président.** – Amendement identique n°376, présenté par M. Leclerc.

**M. Dominique Leclerc.** – Il est défendu.

**M. le président.** – Amendement identique n°479, présenté par M. Milon et Mmes Sittler et Panis.

**M. Alain Milon.** – Il a déjà été présenté.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Nos collègues se sont faits l'écho de professionnels de santé craignant un dispositif plus contraignant que celui en vigueur. Si je ne connaissais pas l'indépendance dont les sénateurs font toujours preuve, je pourrais croire qu'ils ont été inspirés...

Actuellement, les praticiens qui prescrivent trop subissent une véritable coercition, puisque leur activité peut être soumise à l'accord préalable de l'assurance maladie. Le nouveau dispositif est bien plus souple, en introduisant une responsabilité commune dans la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Le médecin ne sera pas tenu d'accepter l'objectif proposé ; sa pratique professionnelle pourra rester inchangée. On peut nous le reprocher, mais il n'est pas question d'aliéner les professionnels de santé !

En outre, la fixation de l'objectif est encadrée, puisque la convention sera cosignée par le médecin-conseil chef de service, avec un niveau de prescription qui ne pourra être inférieur à la moyenne régionale des praticiens comparables.

Ce dernier pourra proposer au médecin concerné d'adopter une pratique similaire à celle de ses confrères ayant une activité comparable. Le médecin sera libre de donner son accord ou de refuser.

Le praticien qui aura accepté poursuivra son activité normalement sans être soumis à un contrôle continu du service médical avec les lourdeurs que cela pourrait engendrer. Bien sûr, une pénalité pourra être prononcée si les objectifs ne sont pas atteints : c'est le corollaire indispensable pour éviter tout effet d'aubaine ! De plus, on imagine mal un praticien entrer volontairement dans un dispositif et ne pas se donner les moyens d'atteindre les objectifs fixés. Enfin, le praticien qui ne veut pas entrer dans cette procédure n'y est pas contraint. Encore une fois, le dispositif est facultatif.

*Après une épreuve déclarée douteuse,  
les amendements identiques n°s 120 rectifié,  
219, 376 et 479, mis aux voix par assis et debout,  
ne sont pas adoptés.*

*L'article 30 est adopté.*

### **Articles additionnels**

*L'amendement n°432 n'est pas défendu.*

**M. le président.** – Amendement n°512, présenté par le Gouvernement.

Après l'article 30, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I - Le 14° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« 14° Le montant de la contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie au développement professionnel continu ; ».

II - Avant le dernier alinéa de l'article L. 182-2-4 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 4° Arrête le montant de la contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie au développement professionnel continu pour chaque catégorie de professionnel mentionné aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-16-1 et L.162-32-1.»

III - Le présent article entre en vigueur à la date d'effet de la convention prévue au XXI de l'article 59 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – La loi HPST du 21 juillet 2009 a simplifié le dispositif de formation professionnelle continue des professionnels de santé. Les fonds publics destinés au financement du développement professionnel continu (DPC) sont désormais regroupés dans un fonds unique. Cependant, les contributions de l'assurance maladie sont fixées par les conventions, ce qui signifie que si la vie conventionnelle est bloquée, les financements de l'assurance maladie au DPC seront bloqués. Je vous propose donc que les partenaires conventionnels conservent la compétence de l'évaluation des besoins de formation, mais que le collège des directeurs de l'Uncam arrête le montant annuel des contributions de l'assurance maladie.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Avis favorable.

**M. François Autain.** – On ne peut qu'être favorable à cet amendement puisque le DPC, obligatoire à partir de 1997, n'est toujours pas en application. A l'heure actuelle, la formation des médecins est assurée à 98 % par l'industrie pharmaceutique, d'où un léger conflit d'intérêts... On peut s'interroger sur la qualité de l'enseignement dispensé à des médecins par une entreprise qui fabrique et qui commercialise des médicaments.

La création de ce fonds est un progrès : encore faut-il l'abonder ! Si la sécurité sociale peut augmenter sa contribution, très bien, mais cela ne suffira sans doute pas. L'État entend-il s'impliquer pour faire en sorte que la participation de l'industrie pharmaceutique soit la plus faible possible ? Dans un de ses rapports, l'Igas avait d'ailleurs demandé de mettre un terme à ce mélange des genres.

*L'amendement n°512 est adopté et devient un article additionnel.*

**M. le président.** – Amendement n°215, présenté par MM. Houpert et Milon.

Après l'article 30, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

...° Le contenu et les contreparties financières liées aux engagements individuels de médecins conventionnés. Ces engagements peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, la participation à la permanence de soins, le contrôle médical, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de la formation et de l'information des professionnels.

**M. Alain Houpert.** – Amendement de précision qui rejoint mes précédentes interventions.

**M. le président.** – Amendement identique n°372, présenté par M. Leclerc.

**M. Dominique Leclerc.** – Il est défendu.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Nous avons déjà largement débattu de cette question : je souhaite le retrait de ces amendements.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Le Sénat s'est déjà prononcé sur ces amendements.

*Les amendements identiques n°s 215 et 372 sont retirés.*

**M. le président.** – Amendement n°15, présenté par M. Vasselle au nom de la commission des affaires sociales.

Après l'article 30, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La convention ou, à défaut, le règlement arbitral mentionné à l'article L. 162-14-2, définissent un secteur d'exercice auquel les médecins relevant de certaines spécialités peuvent adhérer et dans lequel ils ne peuvent pratiquer des dépassements encadrés que pour une partie de leur activité. »

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Suite à une déclaration du Président de la République, un protocole d'accord a été signé le 15 octobre entre divers syndicats et l'Unocam afin d'instaurer un secteur optionnel. Nous proposons de mettre en œuvre ce secteur par la convention médicale ou, à défaut, par le règlement arbitral. Le secteur optionnel permettra de limiter les dépassements d'honoraires : c'est pourquoi nous voulons inciter le plus de médecins possible en secteur II à le choisir rapidement.

Dans le même temps, les médecins en secteur I souhaitent, eux aussi, s'orienter vers ce nouveau secteur. Si tel était le cas, les dépenses exploseraient. Dans le cadre des négociations conventionnelles, il faudra donc que les choses soient bien claires, ce qui est d'ailleurs l'avis de l'Unocam.

Enfin, cette disposition devrait encourager la convergence des tarifs entre les hôpitaux publics et privés.

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

Après l'article 30, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 6112-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Seuls peuvent être appelés à assurer une ou plusieurs des missions de service public mentionnées à l'article L. 6112-1 les établissements privés dans lesquels plus de la moitié des médecins pouvant exercer dans le secteur d'activité visé au dernier alinéa de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale exercent dans ce secteur ou dans le secteur à tarifs opposables. »

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Cet amendement incite les médecins relevant du secteur II et exerçant dans des établissements privés à choisir le secteur optionnel : seuls les établissements privés dont la majorité des médecins exerce en secteur I ou en secteur optionnel pourront exercer des missions de service public en application de la loi HPST.

Les responsables des établissements privés m'ont fait remarqué que si une majorité de médecins refusaient de choisir ce secteur, ils seraient privés de la possibilité d'exercer une mission de service public. Mme la ministre a indiqué que parmi ces missions figurait la formation des jeunes médecins. Lors des négociations conventionnelles, il faudra donc trouver une solution pour que ces établissements privés ne soient pas victimes d'une fuite des professionnels de santé qui pratiquent des dépassements d'honoraires.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Lors de la discussion générale, je me suis exprimée sur l'amendement n°15 : le 15 octobre, deux syndicats représentatifs ont signé un protocole d'accord qui constitue une base de discussion mais qui laisse encore beaucoup de questions en suspens. La mise en place du secteur optionnel requiert la signature d'un texte conventionnel pour qu'il y ait une vraie migration des praticiens du secteur II vers le nouveau secteur. Il ne s'agit bien évidemment pas de vider le secteur I. Le but n'est pas d'assurer une meilleure rémunération des médecins mais de permettre à nos concitoyens d'avoir un véritable accès aux soins grâce aux tarifs opposables.

Sur un sujet aussi sensible, je souhaite que nous laissions les partenaires conventionnels avancer. Il ne faut pas leur mettre le couteau sous la gorge.

**M. François Autain.** – Certainement pas ! Il ne faudrait pas les brusquer...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Imposer une obligation de résultat risquerait de

perturber les négociations et pourrait avoir des effets inverses à ceux recherchés.

Cela ne peut que fragiliser le résultat final.

La rédaction actuelle du code n'empêche pas de mettre en avant le secteur optionnel par voie de convention. Il n'y a aucune raison de précipiter les choses. C'est pourquoi j'aimerais que vous retiriez votre amendement n°15.

Le n°16 est un peu différent. La loi Hôpital, patients, santé, territoires a exigé l'absence de tout dépassement pour les actes de service public effectués dans les établissements de santé. Vous souhaitez aller plus loin, ce qui n'est pas très facile dans la mesure où le secteur optionnel n'est pas encore défini. D'autre part, il faut considérer que certaines missions de service public ne font pas l'objet d'une tarification ; je pense ainsi à l'enseignement, à la recherche, à la formation. L'amendement serait donc contreproductif à un moment où les jeunes médecins peinent à trouver des établissements d'accueil pour leurs stages.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Avec ces amendements nous lançons un appel pour que les choses avancent. Quand Xavier Bertrand était ministre, le Gouvernement nous parlait déjà du secteur optionnel.

**M. François Autain.** – Cela fait cinq ans !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Et il ne s'est toujours rien passé. Lorsque j'ai défendu des amendements comparables à ceux-ci à l'occasion de la loi Hôpital, patients, santé, territoires, vous m'avez demandé de les retirer avec les mêmes arguments qu'aujourd'hui. Or on a vu que, quand la volonté politique s'exprime et que l'on met l'épée dans les reins, on parvient à faire avancer les choses. Ma crainte, c'est qu'on les laisse encore traîner. Il serait illusoire de croire que quelque chose va se passer avant les élections, sachant que la convention arrive à échéance en février. Dans la négociation qui s'ouvrira ensuite, la question du secteur optionnel risque fort de ne venir qu'en bout de course...

C'est pourquoi je voudrais que le Sénat adopte mon premier amendement pour que nous arrivions à la CMP avec des munitions. Je conviens que le second est plus d'affichage mais j'insiste pour que nous votions le premier afin d'affirmer notre volonté d'avancer sur ce dossier.

*L'amendement n°16 est retiré.*

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je vous remercie d'avoir entendu mon argumentation.

Les garanties que vous souhaitez n'ont pas été réunies le 15 octobre. Il faut un travail complémentaire très important ; les engagements des professionnels de santé sont encore très flous.

Vous voulez forcer le pas des partenaires conventionnels. Je comprends bien votre logique mais je vous retourne l'argumentation. On pourrait aboutir ainsi à un accord qui ne serait pas satisfaisant pour le Gouvernement du seul point de vue qui nous intéresse, qui est l'amélioration de l'accès des patients aux soins. On aurait un engagement conventionnel *a minima* et l'on court le risque que l'accord soit immédiatement dénoncé par les partenaires issus de la nouvelle représentation. On collectionnerait ainsi les désavantages !

**M. François Autain.** – Nous voterons contre cet amendement car l'approuver serait reconnaître la pertinence du secteur optionnel, dont la logique est de banaliser les dépassements d'honoraires. Or ceci entraîne un déplacement de la charge de l'assurance obligatoire vers les complémentaires. On aurait alors, en sus de la CMU-c et des ACS, la catégorie de ceux qui ne peuvent plus souscrire de mutuelle au prix où elles arriveraient avec les dépassements d'honoraires.

L'assurance maladie devrait plutôt relever les tarifs opposables afin de limiter le recours aux dépassements d'honoraires. Je ne pense pas que le secteur optionnel puisse s'appliquer de sitôt, alors que le système actuel ne fonctionne plus, que les dépassements d'honoraires continuent à se multiplier et que, depuis quatre ans, le Gouvernement ne fait que nous rassasier de promesses.

**M. Bernard Cazeau.** – On peut avoir une position aussi tranchée que celle de M. Autain : si l'on augmente les honoraires des chirurgiens, des anesthésistes et des obstétriciens dans la proportion qu'ils souhaitent, il n'y a effectivement plus besoin de chercher autre chose ! Le problème est concentré sur ces trois spécialités, auxquelles nos concitoyens sont condamnés à recourir.

Il faut peut-être trouver une solution provisoire pour ces trois spécialités en attendant une réponse globale. Ne mettons pas le doigt dans l'engrenage : si ces dépassements sont pratiqués par d'autres spécialités, ils le seront ensuite par les généralistes et les honoraires augmenteront. En étendant le secteur optionnel, nous risquons d'ouvrir la voie à la liberté tarifaire, souhaitée par la majorité des médecins français. Cela signerait la fin de la sécurité sociale. (*M. François Autain le confirme*) J'espère que le rapporteur général va retirer son amendement car il nous faut étudier ce sujet d'une façon plus approfondie.

**M. Gilbert Barbier.** – Les négociations sur le secteur optionnel étaient bloquées depuis quatre ans car les généralistes, les spécialistes dont a parlé Bernard Cazeau et les autres ne parvenaient pas à s'entendre. Elles ont pu reprendre grâce à notre excellent rapporteur de la loi Hôpital, patients, santé, territoires qui, par un amendement, a défini trois collèges représentatifs de la profession médicale. Une date butoir a été fixée au 15 octobre, et un protocole a

été accepté du bout des lèvres par deux syndicats sur quatre. Il doit être intégré à la procédure de nouvelle convention, qui arrive à échéance en février prochain.

Le processus conventionnel doit se poursuivre. Dans cette attente, prorogéons la convention actuelle. Des élections vont bientôt avoir lieu : les nouveaux représentants du corps médical pourraient remettre en cause une convention hâtivement adoptée. Il faut laisser du temps au temps sur ce sujet.

Quant à l'amendement n°16, il est assez pervers car il aurait fallu préciser qu'il concerne la majorité des médecins dans chaque spécialité. Ainsi, dans certains établissements privés, une majorité de médecins peuvent pratiquer en secteur 1 alors que les chirurgiens, les anesthésistes et les obstétriciens se trouvent en secteur 2. La disposition prévue est artificielle et risque de donner lieu à des conflits.

Ma position a été minoritaire en commission. Peut-être faut-il voter mon amendement visant à reporter l'échéance conventionnelle de quelques mois, voire quelques années ?

**M. Dominique Leclerc.** – Nous n'allons pas refaire aujourd'hui le débat sur les dépassements d'honoraires. Pour préserver une médecine de qualité sur tout le territoire, régler le problème des dépassements d'honoraires par le secteur optionnel n'est pas la meilleure solution. Gilbert Barbier a raison de nous conseiller d'agir avec tact et mesure.

**M. François Autain.** – C'est un médecin ! (*Sourires*)

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je vous rappelle les limites du protocole du 15 octobre. Le secteur optionnel doit garantir un bon accès aux soins car 30 % de ses activités doivent être assurées au tarif opposable et les dépassements ne peuvent pas être supérieurs de plus de 50 % au tarif opposable. Le corollaire est que les mutuelles s'engagent à en assurer la prise en charge.

Or j'ai sous les yeux le texte du protocole : « L'Unocam et ses membres s'engagent à inciter les organismes d'assurance maladie complémentaire à prendre en charge ce nouveau secteur auprès de leurs assurés et adhérents et, sans préjudice de leur liberté contractuelle, de s'assurer de leur offre de la prise en charge préférentielle des compléments d'honoraires maîtrisés demandés par les professionnels dans ce cadre. » Sans faire de procès d'intention aux organismes d'assurance maladie complémentaire, cette démarche est très prudente ! Du fait de cette incertitude, avis défavorable à l'amendement n°15.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – J'ai accepté de retirer l'amendement n°16 en raison de la pertinence technique des arguments qui lui étaient opposés, mais je ne peux retirer celui-ci sans mandat de la commission. La position de Mme la ministre devra être prise en compte par la CMP, qui tranchera.

Après une épreuve à main levée déclarée douteuse, l'amendement n°15, mis aux voix par assis et levé, n'est pas adopté.

### Article 30 bis

① *Le deuxième alinéa de l'article L. 4113-9 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :*

② « *En revanche, elles ne s'appliquent pas aux contrats conformes à un contrat-type soumis à l'approbation des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.* »

**M. le président.** – Amendement n°125 rectifié, présenté par MM. Barbier et Charasse.

Supprimer cet article.

**M. Gilbert Barbier.** – Le conseil de l'Ordre doit pouvoir agir individuellement pour chaque contrat. A défaut, on se priverait du contrôle de la déontologie médicale.

**M. le président.** – Amendement identique n°218, présenté par M. Houpert.

**M. Alain Houpert.** – Il est défendu.

**M. le président.** – Amendement identique n°375, présenté par M. Leclerc.

**M. Dominique Leclerc.** – Il est défendu.

**M. le président.** – Amendement identique n°480, présenté par M. Milon et Mmes Sittler et Panis.

**M. Alain Milon.** – Il est défendu.

**M. le président.** – Amendement identique n°493, présenté par Mme Payet et les membres du groupe UC.

**Mme Anne-Marie Payet.** – Il est défendu.

**M. Alain Vasselle.** – Par cohérence, avis défavorable.

*L'amendement n°480 est retiré.*

*L'amendement n°125 rectifié, identique aux amendements n°s 218, 375 et 493, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.*

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

Alinéa 2

Supprimer les mots :

En revanche

*L'amendement rédactionnel n°17, accepté par le Gouvernement, est adopté.*

*L'article 30 bis, modifié, est adopté.*

### Articles additionnels

**M. le président.** – Amendement n°459, présenté par MM. Milon, P. Blanc, Laménie et Houpert et Mmes Sittler et Panis.

Après l'article 30 bis, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au début de la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale, sont ajoutés les mots :

« Sur le fondement d'un programme régional établi par la commission exécutive mentionnée à l'article L. 6115-2 du code de la santé publique après avis des fédérations régionales représentatives des établissements de santé publics et privés, ».

**M. Alain Milon.** – C'est sans aucune concertation que l'agence régionale de l'hospitalisation met sous entente préalable certaines prestations d'hospitalisation. La procédure contradictoire prévue par la loi doit être complétée : nous proposons que l'agence établisse un programme régional en concertation avec les fédérations d'établissements de santé. Cela garantira l'équité de traitement entre les établissements, quels que soient leur taille et leur statut, mais aussi d'améliorer l'efficacité de ces mesures, car les fédérations d'établissements jouent un rôle pédagogique à l'égard de leurs adhérents.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – La loi Hôpital, santé, patients, territoire prévoit déjà une procédure dans laquelle l'agence régionale de santé jouera un rôle déterminant. La commission ne souhaite pas que les fédérations y soient associées pour avis : retrait. Mais peut-être Mme la ministre nous fournira-t-elle de nouveaux éléments d'appréciation ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Cet amendement est inopérant, car les agences régionales de santé se substitueront bientôt aux agences régionales de l'hospitalisation. La loi Hôpital, santé, patients, territoire confie à ces nouvelles agences le soin d'élaborer un programme pluriannuel de gestion des risques en concertation avec les organismes d'assurance maladie et les mutuelles. Ce programme concernera aussi les mises sous accord préalable des établissements de santé et sera porté à la connaissance des fédérations par le biais des conférences régionales de santé. Votre demande, parfaitement légitime, est donc satisfaite.

*L'amendement n°459 est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°180 rectifié, présenté par M. Milon.

Après l'article 30 bis, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 162-31 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-31-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-31-1. - L'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut autoriser à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009, pour une période n'excédant pas trois ans, de nouveaux modes de prise en charge et de financement par l'assurance maladie des frais d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire d'actes

chirurgicaux exercés dans un cabinet libéral en dehors d'un établissement de santé.

« Cette autorisation prévoit un cahier des charges approuvé par la Haute Autorité de santé, ainsi qu'une convention entre le cabinet médical et un établissement de santé pour la prise en charge d'éventuelles complications.

« Le montant des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférents aux frais de transports entrant dans le champ de cette expérimentation est pris en compte dans les objectifs de dépenses mentionnés à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale. ».

**M. Alain Milon.** – Cet amendement fera sans doute couler beaucoup d'encre. La chirurgie de la cataracte a considérablement évolué depuis quinze ans et ne donne plus lieu qu'à une anesthésie locale. De nombreux pays étrangers ont développé dans ce domaine, comme dans d'autres, une chirurgie extrahospitalière, souvent sous la forme de centres autonomes. La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés est favorable au développement de ce mode de prise en charge qui a montré son efficacité, et adressé à la Haute autorité de santé un cahier des charges décrivant l'environnement nécessaire. Le présent amendement a donc pour objet d'autoriser la prise en charge de la chirurgie ambulatoire de la cataracte en milieu extrahospitalier et son financement dans le cadre de l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun à la médecine, à la chirurgie et à l'obstétrique. D'autres actes chirurgicaux -endoscopie, chirurgie dermatologique, implants dentaires...- pourraient être concernés. Le cabinet libéral devra établir une convention avec un établissement de santé public ou privé afin que le patient soit pris en charge dans le cas, peu probable, où des complications interviendraient.

**M. le président.** – Sous-amendement n°536 à l'amendement n°180 rectifié de M. Milon, présenté par Mmes Hermange et Desmarescaux.

Amendement n°180 rectifié *bis*

Alinéa 3

Après les mots :

des frais

insérer les mots :

de dialyse à domicile ou

**Mme Marie-Thérèse Hermange.** – Tout autant que la chirurgie ambulatoire, il faut promouvoir la dialyse à domicile qui répond au besoin de proximité des patients. L'un des effets pervers de la tarification à l'activité est qu'elle encourage les établissements à privilégier la dialyse en centre, mieux tarifiée.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – La commission est très favorable à ces mesures. A

condition que les précautions nécessaires soient prises, il faudra développer à l'avenir les soins extrahospitaliers, dans l'esprit de la réforme de l'assurance maladie de 2004 et des dispositions adoptées depuis.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je suis d'accord pour dire qu'il faut développer la chirurgie ambulatoire. Depuis que je suis arrivée au ministère de la santé, j'ai mené en ce sens une politique à la fois incitative et volontariste, en établissant des tarifs avantageux, en chargeant les ARH de fixer des objectifs à chaque établissement et en procédant à des mises sous entente préalable.

Madame Hermange, vous voulez permettre à l'Uncam d'autoriser à titre expérimental, pendant trois ans, « de nouveaux modes de prise en charge et de financement par l'assurance maladie des frais de dialyse à domicile en cabinet libéral ». Cette rédaction est maladroite (*Mme Marie-Thérèse Hermange tente d'intervenir*) : soit la dialyse a lieu à domicile, soit elle a lieu en cabinet ; en outre il n'existe pas de technique d'épuration extrarénale en cabinet libéral.

Certes, il faut encourager cette stratégie « gagnant-gagnant », qui permet d'améliorer l'efficacité médico-économique et le confort des patients. Les soins extrahospitaliers sont peu développés en France, où ils représentent 8 % des soins contre 15 % dans l'OCDE. Mais les schémas régionaux d'organisation des soins, fondés sur l'évaluation des besoins de la population, ainsi que les schémas de troisième génération fixent des objectifs quantitatifs et qualitatifs qui prennent en compte la dialyse à domicile. Certes, la tarification de l'hémodialyse en établissement est plus avantageuse que celle de la dialyse à domicile -80 000 euros contre 50 000 par patient et par an- ce qui incite les services de néphrologie à orienter leurs patients vers le premier type de soins. Il faudra y remédier, mais cet ajustement tarifaire relève d'un simple arrêté. Il faudra également agir par la prévention. Le développement de la dialyse à domicile suppose le développement des structures libérales adaptées et la formation des équipes des urgences et des établissements médico-sociaux à ces techniques. Mes services sont d'ailleurs en train d'élaborer un plan d'action global sur la dialyse.

Je vous propose même que l'amélioration de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique et l'augmentation du taux d'hémodialyse à domicile figurent parmi les critères d'évaluation des directeurs d'agences régionales de santé, et que ces derniers soient dans l'obligation de rendre compte de leurs efforts devant le comité de surveillance et la conférence nationale de la santé et de l'autonomie : c'est une incitation très importante ! Il me semble que cela correspondrait mieux aux exigences médicales.

Monsieur Milon, je suis attachée comme vous au développement de la chirurgie ambulatoire : je viens de transmettre au Conseil d'État des projets de

décrets visant à l'autoriser dans des centres autonomes de santé spécialisés. Cette pratique doit évidemment être rigoureusement encadrée. Il est indispensable d'assurer la sécurité des soins, et l'on ne peut recourir dans ce domaine à l'expérimentation ! Une étude des autorités sanitaires américaines montre que le risque de décès lors de ce genre d'intervention est dix fois plus élevé en cabinet libéral qu'à l'hôpital !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Oui, mais ce sont les Américains...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – En tant que ministre de la santé, chargée de veiller à la qualité et à la sécurité des soins, je me dois d'en tenir compte !

J'ai donc demandé à la Haute autorité de santé de réfléchir, dans le cadre de ses travaux sur la chirurgie de ville, aux conditions dans lesquelles certains actes peuvent être réalisés en l'absence d'un anesthésiste. Il convient de rester prudent.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Les préoccupations de Mme la ministre sont légitimes, et nous les partageons : nous ne pouvons faire prendre quelque risque que ce soit aux patients qui acceptent de se faire opérer dans un cabinet libéral. Mais il me semble que le 3<sup>e</sup> alinéa de l'article réunit toutes les précautions. J'aimerais entendre l'avis des auteurs d'amendements.

**Mme Catherine Troendle.** – Mme la ministre nous dit que nous n'avons pas assez de recul sur la dialyse à domicile...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je ne parle pas de la dialyse !

**Mme Catherine Troendle.** – Je puis vous dire que j'ai vécu la situation, lorsque j'étais enfant : mon père a été sous dialyse à domicile, et ma mère, qui n'était pas issue du milieu médical, a reçu une formation. Ce fut un confort absolu pour toute la famille. Et cela remonte à plus de vingt ans : nous avons tout le recul nécessaire.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – C'est sur l'opération de la cataracte en milieu libéral, non sur la dialyse à domicile, que j'ai dit que nous n'avons pas assez de recul.

**Mme Marie-Thérèse Hermange.** – Je pense, madame la ministre, que vous avez donné un avis, non sur notre sous-amendement dans sa forme actuelle, très modérée, mais sur une version antérieure, qui avait la forme d'un amendement, que nous n'avons d'ailleurs jamais déposé. Il s'agit par ce sous-amendement de favoriser la dialyse à domicile, en faisant de la dialyse en centre l'exception.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Lorsque la commission s'est réunie à la suspension, elle a en effet examiné un sous-amendement de Mme Hermange, se substituant à l'amendement qu'elle entendait d'abord déposer, et qui tient compte

des observations que vous avez formulées, madame la ministre, en s'intégrant au texte de M. Milon.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – J'ai devant moi mes documents : c'est bien au sous-amendement que j'ai répondu.

**Mme Sylvie Desmarescaux.** – Vous avez dit que notre texte était mal rédigé parce que vous pensiez que la dialyse se ferait en cabinet libéral : ce n'est absolument pas ce qui est écrit dans ce sous-amendement.

**M. Paul Blanc.** – Je suis navré de ne pas être en accord avec mon confrère Milon sur la cataracte. C'est une intervention qui requiert des conditions d'asepsie draconiennes, ainsi, d'ailleurs, qu'une anesthésie locale : on ne peut pas écarter le risque de choc anesthésique. Or, aucun anesthésiste-réanimateur ne serait présent. L'intervention en milieu hospitalier est préférable.

**M. Alain Milon.** – Il ne s'agit pas de pratiquer l'opération en cabinet libéral, mais dans des centres de chirurgie ambulatoire. Quant aux risques de choc anesthésique, je rappelle à mon collègue Blanc que les chirurgiens-dentistes sont autorisés à pratiquer des actes autrement plus invasifs que l'opération de la cataracte. Je pense en particulier aux implants dentaires, qui n'ont rien d'anodin : on perfore la gencive, on touche à l'os maxillaire sous anesthésie.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – On nage dans la confusion...

**M. François Autain.** – Et comment !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – N'y ajoutez pas. Mme Hermange parle d'une technique parfaitement maîtrisée et autorisée, ainsi que l'a rappelé Mme Troendle, celle de la dialyse à domicile. Il n'y a là pas de problème d'autorisation, puisque les organismes d'assurance maladie l'ont déjà. Il reviendra aux autorités régionales de santé de développer ces pratiques, mais il n'est pas besoin de mesure législative, d'autant que ce que vous proposez est plus restrictif que ce qui existe déjà.

Pour la cataracte, le problème est tout différent. L'acte de chirurgie n'est pas autorisé pour l'instant en cabinet privé. Je n'ai pas l'expertise pour accorder cette autorisation, et vous-même, monsieur Milon, adoptez des positions de repli en indiquant que l'on ne peut envisager d'opérer que dans des centres de chirurgie ambulatoire, pas dans des cabinets libéraux...

Laissons donc la Haute autorité de santé définir un cahier des charges. Ne voyez dans ma position aucune fin de non-recevoir. Votre proposition va dans le sens de l'un des axes forts de ma politique : en tant que ministre de la santé, j'ai tout intérêt à ce que ces techniques se développent. Mais de manière encadrée.

**Mme Marie-Thérèse Hermange.** – Je remercie Mme la ministre de son engagement et retire mon sous-amendement.

*Le sous-amendement n°536 est retiré.*

**M. Alain Milon.** – Je retire l'amendement, mais sachez que je serai vigilant et reviendrai à la charge.

*L'amendement n°180 rectifié bis est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°396 rectifié, présenté par MM. Leclerc et Milon, Mmes Bout, Debré et Procaccia, M. Gilles, Mlle Joissains, M. Barbier et Mme Papon.

Après l'article 30 *bis*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

1° Le quatrième alinéa de l'article L. 1142-15 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Lorsque la personne responsable des dommages est un professionnel de santé, l'office est subrogé, à concurrence des sommes versées, dans les droits de la victime contre ce professionnel de santé ou, le cas échéant, son assureur, sauf dans les cas suivants : soit le délai de validité de la couverture d'assurance garantie par les dispositions du cinquième alinéa de l'article L. 251-2 du code des assurances est expiré, soit les plafonds de garantie prévus dans les contrats d'assurance en application des dispositions du troisième alinéa de l'article L. 1142-2 du présent code sont dépassés. »

2° Après le quatrième alinéa de l'article L. 1142-15 du même code, il est inséré deux alinéas ainsi rédigés :

« Lorsque la personne responsable des dommages est une personne morale, l'office est subrogé, à concurrence des sommes versées, dans les droits de la victime contre cette personne morale ou, le cas échéant, son assureur, sauf dans le cas où le délai de validité de la couverture d'assurance garantie par les dispositions du cinquième alinéa de l'article L. 251-2 du code des assurances est expiré.

« Dans tous les cas où l'office est subrogé dans les droits de la victime il peut en outre obtenir remboursement des frais d'expertise. »

3° Après l'article L. 1142-15 du même code, il est inséré un article L. 1142-15-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 1142-15-1. - Lorsqu'un professionnel de santé est condamné par une juridiction à réparer les dommages subis par la victime et que la couverture d'assurance prévue à l'article L. 1142-2 est épuisée ou que le délai de validité de la couverture d'assurance garantie par les dispositions du cinquième alinéa de l'article L. 251-2 du code des assurances est expiré, l'office institué à l'article L. 1142-22 est substitué à l'assureur et il n'est pas subrogé dans les droits de la victime contre le professionnel de santé ou ses héritiers. »

**M. Dominique Leclerc.** – Pour couvrir leur responsabilité civile professionnelle, les médecins libéraux souscrivent des contrats d'assurance qui comportent des plafonds de garantie. Lorsque la couverture d'assurance est épuisée, deux cas de figure se présentent : soit la procédure a été portée devant la commission nationale de la conciliation, auquel cas l'Oniam indemnise la victime et peut se retourner contre le praticien pour obtenir le remboursement des sommes avancées ; soit la condamnation a été prononcée par une juridiction civile, auquel cas l'Oniam n'intervient pas, et la victime est indemnisée directement par le praticien dans les limites de son patrimoine.

En cas de dommages survenus à un enfant lors de sa naissance, les dommages et intérêts ne sont définitivement fixés que lorsque la victime devient adulte, si bien que les dommages et intérêts peuvent dépasser de plusieurs millions d'euros les plafonds d'assurance les plus élevés proposés par les assureurs.

Qui plus est, la couverture d'assurance des médecins étant limitée à dix ans après leur cessation d'activité ou leur décès, dans le cas où une plainte est portée après ce délai, les praticiens condamnés ou leurs héritiers doivent prendre en charge l'indemnisation sur leurs biens propres. Ils sont ainsi exposés à un risque de ruine, soit à la suite d'une condamnation par une juridiction civile, soit du fait de l'action récursoire de l'Oniam. Pour cette raison, de nombreux praticiens libéraux renoncent à pratiquer l'obstétrique alors que les hôpitaux publics ne peuvent plus satisfaire aux besoins faute de personnels et de financements.

Les victimes, quant à elles, sont exposées au risque d'insolvabilité des praticiens condamnés par les juridictions civiles.

Je propose de mettre un terme à cette situation en prévoyant, premièrement, que l'Oniam se substitue à l'assureur lorsque le professionnel de santé est condamné par une juridiction au paiement de dommages-intérêts qui dépassent la couverture d'assurance ou lorsque le délai de validité de la couverture d'assurance est expiré et, deuxièmement, que l'Office, dans tous les cas où il intervient parce que la couverture d'assurance est épuisée ou expirée, ne puisse pas se retourner contre les praticiens ou leurs héritiers.

Monsieur le président, je veux répondre par avance aux objections de Mme la ministre à cet amendement que je présente pour la troisième fois. Aucun cas, explique-t-elle, ne correspond à la situation que j'expose. Je me suis donc tourné vers l'Oniam -hélas !, depuis des années, l'Office n'établit plus de statistiques-, puis vers l'Observatoire des risques médicaux -mais celui-ci ne s'est pas réuni depuis 2006- avant de me rapprocher de la compagnie d'assurance préférée par les professionnels de santé,

la MACSF, qui, dans son rapport en 2007, fait état de huit affaires de plus de 5 millions, dont six en 2006 et deux en 2005. L'Igas, elle-même, rapporte douze sinistres de plus de 3 millions en 2007.

**M. le président.** – Veuillez conclure.

**M. Dominique Leclerc.** – Actuellement sont jugées des affaires d'environ 9 millions à Orléans et de 5 à 6 millions à Rochefort. Et encore, il ne s'agit que de provisions qui peuvent être réévaluées à la majorité de l'enfant en fonction du coût de la vie. D'où l'importance de substituer l'Oniam à l'assureur car cette situation -c'est le point le plus important !- pèse sur les jeunes qui veulent s'engager dans ces professions à risque, si j'ose dire, mais hésitent à s'installer et inquiète les plus âgés.

**M. le président.** – Amendement n°533, présenté par le Gouvernement.

Après l'article 30 *bis*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 1142-15 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1142-15-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 1142-15-1. - Lorsqu'un professionnel de santé est condamné par une juridiction à réparer les dommages subis par la victime et que la couverture d'assurance prévue à l'article L. 1142-2 est épuisée, l'office institué à l'article L. 1142-22 est substitué à l'assureur et il est subrogé dans les droits de la victime contre le professionnel de santé responsable du dommage, sauf dans le cas où le délai de validité de la couverture d'assurance garantie par les dispositions du cinquième alinéa de l'article L. 251-2 du code des assurances est expiré. »

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – En cas d'accident médical fautif, la victime peut être exposée au risque d'insolvabilité du praticien dans le cadre de la procédure juridictionnelle, mais non celui du règlement amiable puisqu'est prévue l'intervention de l'Oniam. Il en va de même lorsque la plainte est déposée après l'expiration de la couverture du praticien, situation où les praticiens condamnés ou leurs héritiers doivent prendre en charge l'indemnisation sur leurs biens propres. Pour une meilleure équité dans l'indemnisation des victimes, nous harmonisons l'intervention de l'Oniam dans les deux cas de la procédure juridictionnelle et du règlement amiable.

**M. le président.** – Amendement n°538, présenté par M. Vasselle au nom de la commission des affaires sociales.

Après l'article 30 *bis*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. - La première phrase du troisième alinéa de l'article L. 1142-2 du code de la santé publique est complétée par les mots : « , qui ne peuvent être inférieurs à 6 millions d'euros par sinistre et à 12 millions d'euros par année d'assurance ».

II. - Après l'article L. 1142-2 du même code, il est inséré un article L. 1142-2-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 1142-2-1. - Les médecins régis par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale ou le règlement arbitral mentionné à l'article L. 162-4-2 du même code exerçant les spécialités de gynécologie-obstétrique ou d'obstétrique dans un établissement de santé peuvent bénéficier d'une aide à la souscription d'une assurance en responsabilité civile de la part de la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils exercent leur activité.

« Cette aide est fixée à :

« - 75 % du montant de la prime d'assurance pour les médecins non autorisés à pratiquer des honoraires différents ainsi que pour les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents ayant adhéré à l'option de coordination, dans la limite de 20 000 euros ;

« - 55 % du montant de la prime d'assurance pour les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents n'ayant pas adhéré à l'option de coordination, dans la limite de 17 000 euros. »

III. - Après l'article L. 1142-21 du même code, il est inséré un article L. 1142-21-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 1142-21-1. - Lorsqu'un médecin régi par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale ou le règlement arbitral mentionné à l'article L. 162-4-2 du même code exerçant les spécialités de gynécologie-obstétrique ou d'obstétrique dans un établissement de santé est condamné par une juridiction à réparer les dommages subis par la victime et que la couverture d'assurance prévue à l'article L. 1142-2 est épuisée, l'office institué à l'article L. 1142-22 est substitué au professionnel dans le cas où le délai de validité de la couverture d'assurance garanti par les dispositions du cinquième alinéa de l'article L. 251-2 du code des assurances est expiré. »

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – La question de la responsabilité des gynécologues est complexe et nous espérons lui trouver une porte de sortie dans ce projet de loi. Les deux amendements proposés posent problème : le n°387 de M. Leclerc, parce qu'il empêcherait toute condamnation pécuniaire, même en cas de faute ; le n°533 du Gouvernement, parce qu'il prévoit un recours subrogatoire après une décision juridictionnelle, chose impossible en droit d'après la commission des lois. Nous vous proposons donc une solution consistant à relever les plafonds d'assurance des gynécologues de 3 à 6 millions par sinistre, à augmenter l'aide de la Cnam à ces professionnels et, enfin, à prévoir un seul cas de substitution de l'Oniam à l'assureur, celui où la couverture d'assurance du praticien est expirée.

Cet amendement équilibré répond aux attentes de longue date des professionnels, dont témoigne M. Leclerc, et à la volonté du Gouvernement d'avancer sur ce dossier tout en préservant les principes de notre

droit. A mon sens, il n'y aurait rien de pire que de s'engager dans la voie dont fait état une dépêche d'agence selon laquelle « les pouvoirs publics adresseraient un courrier à l'Oniam en vue de poursuivre une politique de recours très active tout en signalant à l'Oniam que des dispositions réglementaires permettraient au conseil d'administration de statuer au terme d'une analyse au cas par cas sur l'opportunité de renoncer éventuellement au recours subrogatoire contre le professionnel de santé dans des cas jugés rares ». Ce ne serait pas rendre service au Gouvernement que de prendre une telle initiative dénuée de fondement juridique. J'invite donc le Sénat à se rassembler autour de l'amendement de la commission - nous verrons, à l'usage, s'il couvre tous les cas- pour mettre fin à cette situation qui explique le renoncement des praticiens à certaines activités et dont les premières victimes sont les patients !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Rappelons, tout d'abord, que le Gouvernement n'est pas resté inactif. En 2006 a été créée une aide à la souscription d'une assurance professionnelle pour les médecins qui s'engagent dans une démarche d'accréditation, mesure qui a eu des effets positifs sur le marché de l'assurance. Ensuite, en matière de responsabilité civile, le temps n'est pas venu de remettre en question les principes hérités des lois Kouchner et About ! Rendons à César ce qui est à César, et à About ce qui est About ! (*Sourires*) A l'instar du rapporteur, je pense que l'amendement n°387 pose un problème technique et éthique puisqu'il reviendrait à indemniser avec des deniers publics une faute médicale. Une première que nos concitoyens ne comprendraient pas ! (*M. François Autain acquiesce*) Ensuite, les situations que vous visez, monsieur Leclerc, sont très théoriques. Depuis sept ans, l'Office n'a jamais eu à exercer un recours subrogatoire sur cette base. Et les praticiens sont couverts par leur contrat pour des montants de 6 à 8 millions. Pourquoi les finances publiques prendraient-elles en charge des montants couverts par le marché de l'assurance ? Pourquoi transformer l'Oniam en un co-assureur de la faute médicale ? Il n'a pas été créé dans ce but ! Restent les cas où a lieu un déplacement du plafond qui ne résulte pas d'un comportement délibéré du praticien mais des effets de l'inflation sur plusieurs décennies, et où la consolidation intervient seulement plusieurs décennies après l'accident médical. Dans ces cas, un abandon de recours de l'Oniam pourrait être justifié. Le Gouvernement est prêt à trouver une solution, mais en aucun cas une solution législative qui viserait un abandon de recours et ferait courir à l'assurance maladie un risque financier, quand nous cherchons à réduire le déficit de l'assurance maladie.

**M. François Autain.** – Vous l'accroissez !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Le Gouvernement pourrait adapter le décret fixant les

plafonds minimaux de garantie que doivent offrir les contrats d'assurance.

Concernant l'amendement n°538 de M. Vasselle, je ne suis naturellement pas opposée aux mesures réglementaires qu'il comporte. En revanche, les placer au niveau législatif revient à perdre de la souplesse, sans réelle plus-value.

J'ajoute que cet amendement représenterait une charge supplémentaire pour l'assurance maladie et qu'il tomberait sous le coup de l'article 40.

**M. Nicolas About.** – Un coup bas...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – La rédaction du Gouvernement n'est sans doute pas parfaite mais elle a été revue par les juristes de la direction chargée de la régulation du secteur des assurances. En droit automobile, lorsqu'un conducteur n'est pas assuré, le juge peut prononcer une intervention du fonds d'indemnisation, qui se retourne ensuite contre la personne condamnée. Le mécanisme est connu. Mais je suis prête à revoir la rédaction.

**M. Nicolas About.** – Madame la ministre, si vous invoquez l'article 40, la discussion sur le n°538 est close. J'aurais pourtant aimé savoir ce que vous pensez du 3°. L'amendement que vous rejetez me semblait exceptionnel. Je m'attendais bien à l'application de l'article 40. Mais il faudra bien revenir sur cette question tôt ou tard. Je songe tout particulièrement aux obstétriciens du secteur I, qui sont de moins en moins nombreux : si nous ne faisons rien, il n'y en aura plus du tout !

**M. François Autain.** – C'est, hélas, vrai.

**M. Nicolas About.** – La rédaction du Gouvernement n'est pas au point. A défaut d'assurance correcte, le juge peut demander à l'Oniam d'intervenir ; mais c'est à la loi d'autoriser l'office à se retourner ensuite contre le praticien. Je ne suis pas certain qu'en l'état de sa rédaction nous puissions voter le n°533.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Il est dommage que l'article 40 ait été invoqué car notre rédaction est juridiquement meilleure. Ni le n°396 rectifié ni le n°533 ne sont satisfaisants, car on ne peut en droit prévoir la subrogation sur une décision d'un juge ! Je propose donc de réserver l'examen et le vote du n°533 du Gouvernement jusqu'à la fin de nos travaux, afin que sa rédaction soit juridiquement valable !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Sur le 3°, je suis d'accord qu'il faudra aller plus loin : c'est le sens de mon amendement, qui prend en compte la situation décrite par M. About. Je n'ai pas invoqué l'article 40 pour mettre fin à la discussion, cela serait contreproductif puisque nous avons un vrai problème à résoudre.

**M. Dominique Leclerc.** – Oui !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je suis tout à fait d'accord pour réserver la suite de l'examen de mon amendement jusqu'à la fin de la discussion des articles.

**M. François Autain.** – Demain soir ou lundi matin !

**M. le président.** – Madame la ministre, vous n'invoquez plus l'article 40 sur l'amendement n°538 ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – L'article 40 est également réservé !

**M. Dominique Leclerc.** – C'est le troisième amendement que je dépose sur le sujet. J'avais cru comprendre, lors de la discussion de la loi HPST, que vous nous donniez rendez-vous dans le projet de loi de financement : et à présent vous avez recours à l'article 40 ! Il y a là quelque chose dans la méthode qui ne va pas ! Nous pouvons retravailler la rédaction jusqu'à la réunion de la CMP.

Mme la ministre dit qu'il n'y a pas lieu de recourir aux deniers publics s'agissant de fautes professionnelles. Mais la faute relève de la juridiction pénale. Ici, il s'agit d'assurance pour couvrir des erreurs médicales, lesquelles relèvent du droit civil.

*La discussion et le vote sur les amendements n°s 396 rectifié, 533 et 538 sont réservés.*

**M. le président.** – Amendement n°425, présenté par Mme Desmarescaux, M. P. Blanc, Mmes Bout et Debré, M. Gilles, Mmes Henneron et Hermange, MM. Lardeux et Milon, Mmes Payet et Rozier, MM. Adnot, Türk, Darniche, Cornu et Carle et Mlle Joissains.

Après l'article 30 *bis*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 4364-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les orthoprothésistes, les podoprothésistes et les orthopédistes-orthésistes peuvent adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'orthèses plantaires datant de moins de 3 ans dans des conditions fixées par décret et sauf opposition du médecin ».

**Mme Sylvie Desmarescaux.** – La loi de financement pour 2009 a autorisé les pédicures-podologues à renouveler et adapter des prescriptions médicales d'orthèses plantaires -c'est-à-dire de semelles orthopédiques datant de moins de trois ans, sauf opposition du médecin. Or, la délivrance des semelles est également de la compétence des orthoprothésistes, des podoprothésistes et des orthopédistes-orthésistes. Pour éviter toute discrimination, je propose d'étendre à ces derniers l'autorisation de renouvellement. Ainsi toutes les professions habilitées à délivrer des orthèses plantaires seront, si je puis oser le mot, sur un pied d'égalité.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Favorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je souscris à cette mesure dans son principe, mais elle me paraît prématurée. Aucun bilan n'a encore été effectué de cette délégation de tâche aux pédicures-podologues !

**Mme Sylvie Desmarescaux.** – Ces professions sont régies par les mêmes dispositions du code.

*L'amendement n°425 est adopté et devient article additionnel.*

### Article 31

- ① *1. – La section 2 du chapitre II du titre II du livre III du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 322-5-5 ainsi rédigé :*
- ② *« Art. L. 322-5-5. – Sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des dépenses de transport et sur recommandation du conseil de l'hospitalisation, l'État arrête, chaque année, un taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transport remboursées sur l'enveloppe de soins de ville.*
- ③ *« Lorsque l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate que les dépenses de transport occasionnées par les prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein d'un établissement de santé ont connu une progression supérieure à ce taux et que ce dépassement résulte de pratiques de prescription non conformes à l'exigence de recours au mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du bénéficiaire telle qu'elle résulte de l'article L. 321-1, elle peut proposer de conclure, avec l'établissement de santé et l'organisme local d'assurance maladie, un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les transports, d'une durée de trois ans.*
- ④ *« Ce contrat est conforme à un contrat-type élaboré selon les modalités définies à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique et comporte notamment :*
- ⑤ *« 1° Un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport de l'établissement en lien avec le taux d'évolution des dépenses fixé nationalement et actualisé annuellement par avenant ;*
- ⑥ *« 2° Un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières en termes de prescription de transports.*
- ⑦ *« En cas de refus de l'établissement de conclure ce contrat, l'agence régionale de santé lui enjoint de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de transport qui lui sont imputables, dans la limite de 10 % de ces dépenses.*
- ⑧ *« Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que l'établissement de santé n'a pas respecté l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport et après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, l'agence régionale de santé peut lui enjoindre de verser à l'organisme local*

d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de transport qui lui sont imputables, dans la limite du dépassement de son objectif.

- ⑨ « Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que des économies ont été réalisées par rapport à l'objectif, l'agence régionale de santé peut enjoindre à l'organisme local d'assurance maladie de verser à l'établissement de santé une fraction des économies réalisées.
- ⑩ « Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent article. »
- ⑪ II. – L'article 64 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 est ainsi rédigé :
- ⑫ « Art. 64. – De nouvelles modalités d'organisation et de régulation des transports peuvent être expérimentées, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010 et pour une période n'excédant pas cinq ans, sous la responsabilité des établissements de santé qui en font le choix.
- ⑬ « Cette expérimentation a pour objectif de développer des modes de transports plus efficaces en facilitant la mise en place de transports partagés, notamment en recourant à des véhicules sanitaires légers ou des transports de patients à mobilité réduite.
- ⑭ « Les établissements de santé et les transporteurs sanitaires signent une convention créant des centres de régulation, chargés de proposer au patient le mode de transport le plus adapté à son état de santé. Les entreprises de transports membres du centre de régulation doivent respecter la prescription médicalisée de transports.
- ⑮ « Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 322-5-1 du code de la sécurité sociale, la dispense d'avance des frais pour l'assuré est supprimée s'il refuse la proposition de transport qui lui est faite.
- ⑯ « Dans un délai de six mois suivant la publication de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2010, les agences régionales de santé fixent la liste des établissements de santé entrant dans le champ de cette expérimentation.
- ⑰ « Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe le cahier des charges de mise en œuvre et d'évaluation de cette expérimentation.
- ⑱ « Ces expérimentations font l'objet d'une évaluation annuelle et, à leur terme, d'un rapport du Gouvernement transmis au Parlement. »
- ⑲ III. – Jusqu'à la date prévue au I de l'article 131 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, les compétences attribuées par le présent article aux agences régionales de santé sont exercées par les missions régionales de santé.

**M. Bernard Cazeau.** – L'article 31 traite des dépenses de transport sanitaire. En 2008, elles se sont élevées à 2,6 milliards d'euros ; le seul transport

en ambulance représentait 1,1 milliard d'euros, en progression annuelle de près de 4,4 %. Sur les dix dernières années, le taux d'évolution moyen est de 8 % par an et cette croissance s'accéléra lorsque la loi HPST entrera en vigueur. Bien des établissements fermeront : il faudra aller chercher les malades de plus en plus loin. Or le Gouvernement prétend freiner la progression des dépenses de transport : ses prévisions, une hausse de 5,7 % en 2009, 4 % en 2010 et 3 % en 2011 sont vraiment fantaisistes !

Comment entend-il s'y prendre ? Il prévoit un contrôle des ARS ainsi que des contrats imposés ; l'ARS pourrait même obliger les établissements à reverser à l'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de transport prescrites par leurs médecins, dans la limite de 10 %.

Pour servir de base à la sanction, le texte prévoit la fixation d'un taux national d'évolution des dépenses de transport. Mais d'où vient ce taux et pourquoi est-il uniforme alors que les situations sont disparates ? Le Nord-Pas-de-Calais n'est pas le Puy-de-Dôme ni la Dordogne, le territoire de Belfort !

*L'article 31 est adopté.*

### Articles additionnels

**M. le président.** – Amendement n°307, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

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

Après l'article L. 182-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Art. L. ... - Le conseil peut refuser l'inscription sur la liste visée à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, des produits mentionnés à l'article L. 5121-8 du code de la santé publique et des médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle mentionnée à l'article L. 5124-17-1 du même code, dès lors qu'il constate que la commission de transparence mentionnée à l'article R. 63-15 du code de la sécurité sociale a considéré que le médicament apporte une amélioration du service médical rendu faible ou insuffisante.

« Le ministre en charge de la santé dispose d'un délai de quinze jours pour s'opposer à cette décision, et arrêter par décret le taux de remboursement. L'opposition du ministre doit être motivée par écrit. »

**M. Guy Fischer.** – Après l'AMM, un nouveau médicament, pour être remboursable, est soumis à la sécurité sociale, qui fixe un taux de remboursement, puis au comité économique des produits de santé, qui fixe un prix de vente. Nous donnons à la sécurité sociale un droit de veto, c'est-à-dire la faculté, si elle juge un médicament inefficace, de refuser de l'inscrire sur la liste des produits remboursés. Il appartiendra alors au ministre de fixer le taux, s'il juge opportun de prévoir tout de même un remboursement. Nous évitons ainsi que de nouveaux médicaments qui

n'améliorent pas le service médical rendu soient remboursés... pour être ensuite l'objet d'une mesure de déremboursement !

Pour reprendre une campagne de la Mutualité française, soit un médicament est utile et il faut le rembourser correctement, soit il ne l'est pas et il ne faut pas le rembourser. Qui peut être contre ?

Notre amendement empêcherait les laboratoires de contourner le droit des brevets en obtenant l'AMM pour des produits aux caractéristiques strictement identiques à celles de molécules tombées dans le domaine public.

**Mme Muguette Dini, présidente de la commission.** – Avis défavorable, pour des raisons déjà explicitées.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Avis défavorable.

**M. François Autain.** – Nous avons repris dans cet amendement une recommandation pertinente figurant dans le rapport 2008 de l'assurance maladie, où il est précisé que 45 % des dépenses supplémentaires concernent des molécules n'améliorant guère le service médical rendu, mais induisant de nouvelles prescriptions par substitution partielle aux produits existants.

Vous refusez toujours ce genre de suggestion. Mais voulez-vous réellement contenir les dépenses de l'assurance maladie au niveau nécessaire ? Si cette disposition avait été en vigueur l'an dernier, l'assurance maladie aurait opposé son veto à huit médicaments dépourvus d'avantages par rapport à l'arsenal existant. L'AMM était justifiée par l'économie prétendument procurée par ces spécialités. Ainsi, l'antiépileptique Lirica a été autorisé en juin 2006 malgré l'absence d'amélioration du service médical rendu. Il est même remboursé à 75 %. Son prix de vente fixe à 3,39 euros le coût du traitement journalier, contre 0,99 à 2,61 euros par jour en utilisant un produit antérieur de la même classe thérapeutique.

Sauf à réaliser des économies en dépensant plus, il faut combattre la mise sur le marché de spécialités inutiles. Mais vous ne cherchez manifestement pas à contenir les dépenses de l'assurance maladie en matière de médicaments.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – N'importe quoi !

*L'amendement n°307 n'est pas adopté.*

**M. François Autain.** – Je recommencerai !

**M. le président.** – Les trois amendements réservés doivent-ils être examinés maintenant ou à la fin du débat ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – A la fin.

*L'amendement n°404 n'est pas soutenu.*

**M. le président.** – Je rappelle au Sénat que l'amendement n°438 a été retiré.

Amendement identique n°450, présenté par MM. Milon, Paul Blanc, Laménie et Houpert et Mmes Sittler et Panis.

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

Les deux derniers alinéas de l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles tel qu'il résulte du III de l'article 63 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :

« 3° Des tarifs journaliers afférents aux prestations relatives à l'hébergement, fixés par le président du conseil général, dans des conditions précisées par décret et opposables aux bénéficiaires de l'aide sociale accueillis dans des établissements habilités totalement ou partiellement à l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées. Ce décret détermine le contenu des tarifs journaliers afférents aux prestations relatives à l'hébergement qui ne peuvent comporter des dépenses intégrées dans les tarifs relatifs aux soins et à la dépendance cités respectivement aux 1° et au 2° .

« Pour les établissements mentionnés à l'article L. 342-1 à l'exception de ceux mentionnés au 4°, les prestations relatives à l'hébergement sont fixées et contrôlées dans les conditions prévues par les articles L. 342-2 à L. 342-6.

« Les tarifs correspondant à des prestations complémentaires et librement acceptées et acquittées par les résidents, à la condition qu'elles ne relèvent pas des tarifs cités aux 1°, 2° et 3°, constituent des suppléments aux tarifs journaliers afférents à l'hébergement. Ils doivent être établis par l'organe délibérant de la personne morale gestionnaire pour chaque catégorie homogène de prestation faisant l'objet d'un paiement par les résidents ou leurs représentants au sein de l'établissement. Les tarifs des suppléments aux tarifs journaliers doivent être communiqués aux titulaires d'un contrat de séjour ou à leurs représentants, et portés à la connaissance du président du conseil général et du public dans des conditions fixées par décret.

« Pour les établissements mentionnés à l'article L. 342-1 et les résidents non admis à l'aide sociale dans les établissements relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code et du 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, les prestations relatives aux suppléments aux tarifs journaliers afférents à l'hébergement sont fixées et contrôlées dans les conditions prévues par les articles L. 342-2 à L. 342-6 du présent code. »

**M. Alain Milon.** – Le rapport publié cet été par l'inspection générale des affaires sociales sur le reste à charge en maison de retraite a montré l'hétérogénéité des situations. Par exemple, le blanchissage de linge est inclus ou non selon les cas.

Tirant parti de la vulnérabilité des usagers, certains opérateurs peu scrupuleux facturent les protections pour incontinence, d'autres introduisent des forfaits de surveillance particulière. L'éventuel paiement de prestations d'animation n'est pas nécessairement illégitime, mais doit être encadré.

En fait, les réformes successives de la tarification ont omis de définir le contenu du tarif hébergement, qui reste encore « ce qui n'est pas inclus dans le tarif soins ou le tarif dépendance ». Cette imprécision est source d'ambiguïtés.

Outre qu'il est impossible de calculer un rapport qualité-prix en se fondant sur des tarifs qui exposent à des abus, cette opacité tarifaire présente de graves inconvénients : il est impossible d'estimer le périmètre de ce qui pourrait être couvert par le risque de perte d'autonomie ; on ne peut connaître le taux d'accessibilité financière des maisons de retraite par territoire. A ce propos, il vaut mieux prendre en compte le caractère administré ou libre du tarif ainsi que les prix effectifs, plutôt que le nombre de lits de maison de retraite pour 1 000 personnes de plus de 75 ans. En effet, l'admission en maison de retraite s'effectue en général vers 85 ans, l'obstacle financier l'emportant par ailleurs sur l'accessibilité géographique.

**M. le président.** – Amendement identique n°495, présenté par M. About et les membres du groupe Union centriste.

**M. Nicolas About.** – Il vient d'être brillamment défendu.

**Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur de la commission des affaires sociales pour le secteur médico-social.** – Les tarifs d'hébergement peuvent en effet varier énormément en fonction des prestations retenues, ce qui induit de très forts écarts pour le reste à charge. En outre, son montant considérable forme une barrière à l'entrée en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Toutefois, un décret relatif à la réforme de la tarification en Ehpad sera publié très prochainement. Sagesse.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État chargée des aînés.** – Le Gouvernement partage sans réserve la volonté de garantir à chaque financeur que sa part ne sera pas indûment accrue.

Il appartient actuellement au pouvoir réglementaire d'appliquer l'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, qui a consolidé le fonctionnement tripartite du système. Le projet de décret sera transmis au Conseil d'État dès que nous aurons conduit à son terme une concertation très approfondie avec l'ensemble des acteurs. Le Gouvernement sera particulièrement attentif à ce que la définition du tarif hébergement limite la charge des résidents. En outre, votre volonté de transparence en matière de prestations sera satisfaite par le décret.

Je demande donc le retrait de ces amendements, qui seront satisfaits.

**M. Guy Fischer.** – Les directeurs d'Ehpad sont inquiets pour l'évolution future du reste à charge. Tout cela est actuellement régi par des conventions tripartites.

Les restes à charge deviennent insupportables pour les familles. La plupart du temps, elles gardent leurs parents auprès d'elles le plus longtemps possible et lorsqu'elles demandent un placement en Ehpad, c'est parce que la dépendance est devenue ingérable.

La première difficulté, c'est de trouver une place. Et je sais qu'à Vénissieux, ce n'est pas simple ! Ensuite, il faut payer en moyenne 2 000 euros mensuels, car le conseil général et l'assurance maladie entendent contraindre leurs dépenses.

Les directeurs des Ehpad sont très inquiets devant ce projet de décret.

**M. Alain Milon.** – Un décret est en cours de rédaction m'avez-vous dit mais, comme on dit en Catalogne, il vaut mieux une pomme de terre dans l'assiette qu'un pigeon qui vole. (*On s'amuse*) Je maintiens donc mon amendement.

*Les amendements identiques n°s 450 et 495 sont adoptés et deviennent un article additionnel.*

**M. le président.** – La pomme de terre l'a emporté sur le pigeon !

*L'amendement n°403 n'est pas défendu.*

**M. le président.** – Amendement identique n°449, présenté par MM. Milon, P. Blanc, Laménie, Houpert et Gilles, Mlle Joissains et Mmes Sittler et Panis.

**M. Alain Milon.** – Il y a lieu d'harmoniser les dispositions de l'article 63 de la loi de financement pour 2009 sur la tarification des Ehpad avec celles relatives aux établissements et services sociaux et médico-sociaux privés d'intérêt collectif qui figurent dans la loi HPST. Les organes délibérants des personnes morales gestionnaires devront adopter un projet institutionnel décrivant les modalités selon lesquelles les établissements privés d'intérêt collectif limitent le reste à charge pesant sur les usagers.

**Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur.** – Cet amendement permettrait aux conseils d'administration des établissements de fixer librement les tarifs applicables aux personnes qui ne bénéficient pas de l'aide sociale. En revanche, les conseils généraux continueraient à fixer les tarifs applicables à celles qui bénéficient de l'aide sociale. Les établissements médico-publics et les établissements médico-sociaux privés d'intérêt collectif sont concernés par cette mesure. Cet amendement ouvre la voie à une libéralisation et à une possible dérive des tarifs applicables aux non-bénéficiaires de l'aide sociale.

**M. le président.** – Ce serait fâcheux !

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Cet amendement va au-delà d'une simple mesure d'harmonisation puisqu'il conduirait à une hausse des tarifs, comme vient de le dire Mme le rapporteur, alors que le reste à charge des personnes âgées hébergées en établissement est une préoccupation majeure des Français. Il n'est pas question de permettre une libéralisation des tarifs dans les secteurs publics et associatifs. Je demande donc le retrait.

**M. Alain Milon.** – Je n'avais pas interprété le sens de cet amendement ainsi. Si tel avait été le cas, je ne l'aurais pas présenté.

*L'amendement n°449 est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°306, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

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

Après l'article L. 3131-11 du code de la santé publique, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Art. L. ... - Dès lors que le ministre en charge de la santé décide de l'application des mesures visées à l'article L. 3131-1 et suivants, et que ces mesures peuvent avoir pour effet d'engager la participation financière des organismes visés aux articles L. 182-3-1 et L. 182-4-1 du code de la sécurité sociale, il est tenu de les saisir pour avis sur l'application de ces mesures. »

**M. François Autain.** – L'Uncam et l'Unocam peuvent être appelées à contribuer financièrement aux mesures prises par le Gouvernement au titre de l'urgence sanitaire ou du risque pandémique : elles doivent donc donner leur avis sur ces mesures.

**Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur.** – Ce genre de mesures relève des compétences régaliennes de l'État : il n'est donc pas possible d'imposer aux autorités publiques de procéder à ces consultations. Retrait.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Avis défavorable.

**M. Guy Fischer.** – Nous avons voulu réagir aux décisions qui ont été prises lors du déclenchement de la pandémie de grippe A. Sans doute soucieux d'appliquer le principe de précaution, le Gouvernement a passé commande de 94 millions de dose de vaccins et a commandé 33 millions de traitements antiviraux. Il a ensuite demandé aux organismes d'assurance santé complémentaire une contribution importante. Or, ces organismes n'ont pas été consultés et se sont donc retrouvés devant le fait accompli. C'est pourquoi nous entendons leur permettre de donner leur avis lorsqu'ils sont mis à contribution, ce qui implique que leur soit communiquée l'intégralité des contrats. Nous avons essayé de nous les procurer et nous n'y sommes pas parvenus.

**M. François Autain.** – C'est secret défense !

*L'amendement n°306 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°471, présenté par MM. Milon et Houpert et Mmes Sittler et Paris.

Après l'article 31, 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 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, 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. »

**M. Alain Milon.** – Face à l'impératif de la maîtrise des dépenses hospitalières, une régulation par les prix s'ajoute à une régulation par les volumes. Depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003, cette régulation repose sur un dispositif nommé Objectifs quantifiés de l'offre de soins (Oqos) 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 annuels ou pluriannuels.

Or, il s'avère que le dispositif des Oqos, qui devait corriger les éventuels effets pervers de la T2A, ne satisfait pas cette exigence, loin de là.

Les agences régionales de l'hospitalisation qui ont mis en œuvre les Oqos reconnaissent l'inefficacité de ce dispositif 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 qu'en cas d'actes inutiles ou injustifiés. Nous proposons donc de déroger à titre expérimental au système des objectifs quantifiés en contrepartie d'une évaluation de la pertinence des actes et des hospitalisations par des établissements volontaires.

**Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur.** – Malgré tout l'intérêt que vous portez à votre amendement, j'en souhaite le retrait.

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

*L'amendement n°471 est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°309, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

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

Après le troisième alinéa de l'article L. 952-23-1 du code de l'éducation, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Chaque membre du personnel enseignant universitaire titulaire ou non titulaire de médecine générale défini par

cet article conclut avec les Agences régionales de santé un contrat sur la base duquel il perçoit une rémunération complémentaire aux revenus issus de l'exercice de ses fonctions de soins en médecine générale ambulatoire. Ce contrat est conforme à un contrat type élaboré par le ministère de la santé, de la jeunesse et des sports et prévoit des engagements individualisés qui peuvent porter sur les modalités d'exercice, la diffusion des recommandations de bonne pratique en médecine générale, la participation à toute action d'amélioration des pratiques, la participation à des actions de dépistage et de prévention. Les indicateurs observés sont définis scientifiquement par la Haute Autorité de santé. »

**M. Guy Fischer.** – La loi du 8 février 2008 a conforté la place de la médecine générale dans notre pays en reconnaissant les enseignants de médecine générale qui exercent leur activité de soins en médecine ambulatoire. Il s'agit pourtant d'une reconnaissance imparfaite dans la mesure où l'enseignement en médecine est tourné vers le système hospitalier ce qui explique pourquoi le statut de médecin associé a été créé. A l'heure actuelle, dix professeurs universitaires de médecine générale ont été nommés par décret, et dix autres devraient prochainement suivre. En outre, 30 chefs de clinique ont été nommés, mais il n'y a pas, à ce jour, de maîtres de conférences. Or, comme on manque d'enseignants, le Gouvernement n'a pas voulu supprimer la filière historique, c'est-à-dire les enseignants associés, qui sont payés 2,5 fois moins que les titulaires. Il convient donc de réagir, comme pour les maîtres de conférences associés, qui ne perçoivent que 1 000 euros par mois pour cette activité.

Or, contrairement aux autres enseignants de médecine, ceux qui enseignent la médecine générale exercent en cabinet. Leur rémunération est donc fonction du nombre d'actes qu'ils réalisent, alors que les enseignants qui ont une carrière hospitalière sont salariés ou rémunérés au forfait.

Pour rendre attractive la profession de médecin de premier recours, il convient donc de revaloriser cette fonction.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Qu'en pense le Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Cela existe.

**M. Guy Fischer.** – Vous l'avez déjà fait ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'an dernier. Depuis la loi de coordination de juillet 2009, la gestion de ces contrats est assurée par les ARH. Votre amendement est donc entièrement satisfait.

**M. Guy Fischer.** – Cela veut dire que nous avons posé un vrai problème ! Pour cette seule fois, je vais vous faire plaisir ! (*Rires et protestations amusées*)

*L'amendement n°309 est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°370, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

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

Le Gouvernement dépose sur le Bureau des assemblées, au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2010, un rapport étudiant l'opportunité de modifier la législation, et plus particulièrement l'arrêté du 21 mars 2005 relatif à la classification commune des actes médicaux remplaçant l'ancienne nomenclature générale des actes professionnels, afin d'autoriser les titulaires du diplôme de médecine générale à coter dans les mêmes conditions que les autres médecins spécialistes.

**M. François Autain.** – Le débat est ouvert, sur la rémunération des médecins généralistes qui ont obtenu le diplôme de « spécialiste de médecine générale », puisqu'il n'y a plus maintenant que des spécialistes !

Le 15 septembre, le tribunal de Laon a rendu un avis défavorable à un omnipraticien de l'Aisne, spécialiste de médecine générale, qui avait coté CS. Peu après, le tribunal de Strasbourg a rendu un arrêt radicalement différent, décidant que « le praticien remplit les conditions de qualifications nécessaires et peut prétendre à la cotation CS réservée aux spécialistes ». Nous partageons ce dernier avis et considérons que la possibilité de coter CS encouragera les étudiants à s'orienter vers la médecine générale.

Lorsque nous avons évoqué le problème, vous nous aviez répondu : « Sur un plan juridique, le rétablissement du tarif à 23 euros ne vaut que pour le médecin qui a été en justice, et en aucun cas pour l'ensemble des médecins » Cette réponse est étonnante, particulièrement si on la compare à la manière dont vous traitez la MDA...mais le président n'aime pas les acronymes.

**M. le président.** – C'est pour que le public comprenne nos débats.

**M. François Autain.** – Pour la majoration de durée d'assurance, il a suffi qu'une décision de justice en contredise une autre pour que vous vous empressiez de réformer la législation. Mais dès lors qu'il s'agit de revaloriser la spécialité de médecine générale, peu importe que les procès se succèdent et se contredisent !

Les organisations qui représentent les médecins généralistes « encouragent leurs adhérents à mener la guérilla de la tarification ». Est-il normal de laisser les tribunaux trancher sur une disposition aussi importante ? Est-il normal de laisser perdurer des disparités entre les professionnels de santé en fonction de leur ressort juridique ? Nous ne le croyons pas. C'est pourquoi, dans l'intérêt même des patients, qui ont tout à gagner d'une revalorisation de la

médecine générale, notamment dans la lutte contre les déserts médicaux, le Gouvernement doit apporter une réponse rapide.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – J'ai interrogé le Gouvernement dans le même sens cet été. Je ne doute pas, madame la ministre, que vous allez nous apporter des éclairages supplémentaires. Cet amendement d'appel ne demande rien d'autre. La question est récurrente pour les professions de santé, même si elle ne passionne pas les foules.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Cela relève de la convention.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Je sais bien, mais cela n'avance pas.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Ma position n'a pas changé depuis ma réponse à une question d'actualité : la revalorisation des médecins généralistes n'implique nullement un passage au CS. Il faut différencier les deux métiers. Néanmoins, l'augmentation du C est provisionnée dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, avec des conditions rigoureuses en matière de dépassement et de démographie médicale. Pour l'instant, la négociation n'a pas abouti.

Des procédures juridiques sont en cours ; en attendant leur aboutissement devant la Cour de cassation, je ne bouge pas. Quant au rapport réclamé, je n'en vois pas l'utilité.

**M. François Autain.** – Il fallait bien donner forme à cet amendement.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – C'est n'importe quoi.

**M. François Autain.** – Le Gouvernement peut-il laisser se perpétuer une situation dans laquelle celui qui a obtenu gain de cause peut coter CS et pas l'autre ? Le refus de la cotation CS est-il lié à l'augmentation à 23 euros ? Sera-t-elle possible ensuite, quand les consultations des généralistes seront au même prix que celles des spécialistes ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Non, c'est un problème juridique. J'attire d'ailleurs l'attention des malades sur le fait qu'avec une cotation CS ils risquent de n'être pas remboursés du tout.

J'attends l'avis de la Cour de cassation, et je répète que le C n'est pas le CS, même s'il y a égalité de rémunération.

*L'amendement n°370 est retiré.*

*L'amendement n°501 n'est pas soutenu.*

*L'article 31 bis est adopté.*

## Article 32

- ① *IA (nouveau).* – *Le VI de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) est ainsi rédigé :*
- ② *« VI. – Le I, à l'exclusion du quatrième alinéa, le II, le V, à l'exception du G, et le VII du présent article sont applicables aux établissements de santé de Guyane mentionnés aux a et b de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, selon des modalités et un calendrier fixés par décret, et sous les réserves suivantes :*
- ③ *« 1° Au deuxième alinéa du B du V, l'année : "2008" est remplacée par l'année : "2010" ;*
- ④ *« 2° Au troisième alinéa du C et au D du V, l'année : "2012" est remplacée par les mots : "une date fixée par décret".*
- ⑤ *« Ces dispositions entrent en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2010. »*
- ⑥ *I. – Le premier alinéa du VII de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 précitée est ainsi modifié :*
- ⑦ *1° L'année : « 2012 » est, par trois fois, remplacée par l'année : « 2018 » ;*
- ⑧ *2° (nouveau) À la dernière phrase, le mot : « octobre » est remplacé par le mot : « septembre » ;*
- ⑨ *3° (nouveau) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :*
- ⑩ *« Ce bilan contient également un programme précisant la méthode et les étapes permettant de progresser dans la réalisation de la convergence intersectorielle des tarifs avant l'échéance de 2018. »*
- ⑪ *II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :*
- ⑫ *1° A (nouveau) À la première phrase du premier alinéa du V de l'article L. 162-22-10, le mot : « octobre » est remplacé par le mot : « septembre » ;*
- ⑬ *1° B (nouveau) À la fin du dernier alinéa du I de l'article L. 162-22-10, la référence : « II » est remplacée par la référence : « II bis » ;*
- ⑭ *1° Après le 6° de l'article L. 174-1-1, il est inséré un 7° ainsi rédigé :*
- ⑮ *« 7° Les activités de soins dispensés par un hôpital établi dans un autre État à des patients relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, en application de dispositions communautaires ou d'un accord conclu entre la France et l'État concerné, ou en application d'un accord particulier conclu par la France soit dans le cadre de dispositions communautaires, soit dans le cadre d'un accord conclu avec cet État. » ;*
- ⑯ *2° Après l'article L. 174-2-1, il est inséré un article L. 174-2-2 ainsi rédigé :*
- ⑰ *« Art. L. 174-2-2. – Une caisse primaire d'assurance maladie désignée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale peut verser à l'hôpital mentionné au 7° de l'article L. 174-1-1, pour le compte de l'ensemble des*

*régimes d'assurance maladie, les sommes dues au titre des soins dispensés à des patients relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, en application des accords mentionnés à ce même 7°.*

18 « Les sommes versées sont réparties entre les régimes selon les modalités prévues à l'article L. 174-2. »

**M. Bernard Cazeau.** – Le premier paragraphe de cet article prévoit le report de la convergence tarifaire intersectorielle des établissements de santé à 2018. Il était temps ! Le principe de la convergence peut paraître séduisant : la tarification à l'activité consiste à financer les actes en fonction de groupes homogènes de séjour ; le financement étant assuré par la solidarité nationale, il est difficile de justifier les grandes différences de coûts d'un établissement à l'autre. En pratique, elle est en train de tuer l'hôpital public à petit feu.

En fixant un pseudo-prix de marché variant d'une année à l'autre, la T2A n'a été qu'un outil technocratique de répartition, ne prenant en compte ni la qualité des soins ni leur justification. Quant à la convergence tarifaire intrasectorielle et intersectorielle, elle n'a pas de fondement concret.

Comparer les coûts sur une base purement technique, c'est dénier tout ce qui n'est pris en charge que par l'hôpital public : les précaires sans couverture sociale et les patients n'ayant pas de mutuelle, les cas complexes comme les greffes d'organes ou de moelle, la neurochirurgie, les accidents vasculaires cérébraux, la réanimation néonatale, les maladies infantiles graves, les maladies orphelines. Tout cela, le privé refuse de s'en charger faute de rentabilité.

Parfois, anticipant une hospitalisation longue pour des pathologies graves, le secteur privé transfère les patients à l'hôpital public. Affirmer que l'activité des cliniques est identique à celle d'un hôpital public, c'est méconnaître ces charges très particulières et lourdes : prise en charge de plus de 80 % des urgences et des cas difficiles, notamment provenant des cliniques privées après complications ou infections.

Nous serons très vigilants vis-à-vis des propositions dogmatiques de raccourcissement du délai d'application de la tarification à l'activité (T2A) à 2014 et nous attendons des précisions sur la liste des groupes homogènes de séjour (GHS) qui feront l'objet d'une convergence intersectorielle dès 2010.

**M. Guy Fischer.** – Nous sommes tout à fait opposés à la convergence tarifaire, qui traduit votre projet idéologique de démantèlement des établissements publics de santé dans un ensemble d'établissements dispensant des missions de service public de santé, ce qui signifie la privatisation de l'hôpital public. La loi sur l'hôpital constituait un premier pas en ce sens. La convergence repose sur un mauvais postulat, selon lequel les hôpitaux publics seraient trop chers, alors qu'il n'existe pas d'outil performant et complet de comparaison. La Fédération

de l'hospitalisation privée a mené une campagne active en ce sens.

En juillet dernier, nous nous étions félicités de l'adoption par le Sénat d'un amendement repoussant la convergence à 2018, mais cet article réintroduit par la fenêtre ce que nous avons repoussé par la porte. Il prévoit pour l'année prochaine la diminution de 150 millions d'euros du financement d'une dizaine de GHS et l'application de certains facteurs de rapprochement.

Madame la ministre, vous avez rappelé à l'Assemblée nationale que « convergence ne signifie pas égalité tarifaire ». Encore faut-il le prouver, d'autant que vous ne tenez pas compte de la spécificité des établissements publics de santé. Nous ne pouvons accepter ces expérimentations. Cet article ne respecte pas les engagements que vous avez pris en ces lieux il y a quelques mois.

**M. le président.** – Amendement n°18, présenté par M. Vasselle au nom de la commission des affaires sociales.

I. - Alinéa 7

A la fin de cet alinéa, remplacer l'année :

2018

par l'année :

2014

II. - Alinéa 10

A la fin de cet alinéa, remplacer l'année :

2018

par l'année :

2014

III. - Après l'alinéa 10

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... - Dans le 2 du VI de l'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, l'année : « 2018 » est remplacée par l'année : « 2014 ».

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Ce sujet risque, lui aussi, de nous retenir un moment... Lorsque le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a introduit la convergence tarifaire, celle-ci devait être achevée en 2012. Dans un premier temps, le Gouvernement a renoncé à l'étape intermédiaire prévue en 2008. Aujourd'hui, il nous demande de reporter à 2018 l'achèvement du processus -ce qui m'a fait réagir en commission lors de l'examen de la loi sur l'hôpital... La commission ne peut accepter un tel report car ce projet risque d'être repoussé *sine die*, voire abandonné. Dans le même temps, vous nous indiquez qu'une convergence ciblée sera appliquée dès 2010 dans certains GHS. Ce qui n'est pas

possible pour 2018 pourrait l'être, dans quelques cas, tout de suite ?

Pour faire le point, nous avons organisé une table ronde avec les principaux intéressés dans le cadre de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (Mecss), qui a abouti à ce rapport. (*M. Alain Vasselle, rapporteur général, remet un rapport à Mme la ministre*)

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je l'ai déjà.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Ce document que vous avez certainement lu et relu vous est ainsi remis solennellement... (*Sourires*) Toutes les études seront achevées en 2012. Pourquoi reporter l'achèvement du processus en 2018 ? La commission propose de fixer cette date à 2014.

**M. François Autain.** – Pourquoi 2014 ?

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – La convergence n'est pas un sujet idéologique, contrairement à ce que prétend le groupe CRC, mais elle vise à améliorer l'efficacité des établissements de santé. Il n'est pas nécessaire d'attendre six ans après la fin des études : la date que nous proposons est raisonnable.

**M. le président.** – Amendement identique n°57, présenté par M. Jégou au nom de la commission des finances.

**M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis de la commission des finances.** – Le rapporteur général a très bien présenté notre amendement commun. A plusieurs reprises, madame la ministre, vous nous avez dit qu'il valait mieux améliorer l'efficacité de l'hôpital plutôt que de prélever de nouvelles taxes et avez illustré vos propos d'exemples très frappants. Il existe des marges de manœuvre pour réaliser des économies : nous ne comprenons pas ce report. Certes, la vision de la commission des finances est très budgétaire, mais le processus a débuté en 2005 et les études, nombreuses sur ce sujet, seront achevées en 2012 ! Nous nous sommes donc accordés, avec la commission des affaires sociales, sur l'année 2014. Deux années seront largement suffisantes pour tenir compte de ces études.

Un report en 2018 pourrait laisser croire à l'hôpital public -et à nos collègues du groupe CRC...- qu'il s'agit d'un signe de renoncement, ce qui ne l'encouragerait pas à poursuivre les efforts initiés par le Parlement pour rééquilibrer nos finances sociales.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Alors que la dotation globale était très injuste, la tarification à l'activité est le système le plus juste. Elle a d'ailleurs mis en lumière certains dysfonctionnements et des dérives de l'hôpital public, dont le déficit n'est pas une fatalité puisque les deux tiers des établissements équilibrent leur budget. Ce sont toujours les mêmes causes : certains hôpitaux

ont réalisé des investissements surdimensionnés ou ont joué le rôle de variable d'ajustement de la politique sociale des collectivités territoriales. Ainsi, pour les mêmes activités, on aboutit à un effectif du personnel administratif variant de un à quatre ! Le dernier rapport de la Cour des comptes, dont je vous avais cité des exemples, a également noté des gains d'efficacité possibles. Quand le nombre de médecins varie de un à dix pour un lit de pneumologie, il y a un problème ! Reconnaissez-le, monsieur Fischer. Avec la dotation globale, certains élus pouvaient demander une rallonge au ministère de la santé. D'un hôpital à l'autre, les distorsions de rémunération pour un même acte étaient considérables.

Nous tenons compte des spécificités et des missions de l'hôpital public. Ainsi, nous avons créé, dans la dernière tarification, un coefficient lié à la précarité et à la sévérité des cas. A ce titre, l'AP-HP reçoit 18 millions d'euros supplémentaires. Grâce aux mécanismes instaurés à cet effet, les variations budgétaires sont de 27 %.

La convergence n'est pas l'égalité, mais la justice : à charge égale, la rémunération doit être égale. J'ai déjà fait avancer la convergence de dix points en un an. Mais nous avons besoin d'études solides, qui quantifient les écarts de coûts entre le public et le privé et mesurent le surcoût lié au coût du travail et à l'activité non programmée : ce n'est pas chose facile !

Vous pensez peut-être que je n'ai pas lu votre rapport sur la convergence tarifaire...

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Nous ne l'avons jamais supposé !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – ...mais je l'ai lu, n'en déplaise à certains.

**M. François Autain.** – Quelle puissance de travail !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je ne sais pas, mais je travaille beaucoup !

Ce rapport précise que dix-neuf études portant sur onze thèmes doivent être menées à bien d'ici la fin 2012. Mais on ne pourra pas appliquer immédiatement leurs conclusions ! Il faudra modifier en conséquence les modèles de financement des établissements, amortir le choc pour certains d'entre eux, gérer les « effets revenus » : cela demandera du temps. La convergence sectorielle conduira pour certains établissements à une baisse de tarifs qu'il faudra étaler dans le temps.

Je ne demande pas le gel de la convergence ; je dis simplement qu'il est impossible de la mettre en œuvre avant 2018. D'ici là, de nouvelles campagnes tarifaires prouveront ma détermination. Il faudra établir, en prenant en compte des volumes significatifs dans les deux secteurs, des groupes homogènes de séjours comprenant des pratiques médicales et des types de prises en charge comparables. Rappelons qu'il a fallu trois ans pour mettre au point la dernière version de la

classification des groupes homogènes de malades, et davantage pour fixer la méthodologie des études nationales des coûts !

Quand mes prédécesseurs en 2004 et 2005 ont forgé la notion de convergence, ils ont fixé comme horizon théorique l'année 2012, sans imaginer les difficultés de l'entreprise ! Le Gouvernement en a tiré les leçons. Je ne souhaite pas revenir sur la T2A, seul système de rémunération équitable.

**M. François Autain.** – Et la Migac ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Mais pour que la convergence soit juste et correctement appliquée, il faut en reporter l'échéance. Avis défavorable à ces amendements.

**M. Jean-Pierre Godefroy.** – Les amendements de MM. Vasselle et Jégou visent à ramener de 2018 à 2014 la date butoir de la convergence tarifaire intersectorielle. Cela ne laisse pas de m'étonner, étant donné ce que nous avons entendu lors de la table ronde organisée par la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale. Que nous ont dit les responsables de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et de la mission « Tarification à l'activité » ? Tout d'abord, qu'ils travaillaient sur la base des recommandations du rapport de l'Igas de janvier 2006, qui préconisait la réalisation de seize études pour mesurer les écarts de coûts justifiés par la nature des charges assumées par les deux secteurs. Ces études demandent du temps.

Les honoraires médicaux sont inclus dans les tarifs du secteur public mais pas dans ceux du secteur privé, ce qui suscite des difficultés techniques aiguës : comment distinguer pour les établissements privés, dans le cadre d'un tarif unique, une part « honoraires » et une part « clinique » ? Comment prendre en compte les dépassements d'honoraires ? Cette réflexion demande du temps.

De nombreuses études doivent encore être réalisées pour mesurer les écarts de coûts justifiés par la précarité, la permanence des soins, l'activité non programmée et les effets de taille et de gamme. Cela demande du temps.

Il est également nécessaire de mesurer les conséquences des mesures préconisées : cela demande du temps. Je rappelle que l'on a mis trois ans à mettre au point la nouvelle classification V 11.

Il faudra aussi gérer les « effets revenus », car comme nous l'a dit la directrice de la Dhos, « on ne peut pas de manière irresponsable bousculer l'offre de soins sur un territoire, en prenant le risque de ne plus avoir de réponse sur telle ou telle pathologie ». Cela demande du temps.

Enfin il faut être attentif à la « convergence globale du coût », qui concerne non seulement le coût pour l'assurance maladie, mais aussi le coût pour les mutuelles et les patients, comme l'a souligné le

responsable du pôle « finances » de la FHF. Cela demande du temps.

Nous ne pouvons donc qu'être hostiles à ces deux amendements.

**M. le président.** – Vous êtes en convergence avec Mme la ministre, monsieur Godefroy ! (*Sourires*)

**M. François Autain.** – A entendre M. le rapporteur, je me demande si nous avons assisté à la même table ronde. Si l'échéance de la convergence a été reportée jusqu'en 2018, c'est parce que la Dhos l'estime nécessaire. Sa directrice, Mme Podeur, nous a déclaré : « En 2012, une grande part du chemin sera réalisée vers le retour à l'équilibre des hôpitaux, la convergence intrasectorielle sera effective et tous les résultats des études seront connus. Mais c'est insuffisant : à ce stade, il faudra encore tirer les conséquences des études et les tester dans le modèle tarifaire de manière rigoureuse. Pour la nouvelle classification V 11, les travaux ont duré trois ans pour passer de 800 à 2 300 tarifs. Après ce temps de prise en compte des résultats dans le modèle, il sera nécessaire de gérer les « effets revenus », car on ne peut pas de manière irresponsable bousculer l'offre de soins sur un territoire, en prenant le risque de ne plus avoir de réponse sur telle ou telle pathologie. Le cumul de ces délais explique que 2018 n'est pas un report aux calendes grecques, mais un délai raisonnable pour travailler de manière fiable. » Cela me semble clair !

D'où avez-vous tiré cette date de 2014 ? Même pour ceux qui sont favorables à la convergence, ce qui n'est pas notre cas...

**M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis.** – C'est pour cela que vous avez du temps !

**M. François Autain.** – ...cette échéance n'a aucun sens.

Il m'a semblé lors de la table ronde que ceux qui étaient le plus attachés à une mise en œuvre rapide de la convergence étaient les délégués de la Fédération de l'hospitalisation privée...

**M. Guy Fischer.** – C'est sûr !

**M. François Autain.** – Je me trompe peut-être...

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Sans aucun doute !

**M. François Autain.** – Il est vrai que les cliniques privées ont beaucoup plus à y gagner que les hôpitaux publics...

Nous ne sommes pas opposés par principe à ce que les activités et les pathologies soient prises en compte dans le financement des hôpitaux...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Tout de même !

**M. François Autain.** – ...mais elles ne doivent pas constituer la seule base de calcul de leur dotation.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Ce n'est pas le cas.

**M. François Autain.** – Aujourd'hui, les GHS ne représentent qu'environ 60 % des ressources des hôpitaux, le reste provenant de la dotation « missions d'intérêt général et aide à la contractualisation » (Migac).

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Merci de le rappeler !

**M. François Autain.** – La convergence et la tarification à l'activité ne sont pas l'alpha et l'oméga du financement des établissements de santé : penser le contraire serait de l'idéologie.

**M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis.** – Nous avons déjà abordé des sujets importants, comme celui de la dette de la Cades sur lequel les réponses du Gouvernement ne nous ont pas entièrement satisfaits. Mais nous touchons ici à l'un des points les plus importants de ce PLFSS. Je suis dans mon rôle de rapporteur pour avis de la commission des finances. Mme la ministre dit que nous avons besoin de temps. Mais nous n'avons pas le temps ! Les déficits se creusent, et chacun doit être convaincu qu'il y a urgence. Certaines statistiques citées par Mme la ministre font froid dans le dos : on ne peut pas laisser les choses en l'état jusqu'en 2018 !

Le niveau de déficit actuel vient, et je le dis malgré toute l'estime que je porte au milieu hospitalier, du fait que les méthodes n'ont pas changé. La convergence bien comprise, monsieur Milon, soit, mais le report de date représente un écart de 8 à 10 milliards. Notre amendement, comme celui de la commission des affaires sociales, est une façon de dire au Gouvernement : « Attention ! En 2018, il sera trop tard. » Par conséquent, nous le maintenons.

*Les amendements identiques n<sup>os</sup> 57 et 18 sont adoptés.*

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Le Gouvernement souhaite l'examen en priorité, après l'article 45, des amendements aux articles 50 à 58 et portant article additionnel relatif à l'article 58, tous relatifs à la fraude.

*La priorité est ordonnée.*

**M. le président.** – J'en profite pour préciser, madame la ministre, que les trois amendements n<sup>os</sup> 533, 538 et 396 rectifié, dont vous aviez demandé la réserve, pourraient être examinés avant l'article 38. (*Mme la ministre acquiesce*)

*Il en est ainsi décidé.*

**Mme Muguette Dini, présidente de la commission.** – Je précise qu'au rythme où nous allons, ce sera demain vers 17 h 30... (*Mouvements divers*)

*La séance est suspendue à 19 h 50.*

PRÉSIDENCE DE M. ROLAND DU LUART,  
VICE-PRÉSIDENT

*La séance reprend à 21 h 50.*

## Organisme extraparlamentaire (Nomination)

**M. le président.** – Je rappelle que la commission des affaires étrangères a proposé une candidature pour un organisme extraparlamentaire. La Présidence n'ayant reçu aucune opposition dans le délai réglementaire, je proclame Mme Joëlle Garriaud-Maylam membre de la Commission nationale pour l'éducation, la science et la culture.

## Financement de la sécurité sociale pour 2010 (Suite)

Discussion des articles (Suite)

*L'amendement n°463 n'est pas soutenu,  
non plus que l'amendement n°464.*

**M. le président.** – Amendement n°515, présenté par le Gouvernement.

Après l'alinéa 10

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... - L'article 33 précité est complété par deux paragraphes ainsi rédigés :

« VIII. - Par dérogation à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, jusqu'à une date fixée par décret et au plus tard jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2012, la part des frais d'hospitalisation, des actes et consultations externes mentionnés à l'article L. 162-26 du même code, prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des soins dispensés dans le cadre des activités de médecine exercées par les hôpitaux locaux au sens de l'article L. 6141-2 du code de la santé publique, dans sa version antérieure à la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 susvisée, est incluse dans la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 de ce même code.

« IX. - Les dispositions du I, à l'exclusion du quatrième alinéa, celles du II et du V, à l'exception du G, du présent article sont applicables aux activités de médecine exercées par les hôpitaux locaux au sens de l'article L. 6141-2 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 susvisée, selon des modalités et un calendrier fixés par décret, et sous les réserves suivantes :

« 1° Le B du V s'applique à compter d'une date fixée par décret ;

« 2° À la fin du dernier alinéa du C et dans la seconde phrase du D du V, l'année : « 2012 » est remplacée par les mots : « une date fixée par décret ».

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Cet amendement prend en compte la situation spécifique des hôpitaux locaux, qui sont aujourd'hui financés en dotation globale. L'Assemblée nationale a procédé de manière similaire pour la Guyane. La suppression de la catégorie des hôpitaux locaux par la loi HPST entraîne leur basculement dans le droit commun ; ils devraient ainsi dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010 être financés en T2A à 100 %, affectée du coefficient de transition de l'année. Mais ils ne sont pas prêts -le codage des actes n'y a pas été fait de façon exhaustive et les effets du basculement n'ont pas été mesurés. L'amendement tend à maintenir le mode de financement dérogatoire au plus tard jusqu'en 2012, puis à aménager le calendrier de la transition par décret.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Avis favorable.

*L'amendement n°515 est adopté.*

*L'amendement n°461 n'est pas soutenu.*

**M. le président.** – Amendement n°301, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Après l'alinéa 12

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Après le troisième alinéa du même V, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« - pour mesurer et prévenir les taux d'infection nosocomiale et de mortalité, le nombre d'hospitalisations évitables, les taux de réadmission et de mortalité post-hospitalière ; »

**M. François Autain.** – J'avais déposé un amendement voisin lors de l'examen de la loi HPST. Il s'agit de traduire dans la loi l'injonction prononcée par le Président de la République dans son discours du 22 septembre 2008 à Bletterans, et d'enrichir ainsi le rapport déjà prévu sur la mise en œuvre de la T2A. Si je le redépose sur ce texte, c'est qu'il a un impact financier indéniable.

Nos voisins européens publient déjà de tels indicateurs. L'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) déplorait en 2008 le retard de la France ; les résultats publiés en mai 2005, dans la revue *Études et résultats* de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) d'une étude consacrée aux événements indésirables graves observés dans les établissements de santé suggèrent que la question n'est pas anodine. On y apprend par exemple que les admissions causées par des événements indésirables graves représentaient 3 % à 5 % de l'ensemble des séjours, et étaient plus fréquentes en médecine qu'en chirurgie ; que près de 50 % de ces événements

étaient associés à des produits de santé et que la moitié d'entre eux étaient évitables ; que près de deux événements identifiés pendant l'hospitalisation sur cinq seraient évitables et que, dans deux cas sur cinq, ils prolongeaient l'hospitalisation. Les auteurs de l'étude imputaient cette situation à des défauts d'organisation et aux contraintes financières qui pèsent sur les établissements. Or la T2A a des conséquences organisationnelles. On estime à 400 le nombre d'événements indésirables graves survenant chaque jour dans les établissements publics et privés ; leur impact financier est réel.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Nous nous sommes déjà prononcés lors du vote de la loi HPST. Avis défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – L'amendement est satisfait : le rapport sur la mise en œuvre de la T2A traite déjà de la qualité des soins, dont le taux d'infections nosocomiales est un des indicateurs.

**M. François Autain.** – Satisfait, je ne sais pas... J'y reviendrai si nécessaire l'année prochaine.

*L'amendement n°301 est retiré.*

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

I. - Alinéa 15

Supprimer les mots :

de dispositions communautaires ou

et les mots :

ou en application d'un accord particulier conclu par la France soit dans le cadre de dispositions communautaires, soit dans le cadre d'un accord conclu avec cet Etat

II. - Après l'alinéa 15

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Au neuvième alinéa de l'article L. 174-1-1, après les mots : « au titre » sont insérés les mots : « du 7° du présent article et »

III. - Alinéa 17

Remplacer les mots :

des accords mentionnés

par les mots :

de l'accord mentionné

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – L'article 32 permet notamment la prise en charge des frontaliers qui se font soigner dans un hôpital étranger pour des raisons pratiques. Les dépenses correspondantes seront prises en compte dans l'Ondam. Il convient cependant d'écarter celles qui relèvent d'engagements communautaires : les

remboursements suivent alors un circuit particulier *via* le Centre de liaisons européennes et internationales de sécurité sociale et sont pris en compte dans un sous-objectif particulier de l'Ondam.

*L'amendement n°19,  
accepté par le Gouvernement, est adopté.*

*L'article 32, modifié, est adopté.*

### Articles additionnels

**M. le président.** – Amendement n°184, présenté par MM. P. Blanc, Laménie et Gilles, Mlle Joissains et M. Gournac.

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

Le II de l'article L162-22-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« II. - Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives de ces établissements, détermine les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminées les évolutions des tarifs des prestations compatibles avec le respect de cet objectif. Il prend en compte à cet effet notamment l'évolution des charges au titre des soins dispensés l'année précédente, des prévisions de l'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours ainsi que de l'évaluation prévisionnelle de la croissance de cette activité pour les années à venir et les changements de régime juridique et financier de certains établissements. »

**M. Paul Blanc.** – La loi de financement pour 2006 a affiné l'objectif quantifié national pour les établissements de soins de suite et pour les établissements de psychiatrie. Depuis lors, les créations et fermetures d'établissements et les changements de régime juridique et financier sont pris en compte. Mais la loi de financement pour 2009 a supprimé la mention des éléments entrant dans la détermination de l'objectif national, en contradiction avec la volonté constante du Parlement de coller à la réalité. Plus on retire de paramètres, plus les objectifs risquent de devenir inexacts, irréalistes, arbitraires. Nous réintégrons dans la loi des dispositions qui y figuraient antérieurement et ajoutons une évaluation prévisionnelle de croissance de l'activité.

**M. le président.** – Amendement identique n°466, présenté par MM. Milon et Houpert et Mmes Sittler et Panis.

**M. Alain Milon.** – Il est défendu.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – La demande est légitime mais ces éléments n'ont pas disparu : ils étaient du domaine réglementaire et figurent donc dans un décret de février 2009. Les charges des établissements, les gains de productivité envisageables, les changements de régime juridique ou financier sont mentionnés !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je vous le confirme, ces dispositions ont été réintégrées par décret et les amendements sont donc sans objet.

**M. Paul Blanc.** – Je regrette que nous ne soyons pas informés de la publication des décrets.

*Les amendements identiques  
n°s 184 et 466 sont retirés.*

**M. le président.** – Amendement n°152, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après l'article 32, 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 :

« 4° Pour les établissements privés autres que les établissements privés non lucratifs, les tarifs intègrent les honoraires des médecins libéraux qui y exercent. »

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** – La convergence est un chemin semé d'embûches. Nous souhaitons que les honoraires médicaux soient intégrés dans les coûts de séjour des cliniques privées, comme ils le sont dans les établissements publics.

Malgré l'affichage d'un report d'échéance, le processus de convergence suit son cours. Mais les établissements publics affichent un coût « tout compris » et la régulation prix-volume leur est donc défavorable. Prendre en compte les dépassements d'honoraires dans le privé ferait progresser la régulation. Cessons de soumettre le secteur public à une double peine : les rémunérations des professionnels médicaux sont intégrées dans sa tarification ; et les établissements privés non seulement n'incluent pas dans leurs tarifs les honoraires des médecins mais pratiquent des dépassements parfois excessifs.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – La commission ne vous suit pas mais admet que cet élément doit être intégré dans le calcul des prestations. Quoi qu'il en soit, vous voulez aller encore plus vite que moi dans la convergence. Je relève une petite contradiction avec le vote de M. Cazeau lorsque j'ai proposé de ramener l'échéance de 2018 à 2014. Vous voulez quant à vous une convergence immédiate ! Votre mesure est prématurée. Aller vite, oui, mais pas à marche forcée. Défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je partage cet avis. L'intégration des honoraires des médecins dans les coûts des établissements privés remettrait en cause l'exercice libéral de leur activité ; ils sont payés à l'acte et ne sont pas des salariés de la clinique. En revanche, pour les comparaisons, tout est pris en compte, non seulement les honoraires mais les actes d'imagerie, de biologie, les frais de transport, etc. Et il reste toujours un écart de 27 %.

**M. Guy Fischer.** – Je crois Mme la ministre... à moitié.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Décidément !

**M. Guy Fischer.** – C'est que nous avons subi l'avalanche du *lobbying* des établissements privés ! Il y a en réalité des différences énormes de tarification dans les actes. Par exemple, la chirurgie répétitive, dans laquelle le pronostic vital n'est pas engagé, se pratique à 65 % voire 70 % dans le privé ; les cliniques appliquent à leur bloc opératoire les critères de rentabilité de la Générale de santé. La comparaison ne peut être totalement juste. Nous soutenons l'amendement n°152.

*L'amendement n°152 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°469, présenté par MM. Milon, Houpert et Barbier et Mmes Sittler et Panis.

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

Après le 3° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 4° Le cas échéant, les coefficients d'aménagement du territoire s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés ci-dessus, afin de tenir compte des situations qui affectent certains établissements et de leur permettre d'améliorer leur capacité d'attractivité des personnels en raison de leur isolement géographique. »

**M. Alain Milon.** – Certains facteurs géographiques ont une incidence non négligeable sur le prix de revient des prestations ; il faut donc appliquer des coefficients correcteurs. Les établissements situés dans des zones d'isolement sanitaire doivent bénéficier de tarifs corrigés.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Vous proposez des coefficients d'aménagement du territoire. Mais certaines régions sont déjà considérées comme des exceptions et cela suscite des contestations. En outre, l'unicité disparaît, car chaque territoire invoquera des spécificités. C'est plutôt dans la dotation Migac qu'il faut tenir compte des spécificités.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – C'est ce que nous faisons. Mais un zonage en cette matière serait une peau de léopard ! Même les territoires bien dotés comprennent telle petite zone moins favorisée. Votre idée est impossible à mettre en œuvre, raison pour laquelle nous traitons la question au cas par cas.

*L'amendement n°469 est retiré.*

*L'amendement n°400 n'est pas soutenu, non plus que le n°192.*

**M. le président.** – Amendement n°446, présenté par M. Milon, Mme Procaccia, MM. P. Blanc, Laménie, Houpert et Barbier et Mmes Sittler et Panis.

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

I. - Après la première phrase du premier alinéa du VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Cette mesure tient, notamment, compte des écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes dans la détermination des charges salariales et fiscales supportées par les catégories d'établissements visés à l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale. »

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

1° Après le quatrième alinéa du I de l'article L. 162-22-10, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 4° Un coefficient correcteur, s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés aux 1° et 2° ci-dessus, correspondant aux écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale et fiscale. »

2° Dans la première phrase du II de l'article L. 162-22-9, les références : « 1° à 3° » sont remplacées par les références : « 1° à 4° ».

**M. Alain Milon.** – Nous intégrons dans le calcul des coûts ceux qui résultent d'obligations spécifiques en matière de salaires et de fiscalité locale. Et ce, par un coefficient correcteur « de contraintes spécifiques ».

Ces deux dernières années, plusieurs parlementaires de toutes appartenances avaient interpellé Mme la ministre sur le différentiel de charges sociales mis en évidence par l'Igas. On ne peut toujours renvoyer à plus tard les mesures !

La convergence est repoussée à 2018 : il n'est pas possible d'attendre cette date lointaine pour mettre un terme à ce lourd désavantage ! L'Igas l'évalue à 4,05 % de la masse salariale. Il serait logique de procéder à une première étape en 2010 puis en 2011.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – La question est récurrente. Nous avons déjà évoqué le rapport de l'Igas en 2006 et l'étude de mars 2007. Le Gouvernement n'a jamais contesté le différentiel de charge. J'avais présenté un amendement sur ce point les années passées mais je désespérais de le voir aboutir.

Le Gouvernement va nous dire sans doute qu'il est prématuré d'agir.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Laissez-moi le soin de répondre !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Nous connaissons en 2010 le résultat des deux études actuellement en cours sur le coût du travail et de la fiscalité. On peut imaginer que le Gouvernement

tiendra compte de leurs conclusions, puisqu'il dit avoir pris en compte, pour fixer les tarifs, nos deux études conduites sur la précarité et sur la permanence des soins.

Il est plus que temps d'avancer, car de nombreux établissements seront en difficulté d'ici 2018.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – L'excellent rapport de M. Vasselle relate en effet que l'étude sur le coût du travail sera disponible fin 2009. Celle relative à la fiscalité devrait être achevée en 2012, même si je ne peux être plus précise, le prestataire n'ayant pas encore été désigné.

L'Igas a démontré en 2007 que le coût du travail était plus élevé dans les établissements privés, avec un différentiel compris entre 3 % et 7 %. Mais on ne peut bien sûr rendre opposable à l'assurance maladie la politique de ressources humaines suivie par ces établissements.

Ce surcoût doit être intégré dans le différentiel global de charges pesant sur les établissements publics et privés. Au demeurant, aucun coefficient correcteur ne pourrait garantir l'équilibre financier d'établissements mis en difficulté par leur positionnement ou leur stratégie.

*L'amendement n°446 est adopté par assis et levé après une épreuve à main levée déclarée douteuse.*

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Vote intervenu grâce à la bienveillante abstention de la gauche !

**M. François Autain.** – Débrouillez-vous entre vous !

**M. le président.** – Amendement n°155, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

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

Le 2° de l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« Les caisses d'assurance-maladie inscrivent à l'ordre du jour de l'organisme paritaire national prévu par l'accord national des centres de santé l'application à ces centres de l'ensemble des dispositions conventionnelles qu'elles concluent avec les différentes catégories de professionnels libéraux dans un délai de trois mois après leur signature. Sauf opposition d'une des parties, ces dispositions conventionnelles deviennent applicables aux centres de santé et sont formalisées dans un avenant à l'accord national des centres de santé ».

**M. Bernard Cazeau.** – Depuis la promulgation en avril 2008 de l'accord national des centres de santé, aucun dispositif conventionnel négocié avec les professionnels libéraux ne leur a été transposé. Cette situation a été révélée par le rapport de Mme Acker et par la commission de suivi des rapports de l'Igas.

Actuellement, rien n'oblige les caisses d'assurance maladie à discuter la transposition aux centres de santé des dispositifs conventionnels, malgré l'inégalité de traitement qui en résulte.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Avis défavorable, pour des raisons maintes fois exposées.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je répète chaque année à l'auteur de cet amendement combien la mesure qu'il propose serait périlleuse pour les centres de santé, qui perdraient le forfait médecin traitant de 46 euros par patient -contre 40 euros en médecine libérale- les forfaits de suivi et de soins dentaires -soit 50 euros pour le diagnostic et 30 pour le suivi, alors que les chirurgiens-dentistes ne perçoivent rien- enfin les forfaits accordés aux centres de santé infirmiers.

L'accord national des centres de santé rencontre un succès avéré.

Bien sûr, les tarifs opposables aux patients sont les mêmes qu'en médecine libérale.

**M. Bernard Cazeau.** – Des centres de santé nous sollicitent en raison des avantages dont seuls bénéficient les praticiens libéraux.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Ils oublient ce qui les favorise.

**M. Bernard Cazeau.** – Je veux bien cesser de présenter cet amendement, mais à condition que les centres de santé reconnaissent qu'il est inutile.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Ils veulent le beurre et l'argent du beurre : cumuler leurs avantages propres avec ceux du secteur conventionnel. Mais il faut choisir son secteur ! Les centres de santé ne pratiquent pas une médecine libérale.

Il n'y a pas d'égalité à la carte additionnant tout ce qu'on préfère.

**M. François Autain.** – Habituellement, nous proposons la même disposition. Je ne sais pas pour quelle raison elle n'apparaît pas cette année sous notre signature.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Un acte manqué...

**M. François Autain.** – Plutôt une irrecevabilité fondée sur l'article 45 ou sur l'article 40.

D'habitude, je vous crois sur parole. C'est d'ailleurs ce que j'ai fait l'an dernier lorsque je vous ai entendue raconter à propos de mon amendement les mêmes histoires que celles servies aujourd'hui à M. Cazeau.

Contrairement à ce que vous prétendez, les centres de santé ne perçoivent pas le forfait longue maladie en sus du forfait coordination.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – J'ai mentionné un forfait de médecin traitant.

**M. François Autain.** – L'expérience montre que vos affirmations ne sont pas exactes. Je veux bien faire preuve de bonne volonté, mais il ne faut pas exagérer. Ce matin, vous vous êtes plantée (*marques de désapprobation à droite*) à propos de l'ASMR du Gardasil : c'est niveau III, pas I. Il y a quelque chose qui ne va pas.

**M. le président.** – Gardons le ton qui sied habituellement à nos débats !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Une erreur a pu se glisser dans les informations transmises par les services. Je vérifierai.

*L'amendement n°155 n'est pas adopté.*

*L'amendement n°436 n'est pas défendu.*

**M. le président.** – Amendement n°317, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

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

Après le chapitre I du titre VI du livre premier de la sixième partie du code de la santé publique, il est inséré un chapitre ainsi rédigé :

« Chapitre ...

« Modalités de contrôle de l'exercice de missions de service public par les établissements de santé privés.

« Art. L. ... - Les établissements de santé privés, dès lors qu'ils sont amenés à participer à une ou plusieurs missions de service public, organisent dans un recueil spécifique la séparation comptable entre les recettes et les dépenses liées à des activités effectuées par lesdits établissements en raison desdites missions de service public, et des activités non liées à l'exécution de ces missions.

« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités selon lesquelles les établissements de santé privés participant à une ou plusieurs missions de service public soumettent les comptes ainsi organisés à l'autorité chargée de la tarification de ces établissements.

« Art. L. ... - Les comptes ainsi certifiés doivent attester que les établissements de santé privés participant à une ou plusieurs missions de service public ne tirent aucun bénéfice financier de l'exercice des missions mentionnées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique.

« Art. L. ... - Le directeur des établissements de santé privés communique au directeur de l'agence régionale de santé et de la chambre régionale et territoriale des comptes les conclusions du recueil mentionné à l'article L. ... du chapitre..... du titre VI du livre premier de la sixième partie du code de la santé publique.

« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités selon lesquelles le directeur de l'agence régionale de santé et la chambre régionale et territoriale des comptes organisent la publicité des conclusions mentionnées à l'alinéa précédent.

« Art. L. ... - Le directeur de l'agence régionale de santé, s'il constate, au regard des éléments comptables communiqués par les établissements de santé privés, l'existence d'un bénéfice financier au titre de l'exercice par cet établissement d'une ou de plusieurs missions de service public, dispose, dans un délai de six mois à compter de cette publication, de la capacité juridique pour exiger de l'établissement de santé privé le remboursement des bénéficiaires ici mentionnés.

« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités selon lesquelles le directeur de l'agence régionale de santé organise les mécanismes de récupération des sommes visées à l'alinéa précédent. »

**M. François Autain.** – Des établissements de santé privés à but lucratif bénéficient d'importants financements publics, *a fortiori* depuis que la loi HSPT leur a confié de nouvelles missions de service public, comme la formation des internes et des chefs de clinique. D'ailleurs, le président du groupe Générale de santé prétend que 450 cliniques privées sont prêtes à les accueillir.

Or, ces établissements n'ont curieusement aucun compte à rendre, sauf à leurs actionnaires, pour les sommes versées par la collectivité. C'est pourquoi nous avons déposé un amendement à la loi HPST tendant à imposer une comptabilité distincte retraçant les délégations de missions de service public.

Nous n'avions pas envisagé de déposer le même amendement à l'occasion du PLFSS, mais la campagne médiatique conduite par la Fédération de l'hospitalisation privée nous a fait changer d'avis. En quelques mois, nous avons reçu de nouveaux renforts, puisque l'amendement de M. Vasselle aboutit au même résultat : faire cesser la situation inégalitaire au détriment des établissements publics de santé, en rendant la Cour des comptes compétente pour vérifier les établissements privés à but lucratif percevant un financement public.

On ne comprendrait pas qu'une telle mesure de bon sens se heurte à un refus.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Cet amendement semble s'opposer à la convergence puisqu'il estime implicitement qu'on ne peut pas séparer les missions de l'hôpital public. Il n'est donc pas recevable en l'état.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Avis défavorable.

**M. François Autain.** – Je suis désolé de ne pas m'être fait comprendre du rapporteur. Nous nous rallierons néanmoins à son amendement n°20.

*L'amendement n°317 est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°185 rectifié, présenté par MM. P. Blanc, Laménie et Gilles, Mlle Joissains et M. Gournac.

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

Le I de l'article 77 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Afin de mettre en place un nouveau mode de financement des activités de soins de suite et de réadaptation, une étude nationale de coûts à échelle commune aux secteurs hospitaliers publics et privés est instituée à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010. »

**M. Paul Blanc.** – La mise en œuvre d'une tarification à l'activité en soins de suite et de réadaptation doit s'appuyer sur une étude nationale des coûts fondée sur une échelle commune entre les établissements publics et privés. Dans ces activités plus encore que dans d'autres, les prises en charge sont identiques entre les établissements, quel que soit leur statut. Depuis le 17 juin 2008, un cadre réglementaire unique régit les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé sans distinction de statut. En outre, les profils des patients sont identiques, quelle que soit la nature de l'établissement qui les accueille.

**M. le président.** – Amendement identique n°467, présenté par MM. Milon, Houpert et Barbier et Mmes Sittler et Paris.

**M. Alain Milon.** – Il est défendu.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Si la demande est légitime, il n'est sans doute pas réaliste d'imaginer qu'au 1<sup>er</sup> janvier l'échelle commune des coûts soit mise en place. Cependant, cette interpellation est tout à fait judicieuse : c'est pourquoi je vous propose, sous le bénéfice des informations que vous donnera le Gouvernement, de retirer cet amendement, à moins que le Gouvernement veuille jouer l'inertie sur ce dossier, ce qui m'étonnerait.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Le Gouvernement est rarement inerte ! Effectivement, la demande de M. Blanc est légitime mais il part du postulat que la prise en charge des patients et les charges sont identiques dans les deux secteurs. Or, si la réglementation est commune depuis 2008, les prises en charges diffèrent. Ainsi, les statuts des personnels non médicaux sont distincts, et une partie du personnel médical continue d'exercer en mode libéral en clinique. Dans ces conditions, seule une étude comparative permettra d'identifier les similitudes ou les différences entre les deux secteurs. Je ne peux donc pas mettre en œuvre dès l'année prochaine le dispositif que vous me proposez, même si l'objectif est louable.

**M. Paul Blanc.** – Mon expérience de praticien me prouve qu'il n'y a pas grande différence entre les deux secteurs.

**M. François Autain.** – Ah bon ?

**M. Paul Blanc.** – Je parle des soins de suite.

Toutefois, comme vous semblez vouloir aller très vite, je retire mon amendement.

**M. Alain Milon.** – Moi aussi.

*L'amendement n°185 rectifié est retiré, ainsi que l'amendement n°467.*

**M. le président.** – Amendement n°318, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

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

Un rapport du Gouvernement sur l'opportunité de la création d'un nouveau sous-objectif de dépenses qui permette de distinguer, au sein de l'actuel sous objectif relatif aux dépenses des établissements de santé tarifés à l'activité, l'évolution respective des crédits de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie relatifs aux établissements de santé publics d'une part et aux établissements de santé commerciaux d'autre part, est remis au Parlement avant le 15 octobre 2010.

**M. François Autain.** – Je souhaiterais entendre l'avis du Gouvernement sur l'opportunité de créer un nouveau sous-objectif de dépenses. La fonction et les activités de ces deux types d'établissements ne sont pas les mêmes : ils ne traitent pas exactement les mêmes malades et les durées de séjours ne sont pas identiques. Il serait intéressant de faire la distinction entre les crédits qui leur sont affectés au titre de l'Ondam de manière à connaître leur évolution et d'éviter des transferts de l'hôpital public vers l'hôpital privé, étant donné que ce dernier dépense plus souvent les objectifs de l'Ondam. Pour modifier les sous-objectifs, il faut sans doute revenir sur la loi organique, mais qu'en dit le Gouvernement ?

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Lorsque nous avons examiné la loi organique, nous avons envisagé de créer toute une série de sous-objectifs. Finalement, nous n'en avons rien fait. Il serait donc difficile d'adopter cet amendement sans avoir préalablement modifié la loi organique : retrait.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – M. Autain souhaitait connaître mon avis : il est défavorable. (*Sourires*)

**M. François Autain.** – C'est une réponse un peu laconique, mais je retire mon amendement. Je le déposerai une nouvelle fois l'année prochaine.

*L'amendement n°318 est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°537, présenté par M. Vasselle au nom de la commission des affaires sociales.

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

Dans l'article L. 111-7 du code des juridictions financières, après le mot : « européenne », sont insérés les mots : « , sur les organismes mentionnés à l'article

L. 6161-1 du code de la santé publique et à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et de la famille ».

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – La Cour des comptes doit avoir dans son champ de contrôle les organismes médico-sociaux et les établissements privés qui bénéficient d'importants financements publics.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Cette proposition n'est pas illégitime, mais il serait préférable de l'intégrer dans le futur projet de loi sur les juridictions financières.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Qui peut le plus peu le moins ! Pourquoi ne pas prévoir cette mesure dans ce projet de loi de financement ?

**M. Guy Fischer.** – Très bien !

**M. François Autain.** – Pour une fois !

*L'amendement n°537 est adopté et devient un article additionnel.*

### Article 32 bis

① *L'article L. 1111-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :*

② *« Nonobstant les dispositions de l'article L. 4127-1, les sites informatiques des établissements de santé peuvent comporter des informations sur les tarifs et honoraires des professionnels de santé qui y exercent. »*

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

Alinéa 2

Rédiger comme suit cet alinéa :

« Nonobstant les dispositions de l'article L. 4127-1, les sites informatiques des établissements de santé peuvent comporter les informations transmises par les gestionnaires des régimes obligatoires de base d'assurance maladie à leurs assurés sociaux en application de l'article L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale sur les tarifs et honoraires des professionnels qui exercent dans ces établissements. Une convention entre l'union nationale des caisses d'assurance maladie et les organisations représentatives des établissements de santé précise les conditions dans lesquelles les régimes fournissent les informations aux établissements. »

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Cet article permet aux établissements de santé de publier sur leur site informatique des informations sur les tarifs des praticiens qui y exercent. Ces informations doivent être celles dont disposent les régimes obligatoires de base de l'assurance maladie pour garantir la meilleure information possible des assurés.

*Le sous-amendement n°504 n'est pas défendu.*

**M. le président.** – Amendement n°123 rectifié, présenté par MM. Barbier et Charasse et Mmes Escoffier et Laborde.

Alinéa 2

Au début de cet alinéa, supprimer les mots :

Nonobstant les dispositions de l'article L. 4127-1,

**M. Gilbert Barbier.** – La déontologie médicale n'interdit pas, bien au contraire, l'information sur les honoraires médicaux.

**M. le président.** – Amendement n°151, présenté par Mme Jarraud-Vergnolle et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

« Le site informatique de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés est tenu de publier les mêmes informations. ».

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** – Cet article va dans le bon sens : il permet d'éclairer le choix du patient. Pourtant, l'information des usagers sur les tarifs pratiqués peut être encore améliorée : le site Ameli de la Cnam, devra publier les honoraires des professionnels exerçant dans un établissement de santé. Cela permettrait aux patients qui ont de faibles ressources ou qui n'ont pas de mutuelle de trouver facilement un praticien pratiquant des tarifs opposables.

**M. Nicolas About.** – Je souhaite reprendre le sous-amendement n°504 de M. Badré.

**M. le président.** – Il s'agit alors du sous-amendement n°539 à l'amendement n° 21 de M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, présenté par M. About.

Alinéa 3 de l'amendement n°21, après la première phrase

Insérer une phrase ainsi rédigée :

Les sites informatiques des professionnels de santé d'exercice libéral bénéficient du même droit.

**M. Nicolas About.** – Nous souhaitons étendre ce droit aux professionnels de santé libéraux afin d'améliorer l'information des assurés et de réaliser des économies dans les dépenses de soins.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Avis favorable sur le sous-amendement n°539. Avis également favorable à l'amendement n°123 rectifié sous réserve que M. Barbier le transforme en sous-amendement.

**M. Gilbert Barbier.** – Ce que j'accepte !

**M. le président.** – Il s'agit donc du sous-amendement n°123 rectifié bis.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Enfin, je demande à Mme Jarraud-Vergnolle de retirer son amendement au bénéfice de celui de la commission : les modalités ne sont pas les mêmes mais la finalité est identique.

*L'amendement n°151 est retiré.*

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je suis très favorable à l'amendement n°21, et défavorable au sous-amendement n°539 : cette information sur un site personnel pourrait être tronquée et inexacte, à la différence de celle que donne l'assurance maladie, qui, elle, est normalisée et permet ainsi de vraiment comparer les tarifs. Je suis favorable au sous-amendement n°123 rectifié bis.

*Le sous-amendement n°539 est adopté, ainsi que le sous-amendement n°123 rectifié bis.*

*L'amendement 21, sous-amendé, est adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°313, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Compléter cet article par un paragraphe 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 :

« Dans les établissements privés mentionnés aux d) et e), les tarifs intègrent les honoraires des médecins libéraux. »

**M. Guy Fischer.** – Cet amendement est sensiblement le même que le n°151. Nous ne sommes pas convaincus par l'argumentation du Gouvernement, dans notre quête de vérité sur le financement des établissements privés. Nous continuerons à approfondir notre recherche.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Je reste défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je n'ai pas changé d'avis.

*L'amendement n°313 n'est pas adopté.*

*L'article 32 bis, amendé, est adopté*

### **Article 32 ter**

*À la fin du quatrième alinéa de l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, les mots : « publics ou des établissements de santé d'intérêt collectif » sont supprimés.*

**M. le président.** – Amendement n°22, présenté par M. Vasselle au nom de la commission des affaires sociales.

Supprimer cet article.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – L'article 32 ter est un article de coordination qui tend à supprimer une incohérence de rédaction entre deux

dispositions du code de la santé publique modifiées par la loi HPST.

Une telle disposition n'a pas vocation à figurer dans une loi de financement de la sécurité sociale. La loi HPST a prévu l'intervention d'une ordonnance ; la disposition proposée par l'article 32 ter pourra être examinée lors de sa ratification.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Retrait : j'ai accepté l'amendement de l'Assemblée nationale qui réglait le problème en introduisant cet article.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – On est dans un problème technique juridique délicat au regard du droit communautaire. Cet article 32 ter me semble ne pas pouvoir passer le cap du Conseil constitutionnel... Notre amendement avait pour fonction de rendre service au Gouvernement. S'il ne veut pas de notre aide...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Tout est réglé !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Je veux bien retirer notre amendement. S'il y a une victime, ce sera vous, pas nous.

*L'amendement n°22 est retiré.*

*L'article 32 ter est adopté.*

### **Articles additionnels**

**M. le président.** – Amendement n°233, présenté par Mme Le Texier et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

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

La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « après avis des partenaires conventionnels ».

**Mme Christiane Demontès.** – Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, les actes en série sont homogénéisés et soumis à des référentiels de prescription auxquels il ne sera possible de déroger qu'avec l'accord préalable du service du contrôle médical de l'assurance maladie. C'est le collège des directeurs de l'Uncam qui fixe les conditions d'application des règles relatives à la procédure de mise sous entente préalable, sans que les professionnels soient associés à l'élaboration des référentiels.

Les syndicats représentatifs des masseurs kinésithérapeutes libéraux et l'Uncam ont signé un protocole relatif aux thèmes de négociation dans lesquels l'Union s'engage à associer les représentants des masseurs kinésithérapeutes libéraux à la démarche d'élaboration des référentiels qu'elle proposera pour validation à la HAS et au suivi de cette

mesure. Nous demandons que tous les partenaires conventionnels soient associés à cette démarche.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Retrait : les conditions d'élaboration par la Haute autorité de santé sont déjà prévues par la loi. Si l'on vous suivait, cet amendement alourdirait inutilement les procédures.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Défavorable.

*L'amendement n°233 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°321, présenté par Mme Pasquet et les membres du groupe CRC-SPG.

Après l'article 32 *ter*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Les 13° et 14° du I de l'article 124 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires sont abrogés.

**M. Guy Fischer.** – En juin dernier, à l'occasion de la loi Hôpital, patients, santé, territoires, vous révisiez les règles en matière d'installation du secteur médico-social, et imposiez la « cépomisation », c'est-à-dire l'obligation faite aux établissements, pour continuer à bénéficier de subventions publiques, de contractualiser avec l'État. Nous avons dénoncé cette drôle de conception de la contractualisation et de la démocratie, sans parvenir à vous convaincre.

Vous pourriez cependant être sensible à notre argument puisqu'il est fondé sur le pragmatisme. Si vous accélérez le processus de contractualisation dès 2010, le mécanisme risque d'avoir de graves incidences sur la situation économique des établissements et donc sur leurs capacités. C'est pourquoi nous proposons de supprimer le caractère obligatoire des CPOM, pour laisser aux gestionnaires d'établissement le temps de s'organiser, de se projeter dans l'avenir et de négocier.

A supposer que notre amendement ne soit pas adopté, pourriez-vous nous dire quel sort vous entendez réserver au fonds d'aide à la contractualisation ? Maintenant que la contractualisation est obligatoire, entendez-vous le maintenir ? Les établissements comptent sur ce fonds et ses 40 millions.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – La commission est favorable à l'extension des CPOM aux établissements médico-sociaux. Et la rédaction de l'amendement est inopérante car elle ne supprime pas les dispositions introduites à cet effet dans le code de l'action sociale et de la famille.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Défavorable.

**M. Guy Fischer.** – Nous faisons quelquefois des erreurs -mais c'est exceptionnel ! (Sourires) Je tiens tout de même à vous faire part de l'inquiétude qui se manifeste dans les 30 000 établissements médico-

sociaux, face à ce qui apparaît comme des restrictions budgétaires.

*L'amendement n°321 est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°500, présenté par M. About et les membres du groupe Union centriste.

Après l'article 32 *ter*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Pour les pathologies portant sur les actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas, pour un patient justifiant des soins de masso-kinésithérapie, de recourir de manière générale à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite et de réadaptation mentionnés à l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, le médecin prescripteur devra adresser à la caisse primaire d'assurance maladie locale une demande d'entente préalable selon des modalités définies par décret en Conseil d'État.

**M. Nicolas About.** – Nous voulons autoriser la CPAM, sur des critères médicalisés, à se prononcer sur l'autorisation ou non d'effectuer une rééducation en centre, lorsqu'il existe des recommandations de la HAS. En conséquence, l'assurance maladie ne participerait aux frais résultant de certains actes que si, après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge, sous la réserve que l'assuré remplisse les conditions légales d'attribution des prestations.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Favorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – M. About a raison de vouloir que les patients soient orientés en fonction de leurs besoins. Mais il oublie que ce sont 900 000 admissions qui sont prononcées chaque année. Il est inimaginable de faire 900 000 dossiers d'entente préalable. Cette paperasserie ne ferait qu'allonger les délais au détriment des malades et sans intérêt pour personne. Ce serait introduire de la rigidité quand nous faisons notre possible pour fluidifier les parcours.

**M. Nicolas About.** – Puisque Mme la ministre ne veut pas de l'outil que j'ai proposé...

*L'amendement n°500 est retiré.*

### Article 33

- ① *Après l'article L. 344-1-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 344-1-2 ainsi rédigé :*
- ② *« Art. L. 344-1-2. – Les frais de transport entre le domicile et l'établissement des personnes adultes handicapées fréquentant en accueil de jour les établissements mentionnés à l'article L. 344-1 ou les foyers d'accueil médicalisés mentionnés au 7° du I de l'article L. 312-1 sont inclus dans les dépenses d'exploitation de ces établissements et foyers et sont financés par l'assurance maladie. »*

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** – De nombreux handicapés accueillis en établissement médico-social connaissent des difficultés financières liées aux frais de transport entre ce dernier et leur domicile. Certains doivent même, pour cette raison, renoncer à l'accueil en établissement. Cet article prévoit que les maisons d'accueil spécialisées et les foyers d'accueil médicalisés prendront en charge les frais de transport.

L'homogénéisation de ce dispositif avec celui existant pour les personnes âgées en accueil de jour est souhaitable : une offre de transport adaptée doit être mise en place et la dotation de soins revalorisée, ce que l'article ne garantit pas. Cette mesure ne peut être financée dans le cadre de la seule croissance de l'Ondam 2010 de reconduction. Une enveloppe pérenne devrait être réévaluée chaque année au regard des dépenses engagées par les structures. Les frais de transport étant très variables d'un exercice budgétaire à l'autre, il est difficile d'envisager une allocation budgétaire forfaitaire. Les dépassements pourraient être financés par la PCH et par les crédits de la CNSA.

**M. Yves Daudigny.** – En février 2007, la parution du décret relatif à la PCH a créé une confusion et certaines caisses primaires d'assurance maladie, qui assumaient jusqu'alors les frais de transport des adultes handicapés au titre de leur action sociale, ont cessé de le faire. La PCH étant plafonnée à 200 euros par mois, un nouveau reste à charge, parfois insupportable, est apparu pour les intéressés et leurs familles. Les différences d'interprétation d'une caisse à l'autre ont en outre généré des inégalités selon les territoires.

A l'initiative de la secrétaire d'État chargée de la solidarité, un groupe de travail a été constitué en 2009 sous l'égide de la CNSA afin de proposer un nouveau dispositif de prise en charge des frais de transports. Ce projet de loi aborde enfin la question, mais on ne peut que regretter, avec les représentants des handicapés et nos rapporteurs, une réaction aussi tardive. Cet article concerne l'accueil en foyer ou en maison d'accueil uniquement de jour et exclusivement pour les adultes. Il ne traite pas du transport des enfants, pourtant également prioritaires.

Cette question s'inscrit dans un contexte devenu fort peu lisible pour la CNSA, où s'accumulent déjà des projets de création de places si ambitieux que l'on peut douter de leur réalisme. Cet élargissement désordonné de ses missions nuit à la lisibilité du rôle de la caisse, dont la mission est d'intervenir « en plus » et non « à la place ». Il laisse craindre, selon les fédérations gestionnaires du secteur, « un rendez-vous financier quasi impossible pour la CNSA ». S'il est plus que temps de clarifier la prise en charge des frais de transport, la mesure proposée est *a minima*. Elle relève d'une politique des petits pas, fréquente dans ce texte.

**M. le président.** – Amendement n°323, présenté par Mme Pasquet et les membres du groupe CRC-SPG.

Alinéa 2

Remplacer cet alinéa par deux alinéas ainsi rédigés :

« Art. L. 344-1-2. - Les frais de transport des personnes adultes handicapées admises en accueil de jour dans les établissements mentionnés à l'article L. 344-1 ou les foyers d'accueil médicalisés visés au 7° de l'article L. 312-1 sont réintégrés dans les dépenses d'exploitation desdits établissements sur la base des dépenses constatées ex ante dans les différents chapitres budgétaires concernés.

« Un rapport d'évaluation portant sur la mise en œuvre de cette mesure de réintégration est présenté par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au Conseil national consultatif des personnes handicapées, qui peut faire les propositions d'amélioration nécessaires, notamment en matière de bon accès à une prestation en accueil de jour des personnes adultes handicapées. »

**M. Guy Fischer.** – Les handicapés connaissent de grandes difficultés pour financer leurs frais de transport entre leur domicile et l'établissement d'accueil médico-social. Suivant une recommandation de la CNSA rendue en juillet dernier, cet article propose une avancée certaine, mais limitée aux maisons d'accueil spécialisées et aux foyers d'accueil médicalisés. Nous proposons donc d'étendre ce dispositif aux personnes accueillies en établissement de semaine.

Madame la ministre, le financement sera-t-il suffisant pour bénéficier au plus grand nombre ? Ce texte n'apporte aucune garantie sur ce point. « Unir les associations pour développer les solidarités en France » (Uniopss) et l'Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales (Unapei) ont demandé une dotation financière spécifique pour les établissements correspondant à cette nouvelle obligation financière. Avec quels crédits entendez-vous financer ce dispositif, que nous espérons voir étendu ?

**M. le président.** – Amendement n°445 rectifié, présenté par MM. Milon, Houpert et Barbier et Mmes Sittler et Panis.

Alinéa 2

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Art. L. 344-1-2. - Les frais de transport entre le domicile et l'établissement des personnes adultes handicapées fréquentant les établissements mentionnés à l'article L. 344-1 ou les foyers d'accueil médicalisés mentionnés au 7° du I de l'article L. 312-1 sont inclus dans les dépenses d'exploitation de ces établissements et foyers et sont financés par l'assurance maladie. »

**M. Alain Milon.** – Les établissements concernés recevront un forfait sur les dépenses gérées par la CNSA afin de financer l'organisation de transports privilégiant un mode partagé de proximité. Cette amélioration, limitée, exclut les frais de transport vers ces établissements lorsque la personne est accueillie en internat, mais aussi les jeunes adultes fréquentant des établissements en Belgique. Par ailleurs, la question du transport des enfants et des jeunes adultes accueillis au sein des centres d'action médico-sociale précoce et des centres médico-psycho-pédagogiques, dont il avait été question dans le rapport de la CNSA, n'est toujours pas résolue.

La réponse proposée reste donc extrêmement partielle comparée aux besoins identifiés par le rapport de la CNSA au terme de plusieurs mois de travail. Il faudrait au moins prendre en charge le transport des personnes lourdement handicapées accueillies au sein des maisons et des foyers d'accueil, en externat comme en internat et, pour cela, accorder aux établissements les financements nécessaires.

**Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur.** – Je partage le souci des auteurs de l'amendement n°323 quant au financement de la mesure prévue à cet article. J'ai insisté dans mon rapport sur la nécessité de prévoir une enveloppe suffisante pour que les établissements concernés puissent organiser un système de transport efficient et de qualité. Pour couvrir la première tranche d'intégration, il est prévu de transférer, en 2010, 18 millions d'euros de l'enveloppe sanitaire vers l'enveloppe médico-sociale. Au total, le transfert d'enveloppe devrait atteindre 36 millions. Il n'est pas nécessaire d'inscrire cette précision dans la loi, mais nous devons veiller à ce que les moyens transférés soient à la hauteur des ambitions affichées. Un rapport d'évaluation serait également superflu car le groupe de travail de la CNSA assure déjà le suivi de ce dispositif, ainsi que celui de son éventuelle extension à d'autres modes d'accueil. Avis défavorable.

L'amendement n°445 rectifié propose d'étendre cette mesure aux adultes handicapés accueillis en internat dans les maisons d'accueil spécialisées. Je souscris à l'objectif recherché, mais cette disposition ne constitue qu'une première étape dans un processus de réforme qui devra, à terme, concerner tous les modes d'accueil. Conformément aux préconisations du groupe de travail de la CNSA, il faut avancer par étapes sur cette question complexe car chaque type de structure nécessite un traitement adapté. La réflexion se poursuivra l'année prochaine afin d'améliorer la prise en charge des frais de transport des adultes handicapés. Retrait ou avis défavorable.

**Mme Nadine Morano, secrétaire d'État chargée de la famille et de la solidarité.** – Même avis sur l'amendement n°323 : je ne peux souscrire aux critères proposés pour le calibrage de l'enveloppe des transports pour l'accueil de jour. Ce dispositif vise à organiser et mutualiser ces transports afin d'assurer

un meilleur service et de rationaliser les coûts : nous ne pouvons donc nous fonder sur les dépenses historiquement constatées. Afin de fixer le montant de cette enveloppe, nous avons demandé au CNSA de réaliser une étude auprès d'un échantillon représentatif d'établissements. Il s'agit de savoir quelles distances sont parcourues, avec quelle fréquence, avec quel type de transport et pour quel coût, avant de prendre une décision. Je souhaite le retrait de l'amendement de M. Milon.

**M. Guy Fischer.** – La commission partage nos inquiétudes mais n'en est pas moins défavorable à nos amendements... Comme tous les sénateurs ici présents, nous entretenons des contacts étroits avec les responsables de l'Uniopss et l'Unapéi, que M. Blanc a longuement auditionnés...

**M. Paul Blanc.** – Très longuement !

**M. Guy Fischer.** – C'est donc qu'ils avaient à vous faire part de problèmes graves !

**M. Paul Blanc.** – Divers et variés.

**M. Guy Fischer.** – Au-delà de la question de la prise en charge du transport des personnes handicapées, il faudra s'attaquer aux difficultés que rencontre le secteur médico-social, car la CNSA, siphonnée par la sécurité sociale, va très vite se retrouver en déficit.

*L'amendement n°323 n'est pas adopté.*

**M. Alain Milon.** – M. Blanc connaît sans doute mieux que moi la situation des personnes handicapées, mais j'ai moi-même adopté une enfant handicapée, aujourd'hui âgée de 16 ans, et j'ai appris ce que coûte le handicap : il a fallu lui acheter un fauteuil, la scolariser, la placer dans des foyers... Je sais ce qu'il en coûte à notre caisse de sécurité sociale.

Certes, le texte du Gouvernement constitue un progrès. Mais je me disais : qui peut le plus, peut le moins. Si l'on peut prendre en charge le transport des personnes accueillies de jour, pourquoi pas celui des internes ? Si le Gouvernement promet de prolonger le moratoire de la sécurité sociale afin que ces déplacements soient financés et de travailler sur ce dossier avec la CNSA, je veux bien retirer l'amendement, mais si rien n'est fait d'ici là je serai présent l'année prochaine pour vous rappeler vos engagements.

**Mme Nadine Morano, secrétaire d'État.** – Et vous aurez raison ! Je prends cet engagement.

*L'amendement n°445 rectifié est retiré.*

*L'article 33 est adopté.*

### **Articles additionnels**

**M. le président.** – Amendement n°324, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

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

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

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – J'ai l'impression d'avoir déjà entendu cela quelque part...

**M. François Autain.** – Pour vous témoigner ma bonne volonté, je retirerai l'amendement n°325 déjà défendu par nos collègues socialistes. Mais je maintiens l'amendement n°324, nouveau, destiné à faire faire des économies à la sécurité sociale, qui en a bien besoin. J'espère que vous y serez plus favorable qu'à mes autres amendements, que vous avez systématiquement rejetés.

De plus en plus de médicaments sont mis sur le marché sans qu'ils apportent une amélioration du service médical rendu par rapport aux autres produits de la même classe thérapeutique. Les chiffres produits par la commission de transparence de la Ceps sont éloquents : la proportion de médicaments examinés ne présentant aucun gain d'efficacité est passée de 68 % en 2000 à 91 % en 2006 et 94 % en 2008 ! Cela montre l'essoufflement de la recherche pharmaceutique. Or, dans un point d'information du 13 mars 2007, les députés ont établi que les médicaments mis sur le marché au cours des deux années précédentes avec un SMR de niveau IV ou V avaient occasionné en 2007 un surcoût de 260 millions d'euros pour la sécurité sociale par rapport à 2006. Je propose donc que ces fausses innovations ne puissent être vendues à un prix supérieur à celui du générique.

*L'amendement n°325 est retiré.*

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – M. Autain parlait d'un amendement « nouveau », mais il en a déjà présenté plusieurs sur le même sujet.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Quatre au moins !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Il connaît donc la réponse de la commission. Mme Dini s'est engagée à inviter M. Renaudin pour qu'il montre à M. Autain que sa demande est injustifiée. (*M. François Autain s'agace*) Je sollicite donc le retrait de cet amendement, d'ailleurs difficilement applicable aux médicaments sans générique.

**M. François Autain.** – C'est bien ceux-là qui posent problème !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Avis défavorable. Cela me donne l'occasion d'apporter à M. Autain un complément d'information au sujet de la

rémunération forfaitaire : je tiens à sa disposition le *Journal Officiel de la République française* qui indique clairement que les centres médicaux perçoivent un forfait de 46 euros pour chacun de leurs patients, alors que les médecins libéraux ne touchent qu'un forfait de 40 euros pour les seuls patients souffrant d'une affection de longue durée. Un partout, la balle au centre...

**M. François Autain.** – J'espère marquer un deuxième but.

**M. le président.** – Je mets aux voix l'amendement.

**M. François Autain.** – Permettez-moi d'expliquer mon vote, monsieur le président.

**M. le président.** – Je regrette, vous ne vous êtes pas manifesté assez tôt.

**M. François Autain.** – J'ai tout de même le droit de m'expliquer sur l'amendement que j'ai présenté !

**M. le président.** – Il est trop tard. Ne soyez pas de mauvaise foi. Vous savez que j'essaie de présider avec objectivité. (*M. François Autain proteste vivement*)

*L'amendement n°324 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°329, présenté par Mme Pasquet et les membres du groupe CRC-SPG.

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

L'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Le I est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 11° D'organiser l'analyse des coûts de revient et l'observation des différents tarifs des établissements sociaux et médico-sociaux, sur la base d'enquêtes nationales représentatives par catégories homogènes d'établissements et services ou d'interventions sociales ou médico-sociales et en tenant compte d'indicateurs relatifs à leur nature et à leur qualité, notamment pour déterminer sur des bases objectives les tarifs sociaux et médico-sociaux définis aux articles L. 314-3 et L. 314-4 et concourir à l'information des usagers, des personnes morales gestionnaires et des autorités de contrôle et de tarification. »

2° Il est ajouté un paragraphe ainsi rédigé :

« ... - Les modalités d'organisation des enquêtes nationales définies au 11° du I, la communication de leur contenu aux associations et organismes représentés au conseil national consultatif des personnes handicapées ou dans les collèges d'organismes œuvrant au niveau national en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées définis aux articles R. 14-10-4 et R. 14-10-5, ainsi que la publication de leurs résultats, sont établis dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. »

**M. Guy Fischer.** – Les personnes accueillies dans les établissements médico-sociaux doivent acquitter un reste à charge de plus en plus lourd, bien que l'assurance maladie prenne en charge la partie dédiée aux soins du budget de ces établissements et finance les unités de soins de longue durée, et malgré la réduction de TVA sur certains appareillages. Ce reste à charge porte essentiellement sur les frais liés à la dépendance et à l'hébergement.

C'est d'autant plus pénalisant que 18 % des personnes âgées de 60 ans et plus sont attributaires du minimum vieillesse, dont le montant ne permet pas le placement. Faut-il rappeler que, pour une personne seule, il est de 600 euros et de 1 095 euros pour deux personnes ?

Pour les familles, la recherche d'un placement pour un proche devient de plus en plus la recherche d'un moindre reste à charge. Voilà une mission qui pourrait utilement être confiée à la CNSA.

*L'amendement n°439 n'est pas défendu.*

**M. le président.** – Amendement n°421, présenté par MM. P. Blanc et Laménie, Mmes Debré, Hermange, Rozier et Procaccia et M. Milon.

Après l'article 33, insérer un article additionnel rédigé comme suit :

I.- Le I de l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles est complété par un 11° ainsi rédigé :

« 11° De réaliser, dans des conditions fixées par voie réglementaire, une étude relative à l'analyse des différents coûts de revient et tarifs des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 et relevant de sa compétence, sur la base des données qu'ils lui transmettent ainsi que le prévoit l'article L. 312-9. »

II.- Après le deuxième alinéa de l'article L. 312-9 du code de l'action et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsqu'ils relèvent de son domaine de compétence, ils transmettent à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie les données nécessaires à l'étude mentionnée au 11° du I de l'article L. 14-10-1 dans des conditions fixées par voie réglementaire. »

**M. Paul Blanc.** – Alors qu'a été engagé un mouvement de rationalisation des coûts et de convergence des tarifs pour tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux, il paraît plus que jamais nécessaire de mettre en place un système de recensement centralisé des données comptables, permettant de comparer les tarifs pratiqués et les coûts de revient observés en distinguant les structures par catégorie homogène, selon la nature des prestations offertes et les publics accueillis.

Outre qu'elle assurera une transparence sur les coûts de revient pour prendre en compte les réalités techniques et économiques auxquelles doivent faire face les opérateurs, cette étude pourra servir de

référence pour la définition des tarifs plafonds et permettra de mieux appréhender les évolutions du reste à charge.

**Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur.** – La proposition contenue dans l'amendement n°329 est tout à fait pertinente alors que se met en place la convergence dans le secteur médico-social. Elle aiderait en effet à définir les tarifs plafond et à assurer une meilleure information des usagers. Toutefois, la rédaction de l'amendement n°421, qui poursuit le même objectif, nous semble plus satisfaisante. La commission souhaite donc le retrait de l'amendement n°329 au profit du n°421.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Même avis. Le recensement ainsi conduit servira de référence aux travaux ultérieurs. J'ajoute qu'il n'est pas bon que la CNSA soit chargée d'une mission nouvelle de collecte d'informations, alors que d'autres organismes en ont déjà la charge.

**M. Bernard Cazeau.** – Voilà deux amendements d'importance : le reste à charge est aujourd'hui le problème le plus aigu du secteur médico-social. Mme la ministre a été bien rapide dans ses réponses. Je puis vous donner l'exemple d'un département rural...

**M. Gérard Dériot.** – Un exemple au hasard...

**M. Bernard Cazeau.** – ...où la moyenne des retraites est de 5 à 600 euros, notamment en milieu agricole, tandis que le coût moyen des maisons de retraite est de 1 500 à 1 800 euros, et encore, elles ne sont pas chères... J'aimerais que vous nous disiez, avant l'explosion, comment régler le problème. Souvent, les enfants sont eux-mêmes chargés de famille. Souvent, ils sont condamnés à perdre le petit bien que leur avaient transmis leurs ascendants, si ce n'est à payer toute leur vie. Il serait bon que le Gouvernement s'empare de ce problème urgent.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – La mission dépendance doit rendre des conclusions...

**M. Guy Fischer.** – Je vais retirer notre amendement, la rédaction de Paul Blanc est en effet meilleure. Mais nous sommes tous maires ou présidents de conseil général : nous savons que les remarques de M. Cazeau sont pertinentes. Si la mission Marini-Vasselle sur la dépendance est un peu en panne... c'est qu'elle bute sur le problème du financement.

Ce qui est clair, c'est qu'il faudra bientôt dès la naissance s'assurer contre la dépendance. Je ne sais quelles solutions seront préconisées par la mission. Je sais les relations de M. Marini avec le monde de la finance... Ce qui est clair, c'est que si le Gouvernement met un frein, c'est qu'il se heurte au problème du financement.

Les Français ont toujours travaillé à transmettre un patrimoine à leurs enfants, aussi modeste fût-il. Mais

désormais, pour payer le séjour en maison de retraite, souvent les familles doivent vendre le fruit de toute une vie de travail. Les choses deviennent de plus en plus difficiles.

Nous ne sommes malheureusement pas d'accord sur la solution. Pour les uns, elle est nationale, et passe par la création d'un cinquième risque, pour les autres, on n'a tout simplement pas les moyens. C'est un débat qu'il nous faudra avoir. Mais peut-être Mme la ministre pourra-t-elle nous en dire plus ?

*L'amendement n°329 est retiré.*

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Je ne peux pas ne pas réagir aux propos de M. Cazeau et à ses accusations. La question du reste à charge est une préoccupation constante du Gouvernement, et de moi en particulier, qui suis en charge des aînés. Le débat n'est pas clos. Je vous donne rendez-vous au printemps, quand les propositions de la mission dépendance seront avancées.

**M. Yves Daudigny.** – Je m'associe aux propos de mes collègues, et en particulier de M. Cazeau. Il ne s'agit pas d'accuser, mais de dire la réalité vécue dans les départements par les familles. La question des tarifs des établissements est un problème majeur. Je vous ai adressé une question, madame la ministre, le 27 octobre dernier, pour vous dire combien la deuxième mouture de votre projet de décret d'application de l'article 63 du dernier collectif budgétaire soulevait d'inquiétudes -autant que sa précédente version. Les réponses sur la question de l'hébergement sont attendues avec d'autant plus d'impatience que la mise en route de la convergence tarifaire augmente les inquiétudes. Les coûts, déjà insupportables tant pour les familles que pour les conseils généraux, ne pourront que s'accroître.

*L'amendement n°421 est adopté.*

**M. le président.** – Je partage, comme président de conseil général, les observations de M. Cazeau : c'est la réalité qu'il a décrite.

Amendement n°422, présenté par MM. P. Blanc et Laménie, Mmes Debré, Hermange, Rozier et Procaccia et M. Milon.

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

Pour 2010, le concours mentionné au b du III de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles fait l'objet d'une péréquation au bénéfice des départements qui, au titre des exercices des années 2006 à 2010, présentent une dépense cumulée, relative à la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1 du même code, minorée de la baisse des montants versés au titre de l'allocation compensatrice mentionnée à l'article 95 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, excédant les concours susmentionnés versés au cours de la même

période. Les modalités de cette péréquation sont définies par décret en Conseil d'État, pris après avis du conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie mentionné à l'article L. 14-10-3 du même code.

**M. Paul Blanc.** – L'article L. 14-10-7 du code de l'action sociale et des familles fixe les critères selon lesquels sont répartis les concours versés aux départements par la CNSA pour couvrir les dépenses relatives à la prestation de compensation du handicap, la PCH, minorées de la baisse des montants versés au titre de l'allocation compensatrice pour tierce personne, l'ACTP. Un décret en Conseil d'État a défini les pondérations appliquées à chacun de ces critères -potentiel fiscal, population, bénéficiaires de la PCH et montant versés, etc- en visant une certaine équité de traitement entre départements.

Pourtant, une grande disparité persiste. Fin 2008, certains présentent un excédent de trésorerie sur les trois derniers exercices, avec un taux de couverture cumulé des dépenses de PCH supérieur à 100 % -plus de 150 % dans certains cas, comme dans le Pas-de-Calais- tandis que ce taux, dans quelques autres départements est de l'ordre de 90 %, l'Aude ne dépassant pas les 70 %.

Au terme de l'exercice 2010, la CNSA prévoit un déficit cumulé de trésorerie dans un nombre croissant de départements : près d'un tiers d'entre eux présenteraient, sur les exercices 2006 à 2010, un taux de couverture inférieur à 100 %, et parfois de seulement 70 %. Cet amendement propose d'opérer l'an prochain une péréquation ponctuelle à leur profit. Autrement dit, de remettre à cette date les compteurs à zéro.

**Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur.** – Au vu des taux de couverture très divers d'un département à l'autre, un mécanisme de péréquation ne serait sans doute pas inutile. Mais une concertation préalable s'impose avec les conseils généraux. Je m'en remets à la sagesse du Sénat, en attendant l'avis du Gouvernement.

**Mme Nadine Morano, secrétaire d'État.** – L'amendement aurait pour effet de réduire les concours de la CNSA aux deux tiers des départements, ce qui déséquilibrerait leurs comptes à deux mois du début de l'exercice 2010. Ils n'auront pas le temps de se retourner. Je souhaite le retrait en prenant l'engagement de mener expertise et concertation préalables.

**M. Bernard Cazeau.** – Je suis assez circonspect. La CNSA a déjà procédé à une péréquation, mais la réalité est que certains départements sont allés plus vite que d'autres et ont consommé plus rapidement leurs crédits. Il y a eu des excédents les deux années qui ont suivi la promulgation de la loi, mais depuis cette année des déficits commencent à apparaître, déficits que les départements doivent compenser.

Aujourd'hui, on peut choisir entre la PCH et l'ACTP ; dans la grande majorité des cas, les personnes handicapées qui perçoivent la seconde la conservent, parce qu'elle est financière, tandis que la première est en prestations. La conjugaison des deux systèmes n'est pas simple à gérer. Il faudrait faire évoluer la loi, d'abord pour que la PCH devienne l'allocation unique, ensuite pour qu'une meilleure péréquation soit possible.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – Je voudrais que certains présidents de conseil général, comme celui de mon département, cessent de dénoncer les transferts de charges alors qu'ils ne consomment pas les enveloppes qu'ils reçoivent !

**M. Bernard Cazeau.** – Cela suffit !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** – On se rend compte aujourd'hui que la PCH n'est pas adaptée à toutes les situations et qu'elle ne permet pas la fongibilité qu'autorise l'ACTP. Remettre tout à plat, comme le suggère M. Paul Blanc, est opportun ; certains départements ont des besoins importants et d'autres non, certains jouent le jeu et d'autres ne le jouent pas...

**Mme Isabelle Debré.** – Je suis cosignataire de cet amendement. Il est anormal, inadmissible qu'il y ait autant de différence d'un département à l'autre. Une famille qui a certaines prestations dans un département en aura d'autres si elle déménage.

**M. Yves Daudigny.** – J'ai connu M. Vasselle plus pertinent... Tous les départements, qu'ils soient de gauche ou de droite, s'inquiètent des trois allocations personnelles universelles que sont le RSA anciennement RMI, l'APA et la PCH. Ce sont eux qui financent, alors qu'ils ne sont pas maîtres des critères d'éligibilité, ce sont eux qui doivent compléter les concours de l'État. C'est le cas partout. Ces allocations doivent-elles relever de la solidarité nationale ou de la solidarité départementale ? Ceux des départements qui doivent verser le plus d'allocations parce que la précarité y est plus grande, ceux où le nombre de personnes âgées est le plus important, en général les moins riches, sont pris dans un redoutable effet de ciseaux. On voit bien que la péréquation n'est pas facile à réaliser.

L'amendement ne met pas en place un dispositif pérenne (*M. Paul Blanc le confirme*), il propose que les dépenses engagées dans chacun des départements sur les exercices 2006-2010 soient couvertes en 2010 à 100 %. Je sais que la commission des affaires sociales de l'Association des départements de France ne s'est pas prononcée ; mais il sera temps plus tard de rechercher une solution durable. (*Applaudissements sur les bancs socialistes*)

**M. Paul Blanc.** – Il s'agit uniquement de mettre les compteurs à jour en 2010. Pour la suite, je déposerai une proposition de loi pour mettre fin aux dysfonctionnements que Mme Jarraud-Vergnolle et

moi-même avons dénoncés dans notre rapport. Il est dommage que les départements qui ont fait leur travail, qui ont appliqué la loi à son maximum soient financièrement pénalisés, alors que ceux qui n'ont pas fait l'effort de passer à la PCH ont fait de la trésorerie... Je veux que l'équilibre soit rétabli en 2010 et que pour la suite on recherche davantage d'équité.

*L'amendement n°422 est adopté.*

*Prochaine séance demain, dimanche 15 novembre 2009, à 10 heures.*

*La séance est levée à minuit.*

*Le Directeur du service du compte rendu analytique :*

**René-André Fabre**

**ORDRE DU JOUR**

**du dimanche 15 novembre 2009**

**Séance publique**

**A 10 HEURES, 15 HEURES 30 ET LE SOIR**

- Suite du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale. (n°82, 2009-2010)

Rapport de MM. Alain Vasselle, Dominique Leclerc, Gérard Dériot, André Lardeux et Mme Sylvie Desmarescaux, fait au nom de la commission des affaires sociales. (n°90, 2009-2010)

Avis de M. Jean-Jacques Jégou, fait au nom de la commission des finances. (n°91, 2009-2010)