

SÉNAT

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2010-2011

COMPTE RENDU INTÉGRAL

Séance du samedi 13 novembre 2010

(28^e jour de séance de la session)



www.senat.fr



SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE M. JEAN-LÉONCE DUPONT

Secrétaires :

Mme Sylvie Desmarescaux, M. François Fortassin.

1. **Procès-verbal** (p. 9899)
2. **Organismes extraparlimentaires** (p. 9899)
3. **Dépôt d'un rapport** (p. 9899)
4. **Financement de la sécurité sociale pour 2011. – Suite de la discussion d'un projet de loi** (p. 9899)

Articles additionnels avant l'article 34 (p. 9900)

Amendement n° 310 rectifié de M. Gilbert Barbier. – MM. Gilbert Barbier, Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales; Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports. – Retrait.

Article 34 (p. 9901)

Amendement n° 113 de M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis de la commission des finances.

Amendements n° 63 et 64 de la commission. – M. le rapporteur.

Mme la ministre, MM. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis; Alain Vasselle, rapporteur général. – Retrait des amendements n° 113, 63 et 64.

Amendement n° 65 de la commission. – M. Alain Vasselle, rapporteur général.

Amendement n° 114 de M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – Retrait.

Amendement n° 320 de M. Jacky Le Menn. – M. Jacky Le Menn.

M. Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre, MM. Bernard Cazeau, Guy Fischer. – Adoption de l'amendement n° 65, l'amendement n° 320 devenant sans objet.

Adoption de l'article modifié.

Articles 34 *bis* et 35. – Adoption (p. 9906)

Articles additionnels après l'article 35 (p. 9906)

Amendement n° 479 de M. Yvon Collin. – MM. François Fortassin, Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n° 311 rectifié de M. Gilbert Barbier. – MM. Gilbert Barbier, Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n° 326 de M. Jacky Le Menn. – Mme Annie Jarraud-Vergnolle, M. Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n° 67 de la commission. – M. Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre, MM. Gilbert Barbier, Bernard Cazeau François Autain. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 325 de M. Jacky Le Menn. – M. Jacky Le Menn.

Amendement n° 237 rectifié de M. Guy Fischer. – M. Guy Fischer.

M. Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre, MM. François Autain, Jacky Le Menn. – Rejet des amendements n° 325 et 237 rectifié.

Amendements identiques n° 331 de M. Jacky Le Menn et 488 de M. Alain Milon. – Mme Claire-Lise Champion, MM. Alain Milon, Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre. – Retrait des deux amendements.

Amendement n° 324 de M. Jacky Le Menn. – MM. Yves Daudigny, Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre. – Rejet.

Article 36 (p. 9915)

Mme Patricia Schillinger.

Amendement n° 236 de M. Guy Fischer. – MM. Guy Fischer, Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre, M. François Autain, Mme Marie-Thérèse Hermange. – Rejet.

Adoption de l'article.

Articles additionnels après l'article 36 (p. 9916)

Amendement n° 246 de M. François Autain. – MM. François Autain, Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 249 de M. François Autain. – MM. Guy Fischer, Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre, M. François Autain. – Rejet.

Amendement n° 569 de la commission et sous-amendement n° 600 du Gouvernement. – M. Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre, M. François Autain. – Adoption du sous-amendement et de l'amendement modifié insérant un article additionnel.

Amendement n° 425 de M. François Autain. – Mme Annie David, M. Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre, M. François Autain. – Rejet.

Amendement n° 207 rectifié *ter* de Mme Catherine Procaccia. – MM. Marc Laménie, Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n° 570 de la commission. – M. Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre, M. François Autain. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 241 de M. François Autain. – MM. François Autain, Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 242 de M. François Autain. – Mme Annie David, M. Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 244 de M. François Autain. – MM. Guy Fischer, Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre, M. Alain Milon. – Rejet.

Amendement n° 351 de M. Jacky Le Menn. – Mme Annie Jarraud-Vergnolle, M. Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre, MM. François Autain, Adrien Giraud. – Rejet.

Mme la ministre.

Amendement n° 354 de M. Jacky Le Menn. – MM. Jacky Le Menn, Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre, M. Nicolas About. – Rejet.

Amendement n° 248 de M. François Autain. – MM. François Autain, Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 317 rectifié de M. Gilbert Barbier. – MM. Gilbert Barbier, Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre. – Retrait.

Mme Muguette Dini, présidente de la commission des affaires sociales.

Suspension et reprise de la séance (p. 9933)

Amendement n° 429 de M. François Autain. – Mme Annie David, M. Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre, M. François Autain. – Rejet.

Article 36 *bis* (p. 9934)

Amendement n° 68 rectifié de la commission. – M. Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre. – Adoption

Adoption de l'article modifié.

Article 36 *ter* (p. 9935)

Amendement n° 430 de M. François Autain. – MM. Guy Fischer, Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre. – Rejet.

Adoption de l'article.

Article 36 *quater* (p. 9936)

Amendement n° 431 de M. François Autain. – MM. François Autain, Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre, M. Bernard Cazeau. – Rejet.

Adoption de l'article.

Article 36 *quinquies* (p. 9937)

Amendement n° 560 du Gouvernement. – Mme la ministre, M. Alain Vasselle, rapporteur général. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 36 *sexies* (p. 9937)

Amendement n° 70 de la commission. – M. Alain Vasselle, rapporteur général; Mmes la ministre, Sylvie Desmarescaux, M. Bernard Cazeau. – Adoption de l'amendement supprimant l'article.

Article 36 *septies* (p. 9939)

Amendement n° 71 de la commission. – M. Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre, M. Alain Milon. – Retrait.

Adoption de l'article.

Article 36 *octies* (p. 9939)

Amendement n° 72 de la commission. – M. Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre, M. Gilbert Barbier. – Adoption de l'amendement supprimant l'article.

Article additionnel après l'article 36 *octies* (p. 9940)

Amendement n° 390 de M. Nicolas About. – MM. Nicolas About, Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre, MM. Guy Fischer, Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis; André Lardeux, Mme Raymonde Le Texier. – Retrait.

Article 36 *nonies*. – Adoption (p. 9943)

Articles additionnels après l'article 36 *nonies* (p. 9943)

Article 37 (p. 9944)

Amendements identiques n°s 203 de M. Dominique Leclerc, 251 de M. Guy Fischer et 332 de M. Jacky Le Menn. – MM. Dominique Leclerc, Guy Fischer, Jacky Le Menn, Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre. – Retrait de l'amendement n° 203; rejet des amendements n°s 251 et 332.

Amendement n° 493 de M. Alain Milon. – MM. Alain Milon, Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n° 333 de M. Jacky Le Menn. – Mme Patricia Schillinger.

Amendement n° 492 rectifié de M. Alain Milon. – M. Alain Milon.

M. Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre, M. Jean-Pierre Fourcade. – Retrait de l'amendement n° 333; adoption de l'amendement n° 492 rectifié.

Adoption de l'article modifié.

Article 38 (p. 9948)

Amendement n° 313 rectifié de M. Gilbert Barbier. – M. Gilbert Barbier.

Amendement n° 73 de la commission. – M. Alain Vasselle, rapporteur général.

Mme la ministre, MM. Gilbert Barbier, Alain Vasselle, rapporteur général. – Retrait des amendements n° 313 rectifié et 73.

Amendement n° 74 de la commission. – M. Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre. – Retrait.

Adoption de l'article.

Article additionnel après l'article 38 (p. 9950)

Amendement n° 75 de la commission. – M. Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre. – Retrait.

Article 39 (p. 9951)

M. Jacky Le Menn.

Amendement n° 596 du Gouvernement. – Mme la ministre, MM. Alain Vasselle, rapporteur général; Guy Fischer, Alain Milon. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article additionnel après l'article 39 (p. 9955)

Amendement n° 335 de M. Jacky Le Menn. – Mme Annie Jarraud-Vergnolle, M. Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre, MM. Bernard Cazeau, Alain Houpert. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Article 39 *bis*. – Adoption (p. 9956)

Articles additionnels après l'article 39 *bis* (p. 9956)

Amendements identiques n° 437 rectifié de M. François Autain et 497 de M. Alain Milon. – Mme Annie David, MM. Alain Milon, Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre. – Retrait de l'amendement n° 497; rejet de l'amendement n° 437 rectifié.

Amendement n° 315 rectifié de M. Gilbert Barbier. – MM. Gilbert Barbier, Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre. – Retrait.

Article 40 (p. 9958)

Mme Claire-Lise Campion, MM. Alain Milon, Gilbert Barbier.

Amendements identiques n° 121 de la commission, 252 de M. Guy Fischer, 316 rectifié de M. Gilbert Barbier, 355 de M. Jacky Le Menn et 495 rectifié de M. Alain Milon. – MM. André Lardeux, rapporteur de la commission des affaires sociales pour la famille; Guy Fischer, Gilbert Barbier, Mme Raymonde Le Texier, MM. Marc Laménié, Alain Vasselle, rapporteur général; Mmes la ministre, Marie-Thérèse Hermange, Muguet Dini, MM. Nicolas About, Adrien Giraud, Mmes Christiane Demontès, Annie David, MM. Alain Milon, Alain Houpert. – Adoption des cinq amendements supprimant l'article, les amendements n° 372 rectifié et 496 devenant sans objet

Articles additionnels après l'article 40 (p. 9968)

Amendement n° 76 de la commission. – M. Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n° 318 de M. Alain Houpert. – MM. Alain Houpert, Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre, M. Guy Fischer. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Article 41 (p. 9971)

Amendement n° 539 de M. Alain Milon. – MM. Alain Milon, Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre. – Retrait.

Adoption de l'article.

Articles additionnels après l'article 41 (p. 9971)

Amendement n° 542 rectifié de M. Alain Milon. – MM. Alain Milon, Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 77 de la commission. – M. Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre, M. Yves Daudigny. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 339 de M. Jacky Le Menn. – MM. Claude Jeannerot, Alain Vasselle, rapporteur général; Mme la ministre. – Rejet.

Suspension et reprise de la séance (p. 9976)

5. Ajournement du Sénat (p. 9976)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE M. JEAN-LÉONCE DUPONT

vice-président

Secrétaires :
Mme Sylvie Desmarescaux,
M. François Fortassin.

M. le président. La séance est ouverte.

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

1

PROCÈS-VERBAL

M. le président. Le compte rendu analytique de la précédente séance a été distribué.

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

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

2

ORGANISMES EXTRAPARLEMENTAIRES

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

Conformément à l'article 9 du règlement, j'invite :

- la commission des affaires sociales, en application de l'article R. 1418-19 du code de la santé publique, à présenter un candidat pour siéger au sein du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en remplacement de M. Jean-Claude Etienne;

- la commission de la culture, de l'éducation et de la communication, en application de l'article D. 232-5 du code de l'éducation, à présenter un candidat pour siéger, en qualité de membre titulaire, au sein du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche, en remplacement de M. Jean-Léonce Dupont;

- la commission de l'économie, du développement durable et de l'aménagement du territoire, en application de l'article R. 341-29 du code de l'environnement, à présenter un candidat pour siéger, en qualité de membre titulaire, au sein de la Commission supérieure des sites, perspectives et paysages, en remplacement de M. François Fortassin;

- la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale, en application du décret n° 2001-784 du 28 août

2001, à présenter un candidat pour siéger, en qualité de membre titulaire, au sein du Conseil national de la sécurité routière, en remplacement de M. Jean-Patrick Courtois.

Les nominations au sein de ces organismes extraparlementaires auront lieu ultérieurement, dans les conditions prévues par l'article 9 du règlement.

3

DÉPÔT D'UN RAPPORT

M. le président. M. le Premier ministre a transmis au Sénat, en application de l'article 67 de la loi n° 2004-1343 du 9 décembre 2004 de simplification du droit, le rapport sur la mise en application de la loi n° 2010-242 du 10 mars 2010 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale.

Acte est donné du dépôt de ce rapport.

Il a été transmis à la commission des lois et sera disponible au bureau de la distribution.

4

FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2011

SUITE DE LA DISCUSSION D'UN PROJET DE LOI

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2011 (projet n° 84, rapports n° 88 et 90).

Nous poursuivons l'examen des articles de la quatrième partie du projet de loi.

QUATRIÈME PARTIE (SUITE)

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'ANNÉE 2011

M. le président. Après la discussion, hier, des articles de la section 6, appelés par priorité, nous abordons l'examen des articles de la section 1.

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Articles additionnels avant l'article 34

M. le président. L'amendement n° 310 rectifié, présenté par MM. Barbier, Collin, de Montesquiou et Detcheverry et Mme Escoffier, est ainsi libellé :

Avant l'article 34, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale est complété par un paragraphe ainsi rédigé :

« ... - En sus de la participation mentionnée au I, pour la période 2011-2014, une franchise annuelle exceptionnelle est laissée à la charge de l'assuré pour les frais relatifs aux prestations prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article 321-1.

« Le montant de la franchise est forfaitaire et varie en fonction des revenus de l'assuré soumis au barème de l'impôt sur le revenu fixé en loi de finances. Il est calculé selon les modalités suivantes :

« - 200 euros pour l'assuré dont le revenu est supérieur au plafond de la deuxième tranche ;

« - 300 euros pour l'assuré dont le revenu est supérieur au plafond de la troisième tranche.

« Lorsque le bénéficiaire des prestations et produits de santé visés dans ce paragraphe bénéficie de la dispense d'avance de frais, les sommes dues au titre de la franchise peuvent être directement versées par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie dont il relève ou peuvent être récupérées par ce dernier auprès de l'assuré sur les prestations de toute nature à venir. Il peut être dérogé à l'article L. 133-3.

« Un décret fixe les modalités de mise en œuvre du présent paragraphe. »

La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, cet amendement aborde un problème qui n'est pas simple, celui du financement à venir de la sécurité sociale.

Si un retour à une situation économique meilleure permettra peut-être de rétablir durablement les équilibres, en revanche, les dépenses de santé continueront à augmenter d'une manière plus importante que le produit intérieur brut.

Cette situation structurelle et bien normale, compte tenu du vieillissement des populations et des besoins de plus en plus importants en matière de santé, doit nous conduire à réviser ce qui était jusqu'ici le principe fondateur de la sécurité sociale et à considérer qu'à partir d'un certain moment l'effort de solidarité doit être proportionnel à la situation financière de chacun.

Les franchises, instaurées par la loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007, procèdent de l'idée simple que le malade peut participer, ne serait-ce que modestement, aux frais de son traitement.

Dans le même esprit, cet amendement, que j'ai déjà proposé l'an dernier, vise à aller un peu plus loin et, pour la période à venir, à instaurer une franchise annuelle de

200 euros pour les assurés dont le revenu est supérieur au plafond de la deuxième tranche et de 300 euros pour ceux dont le revenu est supérieur au plafond de la troisième tranche.

Ainsi, un effort de solidarité est demandé aux plus favorisés de nos concitoyens. Cette voie nous épargnera, à l'avenir, le besoin de réduire les dépenses d'une manière drastique. Par ce biais, la couverture du petit risque, pour les Français qui en ont les possibilités financières, devrait être supprimée.

Tel est l'objet de cet amendement. Je comprends qu'il perturbe un peu les esprits, mais, comme nous l'avons dit hier, il faudra à l'avenir trouver une autre manière de financer les dépenses de la sécurité sociale.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. L'amendement de M. Gilbert Barbier vise à créer une franchise annuelle exceptionnelle pour la période 2011-2014, qui serait à la charge des assurés, en fonction de leurs revenus.

Elle porterait sur le même champ que les participations qui existent déjà sur les prestations – ticket modérateur et participation forfaitaire.

Elle s'élèverait à 200 euros pour un assuré dont le revenu est supérieur au plafond de la deuxième tranche de l'impôt sur le revenu et à 300 euros pour celui dont le revenu est supérieur au plafond de la troisième tranche.

Je rappelle à ce sujet que le code général des impôts ne définit pas de deuxième ni de troisième tranche en tant que telle. Il y a donc une difficulté d'application voire une difficulté rédactionnelle, sur le plan juridique et au niveau du droit actuel.

Sur le fond, l'idée peut paraître intéressante, mais il existe déjà plusieurs participations de ce type. Surtout, le lien entre l'assuré et le contribuable n'est pas compatible : la franchise s'applique à une personne et l'impôt sur le revenu à un foyer. Dans ces conditions, il paraît difficile de calculer le revenu d'un assuré s'il est marié.

Pour toutes ces raisons, qui rendent compliquée l'application du dispositif, nous souhaiterions que Mme la ministre nous dise si le Gouvernement est prêt à adhérer à l'idée de M. Gilbert Barbier. Nous nous prononcerons en fonction de sa réponse.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports. Avant d'entamer ce débat, monsieur le président, messieurs les rapporteurs, madame la présidente de la commission, mesdames les sénatrices, messieurs les sénateurs, je souhaite vous apporter mes salutations matinales et mes encouragements pour nos travaux. *(Sourires.)*

M. Guy Fischer. C'est gentil !

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis de la commission des finances. C'est la journée de la gentillesse !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Effectivement ! On se doit d'être à la hauteur de la tâche ! *(Nouveaux sourires.)*

M. Gilbert Barbier ouvre un débat passionnant, celui du financement de la sécurité sociale et tout spécialement de l'assurance maladie. En effet, monsieur Barbier, vous installez dans le débat la notion de bouclier sanitaire.

Or, un concept clair fait actuellement consensus sur l'ensemble des travées de cette assemblée, celui du financement posé par le Conseil national de la Résistance, pour lequel chacun paie selon ses moyens et reçoit selon ses besoins.

Cher Gilbert Barbier, si ce débat pourrait être ouvert par exemple à l'occasion de la future campagne présidentielle, afin que chacun définisse sa conception du financement de la sécurité sociale – ce serait un beau débat, certainement fort utile –, il ne me paraît pas temps de l'ouvrir aujourd'hui, à l'occasion de ce PLFSS. D'ailleurs, comme M. le rapporteur général l'a très bien dit, cela demanderait un travail d'affinage et de précisions techniques important. En effet, les fichiers de Bercy ne recoupent pas ceux de l'assurance maladie, et la notion d'assuré et d'ayant droit ne recouvre pas celle de foyer fiscal.

Cette disposition est donc inapplicable en l'état et relève d'un débat plus approfondi.

Mais j'ai le sentiment, monsieur Barbier, que votre amendement était plutôt un amendement d'appel, que vous seriez peut-être prêt à retirer ?

M. le président. Monsieur Barbier, l'amendement n° 310 rectifié est-il maintenu ?

M. Gilbert Barbier. Je comprends bien les explications de Mme la ministre et de M. le rapporteur général.

Dans la situation actuelle du financement de la sécurité sociale, surtout dans cette période où nous allons accumuler des déficits, y compris dans ce budget, il est bien sûr possible de reporter à demain une discussion qui aura inévitablement lieu un jour.

On ne peut pas, d'un côté, vouloir équilibrer les comptes, et, de l'autre, ne pas chercher des solutions plus efficaces que celles qui sont proposées actuellement !

J'ai conscience de la persistance de quelques difficultés techniques que mes modestes moyens d'investigation ne permettent pas de traiter. En conséquence, je retire mon amendement, mais je souhaiterais que ce débat puisse être ouvert, peut-être dans le cadre de la commission des affaires sociales du Sénat, car ce point me paraît fondamental pour l'avenir de la sécurité sociale.

M. le président. L'amendement n° 310 rectifié est retiré.

Article 34

- ① L'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ③ « Chaque année, au plus tard le 15 avril, le comité rend un avis public dans lequel il analyse les anticipations de réalisation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'année précédente en se fondant sur les données statistiques disponibles. Il en déduit les conséquences sur le respect de l'objectif de l'exercice en cours. » ;
- ④ 2° Il est ajouté deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑤ « Le comité contrôle également les éléments ayant permis l'élaboration de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie envisagé pour l'année à venir. S'il constate, compte tenu des données dont il dispose, que

cet objectif ne peut manifestement pas être respecté au vu de l'évolution prévisionnelle de la dépense, il rend un avis expliquant ses réserves, au plus tard le 15 octobre.

⑥ « Cet avis est rendu public et transmis au Parlement. »

M. le président. Je suis saisi de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 113, présenté par M. Jégou, au nom de la commission des finances, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Dans la première phrase du dernier alinéa, le pourcentage : « 1 % » est remplacé par le pourcentage : « 0,5 % » et la deuxième phrase du même alinéa est complétée par les mots : « à hauteur du dépassement estimé ».

La parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis de la commission des finances. Beaucoup de mesures pour améliorer le pilotage des comptes sociaux ont été prises cet automne, dans le cadre du projet de loi organique sur la gestion de la dette sociale, sur l'initiative de notre collègue Alain Vasselle, du projet de loi de programmation des finances publiques et du présent projet de loi de financement. La commission des finances peut s'en réjouir.

Ce présent amendement, identique à deux amendements de la commission des affaires sociales, tend à aller un peu plus loin.

D'une part, il vise à porter le seuil d'alerte à 0,5 %, ce qui permettrait d'agir plus en amont en cas de dérapage. À ce sujet, j'ai bien noté, madame la ministre, que le Gouvernement envisage d'abaisser progressivement ce seuil entre 2011 et 2013, afin que les outils de suivi des dépenses, notamment hospitalières, puissent être entre-temps fiabilisés.

Toutefois, l'abaissement du seuil d'alerte dès 2011 présenterait l'avantage d'inciter à accélérer la modernisation du système d'information, auquel, vous le savez, je suis très attaché. En effet, celui-ci n'a guère progressé depuis 2004, date de la mise en place du comité, qui aurait dû déjà largement travailler en ce sens.

D'autre part, cet amendement tend à prévoir que les mesures de redressement proposées par les caisses soient à la hauteur du dépassement envisagé.

En effet, l'impact des décisions proposées en 2007, première année de déclenchement de la procédure d'alerte, n'a été que de 250 millions d'euros en 2007, avec un effet report de 700 millions d'euros en 2008, pour un dépassement effectif de 2,8 milliards d'euros.

M. le président. L'amendement n° 63, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Dans la première phrase du dernier alinéa, les mots : « fixé par décret qui ne peut excéder 1 % » sont remplacés par les mots : « égal à 0,5 % » ;

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Monsieur le président, si vous le voulez bien, je présenterai en même temps les amendements n^{os} 63 et 64.

M. le président. Je vous en prie, mon cher collègue.

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Ces deux amendements s'inscrivent dans le droit fil de celui qui vient d'être présenté par notre collègue Jean-Jacques Jégou.

Il s'agit de mettre en œuvre les recommandations du rapport Briet, dont le Président de la République a approuvé les conclusions lors de la conférence sur le déficit du mois de mai dernier.

L'amendement n^o 63 vise à abaisser de 0,75 % à 0,50 % le seuil de déclenchement de l'ONDAM, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, dont la fixation, je le rappelle, est aujourd'hui renvoyée à un décret.

La commission des affaires sociales considère que le législateur ne peut se dégager de cette responsabilité. En outre, le renforcement de la procédure d'alerte, que nous souhaitons, passe par une plus grande solennité.

Par ailleurs, prévoir un seuil de 0,5 % dès 2011 nous a semblé possible et même nécessaire si nous voulons nous donner les moyens de respecter l'ONDAM volontariste que nous voterons dans quelques heures.

Les dispositions de l'amendement n^o 64 participent du même souci de renforcement de la procédure d'alerte. Aujourd'hui, lorsque le comité prévoit que l'ONDAM sera dépassé, l'UNCAM, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, doit proposer des mesures de redressement, mais sans que leur niveau soit précisé.

Or notre commission juge important que l'UNCAM présente des propositions qui soient à la hauteur du dépassement estimé par le comité d'alerte. Il s'agit là d'une question de crédibilité et de sincérité des comptes.

Bien sûr, nous savons que toutes ces mesures ne seront pas nécessairement mises en œuvre immédiatement, mais il nous semble important que nos concitoyens aient conscience des efforts que requiert la situation.

Nous avons décidé de nous donner les moyens de maîtriser l'évolution des dépenses. Appliquons donc les mesures formulées dans le rapport Briet. Je ne doute pas un seul instant que le Gouvernement soit sensible à ces propositions.

M. le président. L'amendement n^o 64, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° La deuxième phrase du dernier alinéa est complétée par les mots : « à hauteur du dépassement estimé » ;

Cet amendement a déjà été défendu.

Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je partage évidemment l'objectif de Jean-Jacques Jégou et Alain Vasselle pour ce qui concerne l'abaissement à 0,5 % du seuil d'alerte. Celui-ci, je le rappelle, est atteint aujourd'hui à partir d'un dépassement de 1 %, et nous allons le fixer à 0,75 %.

Lors de la deuxième conférence sur les déficits publics, le Président de la République s'est engagé à abaisser ce seuil jusqu'à 0,5 %, soit l'objectif que vous proposez vous-même, messieurs les rapporteurs, mais de façon progressive, jusqu'en 2013.

Il est tout à fait utile, et même indispensable, de procéder de cette façon. En effet, l'abaissement du seuil doit être accompagné par un certain nombre de mesures, qui ont d'ailleurs été détaillées dans le rapport de Raoul Briet et qui nous permettront de procéder à un pilotage fin de l'ONDAM.

Certaines dispositions sont d'ores et déjà mises en œuvre. Je pense à la création d'un groupe de suivi statistique mensuel, à la mise en place d'un comité de pilotage de l'ONDAM, qui se réunit également tous les mois, à l'adoption de mesures correctrices, à la mise en réserve de crédits, à l'avis du comité d'alerte sur la construction de l'ONDAM présenté au Parlement.

Toutes ces mesures ont déjà montré leur efficacité pour prévenir le risque de dépassement, puisque, pour la première fois depuis 1997, l'ONDAM a été respecté, ce qui est une grande première. (*Exclamations sur les travées du groupe CRC-SPG.*)

M. Guy Fischer. Et même plus que respecté !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. La bonne gestion vous ennuie, mesdames, messieurs les sénateurs du groupe CRC-SPG. C'est dommage ! (*Mêmes mouvements.*)

M. Guy Fischer. Ce n'est pas de la bonne gestion, c'est de la rigueur !

M. Bernard Cazeau. Vingt milliards d'euros de déficit, vous appelez cela de la bonne gestion ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Toutefois, nous ne disposons pas encore d'une précision suffisante pour le suivi statistique.

Je souhaiterais donc, messieurs les rapporteurs, que vous retiriez vos amendements au bénéfice de l'engagement formel du Gouvernement d'atteindre, à brève échéance, le but visé.

Néanmoins, Alain Vasselle va plus loin : au travers de l'amendement n^o 64, il demande que, en cas de déclenchement de l'alerte, les mesures de redressement proposées par l'UNCAM soient à la hauteur du dépassement estimé.

Monsieur le rapporteur général, je souscris tout à fait à l'objectif que vous définissez dans le texte de cet amendement. Néanmoins, si le comité décide de déclencher l'alerte, il faudra évidemment que les caisses prennent, en cours d'année, des mesures permettant de faire face au dépassement de tout un exercice.

Or l'alerte est généralement déclenchée, pour des raisons que l'on comprend, en milieu d'année. Inscrire un tel principe dans la loi conduirait donc inévitablement les caisses à proposer des mesures d'économies extrêmement défavorables aux assurés mais présentant un fort rendement, et nous serions alors dans l'incapacité de les mettre en œuvre.

Je le répète, le Président de la République s'est engagé à ce que l'ONDAM soit respecté dans les années à venir. Dans cette perspective, nous entendons nous appuyer sur les conclusions du rapport Briet.

Nous avons déjà accompli des efforts considérables, et qui portent leurs fruits, non seulement dans la construction de l'ONDAM, en affinant les hypothèses retenues pour évaluer

la tendance et les mesures d'économies, mais aussi dans l'exécution de cet objectif, en instituant au plus près du terrain des mesures de suivi qui permettent de réagir le plus rapidement possible au moindre dépassement.

Nous avons mis en œuvre ces mesures cette année, pour respecter l'ONDAM 2010. Ces dispositions nous ont permis d'éviter les dépassements d'ampleur que nous avons observés dans les années précédentes, et elles continueront de le faire.

Mesdames, messieurs les sénateurs, je ne suis pas près d'oublier que le premier coup de téléphone que j'ai reçu en arrivant au ministère de la santé visait à me signaler le déclenchement de la procédure d'alerte. Je peux vous dire que ce fut un drôle de bizutage ! J'ai donc mis en place, naturellement, des dispositions qui nous éviteront d'avoir à gérer de nouveau ce genre de problèmes.

Messieurs les rapporteurs, je le répète, le Gouvernement s'est engagé formellement à ce que l'objectif que vous fixez s'applique en 2013 et à ce que les mesures nous permettant de l'atteindre soient adoptées. Ce qui s'est passé en 2010 parle pour nous, me semble-t-il. Vous m'obligeriez donc en acceptant de retirer vos amendements, sur lesquels, sinon, j'émettrais un avis défavorable.

M. le président. Monsieur le rapporteur pour avis, l'amendement n° 113 est-il maintenu ?

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Je voudrais citer l'exemple du suivi des données en matière de dépenses hospitalières, pour lequel, en effet, d'importants progrès devront être réalisés.

Les membres du groupe de travail présidé par Raoul Briet – j'y fais référence une nouvelle fois – notaient dans leur rapport : « S'agissant du suivi d'établissements de santé [...], l'hétérogénéité du système d'information se traduit par des retards de production et une qualité de remontée d'informations variable sur chacune des composantes de la dépense ne permettant pas d'en assurer de manière satisfaisante le suivi infra-annuel et d'anticiper les risques de dépassement ».

En effet, à la mi-octobre de cette année, moins d'un semestre d'activité était connu. Madame la ministre, vous savez à quel point je suis attentif aux systèmes d'information. Or, en la matière, nous faisons du sur place !

Toutefois, j'ai bien entendu l'engagement que vous venez de prendre devant nous et je n'oublie pas que nous sommes dans la journée de la gentillesse. (*Sourires.*) Je retire donc cet amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 113 est retiré.

Monsieur le rapporteur général, les amendements n° 63 et 64 sont-ils maintenus ?

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. J'évoquerai d'abord l'abaissement du seuil d'alerte de 0,75 % à 0,50 %. Jean-Jacques Jégou vient de retirer l'amendement n° 113 et je fais de même pour l'amendement n° 63, compte tenu de l'engagement très clair exprimé par Mme la ministre, qui a garanti que cette limite serait abaissée progressivement jusqu'en 2012-2013.

J'en viens à présent à l'amendement n° 64. J'aimerais apporter une précision qui a peut-être échappé à Mme la ministre et à ses collaborateurs : nous ne demandons pas que soient prises dès la connaissance des dérapages les

mesures tendant à atteindre le niveau d'économies visé. Nous voulons simplement que soient annoncées des propositions qui permettront d'atteindre ces objectifs.

Le but ici est purement pédagogique : il s'agit de sensibiliser nos concitoyens. Ce n'est pas parce que le comité d'alerte et l'UNCAM préciseront la nature des propositions permettant de respecter le taux K qu'ils contraindront le ministre concerné à prendre des mesures d'économies immédiates. On peut très bien comprendre que celles-ci soient différées dans le temps, mais au moins seront-elles annoncées.

Je souhaiterais donc, madame la ministre, que vous indiquiez si cette disposition pose une difficulté majeure à vos yeux. En effet, compte tenu de son caractère tout à fait modéré, nous pourrions l'adopter afin qu'elle soit examinée par la commission mixte paritaire et discutée avec nos collègues députés. Cela vous donnerait le temps de réfléchir aux éventuelles difficultés d'application de cette mesure. À vrai dire, je n'en vois pas. Il n'en irait bien sûr pas de même si nous vous obligions à mettre en œuvre immédiatement les économies proposées, mais tel n'est pas le cas.

M. le président. L'amendement n° 63 est retiré.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Monsieur le rapporteur général, il faudrait préciser alors votre amendement. En effet, la disposition que vous défendez est déjà mise en œuvre : dès lors que l'alerte est déclenchée, des propositions d'économies sont formulées par le comité, et cela indépendamment même, dirai-je, des préconisations du rapport Briet. Vous avez pu le constater la dernière fois que le seuil d'alerte a été atteint, en 2007.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Ce n'est pas ce qui s'est passé !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Si ! Je peux vous indiquer que des mesures ont été prises, évidemment. Elles ont rencontré plus ou moins de succès, certes, mais vous ne vous engagez pas non plus sur ce point : vous vous contentez d'affirmer qu'il faut prendre des mesures. (*M. le rapporteur général de la commission des affaires sociales acquiesce.*)

Le rapport Briet contient trois recommandations.

Il s'agit, premièrement, de « conditionner, sous la responsabilité du comité de pilotage, la mise en œuvre de tout ou partie des mesures nouvelles contenues dans la loi de financement de la sécurité sociale [...] au respect de l'ONDAM ». Si cette préconisation était suivie, il y aurait déjà un certain nombre de mesures de revalorisation tarifaire qui tomberaient automatiquement !

Deuxièmement, la proposition n° 9 de ce rapport est « d'instaurer des mécanismes systématiques de mise en réserve au début d'année de dotations s'apparentant à des crédits budgétaires – c'est ce que nous avons fait, et nous continuons cette année –, les décisions de dégel total ou partiel ou d'annulation étant prises en cours d'année par le comité de pilotage ». Nous constituons ainsi une sorte de poire pour la soif, une enveloppe de crédits dont le dégel est décidé au fur et à mesure du constat du respect de l'ONDAM. Je le répète, cette mesure a déjà été mise en œuvre et a contribué évidemment au respect de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2010. Elle sera également appliquée pour l'ONDAM 2011, comme le montrent les tableaux annexés au projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Troisièmement, la proposition n° 10 du rapport Briet vise à « prévoir en cas d'alerte des mécanismes de décision adaptés et des procédures de consultation simplifiées afin d'assurer la mise en œuvre effective rapide des mesures correctrices. » Cette disposition est déjà satisfaite en partie pour les procédures de fixation du prix des médicaments, par exemple.

Comme vous le voyez, messieurs les rapporteurs, le respect de l'ONDAM est accompagné de toute une construction réglementaire qui doit être de nature à vous rassurer.

Enfin, monsieur le rapporteur général, la rédaction de votre amendement est un peu ambiguë, et c'est surtout cela que je lui reproche. Vous-même avez d'ailleurs semblé témoigner votre scepticisme à l'égard de la proposition que vous avez défendue.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Je ne sais pas si la sémantique que j'ai employée rend ambiguë l'interprétation du texte.

Je cite l'article L.114-4-1 du code de la sécurité sociale : « Lorsque le comité considère qu'il existe un risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent l'objectif national de dépenses d'assurance maladie avec une ampleur supérieure à un seuil fixé par décret qui ne peut excéder 1 % – celui-ci va passer à 0,75 % –, il le notifie au Parlement, au Gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie. Celles-ci proposent des mesures de redressement. ». Et je suggère d'ajouter les mots : « à hauteur du dépassement estimé ».

Je ne vois pas où est l'ambiguïté dans cette rédaction !

Vous arguez que cette mesure s'applique déjà. Certes, ce fut le cas en 2009 et en 2010, mais pas en 2007. Ce que nous avons observé dans le passé nous a fait ressentir le besoin d'une telle disposition qui, autrement, n'aurait pas du tout été nécessaire.

Madame la ministre, si vous acceptez la rédaction que nous proposons, alors nous la maintenons ; mais si celle-ci vous pose vraiment un problème majeur, je suis prêt à accepter de retirer l'amendement.

Toutefois, en cas de retrait, si nous étions amenés, dans le courant de l'année 2011, à vous prendre à défaut sur les engagements que vous avez pris, je vous assure que nous reviendrons à la charge lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 en déposant un amendement de même nature.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Pour ma part, je suis plutôt favorable au retrait.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Et je m'engage vis-à-vis du rapporteur général à ce que nous examinons si la rédaction que celui-ci propose n'implique pas de prendre l'ensemble des mesures de redressement sur une demi-année. C'est ce qui me préoccupe, car un tel dispositif serait d'une extrême dureté pour les assurés.

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Je retire l'amendement.

M. le président. L'amendement n°64 est retiré.

Je suis saisi de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 65, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 5

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Le comité rend un avis, au plus tard le 15 octobre, dans lequel il contrôle les éléments ayant permis l'élaboration de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie envisagé pour l'année à venir et présente ses réserves s'il constate, compte tenu des données dont il dispose, que cet objectif ne peut pas être respecté au vu de l'évolution prévisionnelle des dépenses d'assurance maladie.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. L'article 34 du projet de loi donne une nouvelle compétence au comité d'alerte. Celui-ci doit contrôler les hypothèses de construction de l'ONDAM de l'année à venir.

Il s'agit, là aussi, d'une recommandation du rapport Briet, et je tiens à remercier le Gouvernement d'avoir, dès cette année, consulté le comité d'alerte à ce sujet.

Il est prévu que le comité rende un avis expliquant ses réserves avant le 15 octobre. Cet amendement vise à rendre systématique l'avis du comité d'alerte sur les hypothèses de construction de l'ONDAM pour l'année à venir, avant que le Parlement n'adopte le PLFSS.

L'avis du comité renforcera l'information du Parlement et contribuera à améliorer la définition de l'ONDAM.

Tel est l'objet de notre amendement.

M. le président. L'amendement n°114, présenté par M. Jégou, au nom de la commission des finances, est ainsi libellé :

Alinéa 5

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Le comité rend un avis, au plus tard le 15 octobre, dans lequel il contrôle les éléments ayant permis l'élaboration de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie envisagé pour l'année à venir et présente ses réserves s'il constate, compte tenu des données dont il dispose, que cet objectif ne peut pas être respecté. »

La parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Monsieur le président, une fois encore, la commission des finances et la commission des affaires sociales présentent des amendements très proches. Je ne développerai donc pas plus avant l'objet de la discussion, car M. le rapporteur général des affaires sociales l'a très bien fait.

J'irai même plus loin : la différence tenant simplement à la rédaction, je retire l'amendement n°114 au profit de l'amendement n° 65 de la commission des affaires sociales, en espérant que celui-ci obtiendra l'agrément de Mme la ministre.

M. le président. L'amendement n°114 est retiré.

L'amendement n° 320, présenté par M. Le Menn, Mme Jarraud-Vergnolle, M. Daudigny, Mme Le Texier, MM. Cazeau et Desessard, Mmes Demontès, Campion, Alquier, Printz et Schillinger, MM. Kerdraon, Godefroy, Jeannerot, S. Larcher et Gillot, Mmes San Vicente-Baudrin et Ghali, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Alinéa 5, seconde phrase

Remplacer la date :

15 octobre

par la date :

1^{er} octobre

La parole est à M. Jacky Le Menn.

M. Jacky Le Menn. Depuis 2004, l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale prévoit une « procédure d'alerte ».

Suivant cette procédure, le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie doit se prononcer en cours d'exercice sur la conformité de l'évolution des dépenses à l'objectif national.

En cas de risque de dépassement de l'ONDAM d'une ampleur excédant 0,75 % du montant fixé par le Parlement, le comité doit alerter ce dernier, ainsi que le Gouvernement, les caisses nationales d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, l'UNOCAM, ces dernières devant proposer des « mesures de redressement » soumises à l'évaluation du comité.

Malgré ces dispositions, l'ONDAM a connu des dépassements aussi fréquents qu'importants : hormis en 1997 et en 2010, l'ONDAM a toujours été dépassé. Le dépassement était de 2,44 % en moyenne entre 1998 et 2002, et il a atteint 0,74 % en moyenne depuis 2003.

Ces dépassements montrent que, si le dispositif actuel de pilotage de l'ONDAM a gagné en efficacité, il n'est toujours pas suffisant.

Notons que les principaux « rendez-vous » de suivi des dépenses sont en décalage avec le calendrier de production des données financières.

La Cour des comptes identifie « deux principaux points de rendez-vous pour actualiser les prévisions de dépenses en cours d'année ».

Le premier intervient au cours de la première quinzaine du mois d'avril : la direction de la sécurité sociale établit les tableaux de centralisation des données comptables qui permettent de vérifier l'exactitude des prévisions de dépenses de l'exercice précédent, lesquelles sont utilisées comme base pour la construction de l'ONDAM.

Le second intervient en novembre : les dépenses de soins de ville de l'année peuvent être extrapolées avec précision à partir des données disponibles pour le régime général de janvier à juillet.

Or, le calendrier d'examen, de diffusion et d'exploitation de ces données ne concorde pas avec ces points de rendez-vous.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale est présenté dans ses grandes lignes par le Gouvernement à la fin du mois de septembre ; pour une meilleure information des parlementaires, nous proposons que l'avis du comité d'alerte soit rendu non pas le 15 octobre mais le 1^{er} octobre et qu'il soit rendu public et transmis officiellement au Parlement.

En effet, avant l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, nous sommes destinataires de nombreux rapports qui, presque tous, nous parviennent deux ou trois jours seulement avant le début des travaux en commission, la situation étant encore plus critique pour les députés.

Cette modification de date permettra de travailler correctement. À défaut, ledit avis risque de n'être que purement formel.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 320 ?

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Nous considérons qu'il n'est pas très réaliste de proposer la date du 1^{er} octobre pour la remise de l'avis du comité d'alerte.

En effet, il est nécessaire que nous ayons connaissance auparavant du projet de loi de financement de la sécurité sociale. C'est la raison pour laquelle la date du 15 octobre avait été choisie par le Gouvernement puisque, cette année, le projet de loi de financement de la sécurité sociale a été présenté le 13 octobre.

La date du 1^{er} octobre poserait donc quelques problèmes. Pour notre part, nous proposons – vous adhérez d'ailleurs à cette proposition, monsieur Le Menn – que la mesure ait un caractère non pas facultatif mais systématique.

Nous n'avons donc pas l'intention de modifier notre point de vue sur ce sujet. L'avis de la commission est par conséquent défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Quant à l'amendement de M. Vasselle et à celui de M. Jégou, qui s'est rallié à la rédaction du premier, le rapport Briet avait proposé que l'avis du comité d'alerte ne soit rendu qu'en cas de constatation d'une erreur manifeste.

Si le comité d'alerte se réunit pour vérifier s'il y a des erreurs, il analysera évidemment la façon dont l'ONDAM a été construit. Il ne me paraît pas gênant qu'il rende systématiquement un avis que, de toute façon, il rendra. Qu'il le transmette aux partenaires concernés me convient tout à fait.

Le Gouvernement émet donc un avis favorable sur l'amendement n° 65, auquel M. Jégou s'est rallié.

S'agissant de l'amendement n° 320, présenté par M. Jacky Le Menn au nom du groupe socialiste, la modification qu'il prévoit n'est pas possible, et M. le rapporteur général en a très bien expliqué les raisons.

Je souhaite que les choses soient faites le plus tôt possible, certes. Cependant, au vu des éléments techniques cités par le rapporteur général au sujet de la présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale et compte tenu du fait que la Commission des comptes de la sécurité sociale, la CCSS, se réunit, elle, entre le 15 septembre et le 15 octobre, la modification proposée par M. Le Menn n'est vraiment pas envisageable.

Il va falloir déjà presser le pas pour que l'avis du comité d'alerte soit rendu avant le 15 octobre !

M. le président. La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote sur l'amendement n° 65.

M. Bernard Cazeau. Mon explication de vote vaudra pour l'ensemble de l'article 34.

M. le rapporteur général et M. le rapporteur pour avis ayant retiré leurs premiers amendements, les amendements n° 113, 64 et 63 qui me paraissent les plus intéressants, je profiterai de l'amendement n° 65 pour dire quelques mots au sujet de l'article.

Madame la ministre, vous pouvez déjà vous apprêter à déclencher le comité d'alerte, non pas à la date que souhaitent les fédérations et qui a été défendue par M. Le Menn, mais à celle que vous précisez, celle du 15 octobre.

En effet, vous avez déjà fixé la progression de l'effort de l'ONDAM pour 2011 à 2,9 %. Et la baisse se poursuivra puisque vous prévoyez pour 2012 un taux de 2,8 %.

Or, nous savons – et vous le savez également – que la demande de soins de nos concitoyens est plutôt en progression, puisqu'elle augmente de 3,5 % à 4 % bon an mal an. Cette progression s'accompagne d'une hausse des coûts des techniques, qui – Dieu merci! – évoluent, à l'instar des pratiques des professionnels de santé, dont le coût augmente également.

Une fois de plus, vous nous expliquerez que vous faites de la maîtrise médicalisée, comme nous l'avons lu ou entendu tout au long des débats jusqu'à présent, alors que vous êtes – il faut l'avouer une bonne fois – dans la maîtrise comptable!

Une fois de plus, il faut bien le dire, ce sont les assurés qui paieront. D'ailleurs, M. Barbier proposait même voilà quelques instants de leur imposer une franchise! Nous sommes toujours dans la même logique! Et vous savez que, sur ce point-là, nous ne sommes pas d'accord avec vous.

Enfin et surtout, madame la ministre, ne nous parlez pas de bonne gestion alors que le déficit de la sécurité sociale s'élève à près de 70 milliards d'euros depuis 2002. Certes, vous avez hérité du déficit transmis par ceux qui vous ont précédée, mais on est toujours responsable et on suit toujours la politique menée par ses prédécesseurs. De grâce, donc, ne nous parlez pas de bonne gestion!

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

M. Guy Fischer. Avec l'adoption de l'article 34, qui vise à renforcer le rôle du comité d'alerte concernant le suivi infra-annuel de l'ONDAM et l'évaluation des hypothèses, nous assistons véritablement à la mise en place d'une maîtrise comptable. On ne peut pas le dire autrement!

La maîtrise médicalisée, on a vu ses effets. Les objectifs fixés par le Président de la République relativement aux ONDAM futurs ne pourront se traduire que par une restriction de plus en plus dure de l'accès aux soins.

Si l'on considère que cette maîtrise comptable tendra à s'affirmer de plus en plus – c'est ce que je pense et nous l'avons vu au travers des résultats de 2010 ainsi que des prévisions pour 2011 –, deux conséquences seront inévitables.

La première sera le transfert d'une partie des charges sur les mutuelles, sur les assurances complémentaires santé. Ce mouvement est d'ailleurs déjà amorcé. Jusqu'à présent, les Français avaient pris soin de souscrire à des régimes complémentaires de niveaux différents. Or, on s'aperçoit qu'il est de plus en plus difficile de maintenir ces régimes, compte tenu des hausses annoncées. En 2010, la moyenne de ces hausses a été de 5 %, ce qui signifie que les valeurs extrêmes sont bien supérieures!

La seconde conséquence sera, dans le même temps, l'augmentation des restes à charge, qui pèsent de plus en plus sur les assurés.

Bien que l'on nous affirme – c'est certainement vrai – que notre régime de protection sociale est l'un des plus performants en Europe, nous constatons année après année que l'efficacité de ce système décroît.

Voilà pourquoi nous ne pouvons être d'accord avec ce que prévoit l'article 34 et pourquoi nous nous y opposons. Nous pensons en effet que, compte tenu des décisions prises, ce sont les assurés sociaux qui trinqueront.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 65.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'amendement n° 320 n'a plus d'objet.

Je mets aux voix l'article 34, modifié.

(L'article 34 est adopté.)

Article 34 bis

① Après l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-1 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

② « La Commission des comptes de la sécurité sociale inclut chaque année dans ses rapports un bilan d'évaluation du respect des engagements financiers contenus dans les conventions conclues par les professions de santé avec l'assurance maladie. » – *(Adopté.)*

Article 35

① L'article L. 162-1-7 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

② « Tout acte ou prestation nouvellement inscrit fait l'objet d'un examen en vue d'une nouvelle hiérarchisation dans les cinq ans qui suivent l'entrée en vigueur de la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie mentionnée au troisième alinéa. » – *(Adopté.)*

Articles additionnels après l'article 35

M. le président. L'amendement n° 479, présenté par MM. Collin, Alfonsi et Baylet, Mme Escoffier, M. Fortassin, Mme Laborde et MM. Mézard, Milhau, Plancade, Tropeano, Vall et Vendasi, est ainsi libellé :

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

À la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, après le mot : « série », sont insérés les mots : « en ville, en centres de rééducation fonctionnelle ou en centres de soins de suite et de rééducation ».

La parole est à M. François Fortassin.

M. François Fortassin. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, les référentiels mis en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 ne s'appliquent actuellement qu'aux soins de ville.

Ils concernent un certain nombre de pathologies comme la reconstruction du ligament croisé antérieur du genou, les entorses externes récentes cheville pied et l'arthroplastie de la hanche, par exemple, ou encore celle du genou par prothèse totale du genou.

Cependant, en l'absence de disposition précise, lesdits référentiels ne s'appliquent exclusivement qu'en soins de ville.

En conséquence, afin, d'une part, de rectifier cette iniquité et, d'autre part, d'améliorer les sources d'économies pour l'assurance maladie, les référentiels doivent également s'appliquer en centres de rééducation fonctionnelle et en centres de soins de suite et de réadaptation, tant publics que privés. En effet, le forfait global en établissement public ne permet pas d'avoir une vision claire des actes en série et de leurs coûts effectifs.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Les auteurs de cet amendement proposent que les référentiels pour les actes en série s'appliquent également aux soins prodigués en centres de rééducation fonctionnelle et en centres de soins de suite et de réadaptation.

C'est déjà le cas pour les actes pratiqués par les professionnels de santé en centres de santé et en établissements de santé et médico-sociaux dans le cadre d'un exercice salarié.

Il s'agit là d'une suggestion intéressante dans la perspective de la réforme de la tarification des centres de soins de suite et de réadaptation. C'est la raison pour laquelle la commission souhaite recueillir l'avis du Gouvernement sur cet amendement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Sur le plan du principe, il est tout à fait utile que les référentiels établis par la Haute Autorité de santé s'exercent sur les actes réalisés en série, quel que soit le site où ceux-ci sont prodigués. Toutefois, ils ont été bâtis pour correspondre aux modalités des soins de ville et ne sont donc pas transposables *stricto sensu*, sauf à réaliser un autre travail, aux actes dispensés en établissements. En effet, compte tenu des modalités d'exercice dans ces établissements, il est impossible de procéder à une identification et à un séquençage des actes.

Nous reviendrons sur cette question lors de l'examen de l'article 37 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, qui prévoit d'étendre la procédure d'accord préalable aux centres de soins de suite et de réadaptation.

Sous le bénéfice de ces explications, le Gouvernement demande le retrait de cet amendement.

M. le président. Monsieur Fortassin, l'amendement n° 479 est-il maintenu ?

M. François Fortassin. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 479 est retiré.

L'amendement n° 311 rectifié, présenté par MM. Barbier, Collin et les membres du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen, est ainsi libellé :

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

La liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale ainsi que la nomenclature générale des actes professionnels font l'objet d'une refonte dans un délai de deux ans.

La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. Il s'agit là encore d'un amendement d'appel.

La nomenclature générale des actes professionnels, la NGAP, est le référentiel des actes pris en charge par les caisses d'assurance maladie. Avant 2005, elle répertoriait l'ensemble des actes médicaux remboursables. Aujourd'hui, elle a été remplacée, pour les médecins, par la classification commune des actes médicaux, la CCAM. La NGAP reste en revanche, pour la profession dentaire et pour plusieurs autres professions de santé, dans l'attente d'une CCAM effective pour tous, qui est le texte de référence. Par leur densité même, la CCAM comme la NGAP sont susceptibles d'une obsolescence rapide. De plus, la cotation des actes est très complexe et les tarifs rendent parfois l'accès aux soins difficile, notamment dans le cas des prothèses dentaires.

Cet amendement vise donc à prévoir une refonte complète de cette nomenclature. Cette mesure me paraît relativement urgente.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Nous ne pouvons que partager la préoccupation exprimée par les auteurs de cet amendement et faire nôtre l'objectif de ce dernier.

En effet, il est nécessaire de réviser régulièrement les différentes prestations et actes, notamment en raison de l'évolution rapide des technologies.

La classification commune des actes médicaux est relativement récente, puisqu'elle a environ cinq ans. En outre, l'article 35 du projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit que « tout acte ou prestation nouvellement inscrit fait l'objet d'un réexamen [...] dans les cinq ans qui suivent ».

Par conséquent, il ne me semble pas très réaliste de procéder à une refonte totale de l'ensemble de ces listes dans un délai aussi court.

C'est la raison pour laquelle la commission souhaite connaître la position du Gouvernement sur cette proposition. Considère-t-il cette dernière comme réaliste ou trouve-t-il plus opportun de prendre acte de la demande des membres du RDSE pour tenter de *booster* quelque peu l'exercice de révision de ces actes ? Gilbert Barbier pourrait alors accepter de retirer cet amendement, qu'il a lui-même qualifié d'amendement d'appel. Mais il ne faudrait pas, si j'ai bien compris, que cet appel soit vain !

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. L'analyse du rapporteur général est excellente. En imposant tous les deux ans une règle de révision des deux référentiels des actes de prise en charge par l'assurance maladie, la CCAM et la NGAP, cet amendement vise à prévoir une véritable refonte et non un simple toilettage.

Monsieur Barbier, je partage votre constat : actuellement, la classification des actes médicaux et des actes professionnels est susceptible d'une obsolescence extrêmement rapide.

Je rappelle à la Haute Assemblée que la CCAM concerne 7 600 actes, hiérarchisés par 1 000 experts.

Vous pointez les difficultés de ces deux référentiels, une gestion alourdie par le nombre d'actes – comment faire autrement ? – et la difficulté de réviser les tarifs à leur juste valeur, et proposez d'entreprendre tous les deux ans un gigantesque travail de révision. Or il faut savoir que la révision de la CCAM dure à chaque fois plusieurs années.

C'est pourquoi, à l'instar du rapporteur général, je préfère dans un premier temps la mise en place d'un dispositif plus souple, même si je reconnais que sa portée sera plus limitée. En outre, l'article 35 du projet de loi de financement de la sécurité sociale instaure déjà une obligation de révision dans les cinq ans pour tout nouvel acte ou prestation. J'ai demandé aux partenaires conventionnels d'intégrer de plus en plus systématiquement des clauses de révision dans le libellé des actes.

S'il est intéressant, le dispositif qui est ici proposé est totalement inapplicable tous les deux ans.

M. le président. Monsieur Barbier, l'amendement n° 311 rectifié est-il maintenu ?

M. Gilbert Barbier. Le terme « refonte » ne signifie pas une révision systématique des 7 600 actes existants ; divers points mériteraient toutefois d'être soulevés.

Le problème est connu. Nous savons que, dans un certain nombre de spécialités, si des actes sont surcotés, d'autres sont sous-cotés. Or ces derniers sont à l'origine de grandes difficultés, notamment lorsqu'on aborde la question des dépassements d'honoraires.

En effet, un certain nombre de dépassements d'honoraires sont uniquement dus au fait que la réalisation de ces actes, notamment en chirurgie, est beaucoup plus difficile à prendre en compte, en raison du temps nécessaire pour les réaliser. Pour les spécialités paramédicales, la cotation des actes dentaires, notamment les actes de soins, pose une très grande difficulté vis-à-vis de nos concitoyens, puisque la plupart des dentistes sont à juste raison obligés de survaloriser le prix de leurs prothèses pour compenser la sous-cotation des actes de soins.

C'est un problème ! Si les actes de soins courants étaient revalorisés de manière raisonnable, peut-être les chirurgiens-dentistes n'en seraient-ils pas réduits à cette extrémité.

M. Guy Fischer. Nous sommes d'accord !

M. Gilbert Barbier. Malgré tout, je retire cet amendement, mais je souhaite, madame la ministre, que ce dossier soit véritablement pris en main par vos services.

M. le président. L'amendement n° 311 rectifié est retiré.

L'amendement n° 326, présenté par M. Le Menn, Mme Jarraud-Vergnolle, M. Daudigny, Mme Le Texier, MM. Cazeau et Desessard, Mmes Demontès, Campion, Alquier, Printz et Schillinger, MM. Kerdraon, Godefroy, Jeannerot, S. Larcher et Gillot, Mmes San Vicente-Baudrin et Ghali, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

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

Le ministre chargé de la santé soumet à l'avis de la Haute Autorité de santé l'inscription du second avis des experts anatomopathologistes sur la liste des actes

médicaux pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie établie selon les modalités définies par l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

La parole est à Mme Annie Jarraud-Vergnolle.

Mme Annie Jarraud-Vergnolle. Le diagnostic anatomopathologique est, dans nombre de spécialités – en premier lieu, en cancérologie –, la clef de voûte de la décision thérapeutique et de la définition de la stratégie de prise en charge du malade. Il requiert une certitude absolue, laquelle n'est pas toujours aisée à établir en raison de la variété des formes anatomopathologiques.

Une étude récente montre qu'un second avis est demandé dans environ 1 % des cas. En effet, un prélèvement sur cent soumis aux pathologistes fait l'objet d'un doute suffisant pour imposer l'avis d'un expert.

On comprend le bénéfice considérable que peut permettre une deuxième lecture par un expert, qui est bien souvent un expert d'organes dont l'avis est nécessairement plus précis que celui d'un pathologiste « généraliste ».

Ce bénéfice est bien évidemment d'abord humain, car il se traduit par un grand nombre d'années de vie gagnées pour les malades et par une meilleure adaptation des traitements. Il est aussi financier, car, dans nombre de cas, des séquences thérapeutiques déployées sur des mois ou sur des années et pouvant atteindre des millions d'euros sont évitées.

L'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale permet au ministre chargé de la santé de procéder d'office à l'inscription d'un acte dans la liste des actes pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie par arrêté après avis de la Haute Autorité de santé, la HAS. La saisine de cette instance sur la question du remboursement du second avis des experts anatomopathologistes permettrait d'éclairer une éventuelle décision du ministre dans ce sens.

Tel est l'objet de cet amendement.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La rédaction de cet amendement est telle qu'elle revêt un caractère injonctif à l'égard du Gouvernement. La commission ne l'approuve donc pas.

Je rappelle que l'article auquel il est fait référence donne déjà au Gouvernement la faculté de consulter la Haute Autorité de santé, s'il le juge nécessaire. Cet amendement vise à rendre systématique et obligatoire une disposition qui existe. Or nous savons comment le Gouvernement appréhende ce type de situation.

Par conséquent, la commission demande le retrait de cet amendement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Une fois de plus, M. le rapporteur général a très bien parlé.

Madame Jarraud-Vergnolle, cet amendement est superfétatoire, puisque le code de la sécurité sociale donne déjà au ministre chargé de la santé la possibilité que vous appelez de vos vœux. La loi d'août 2004 a donné compétence de droit commun à l'UNCAM pour l'inscription des actes et prestations, leur hiérarchisation relevant évidemment de la Commission de hiérarchisation des actes et des prestations, la CHAP. Il s'agit d'une procédure que j'entends privilégier, car elle garantit que l'inscription au remboursement adosse la valeur des actes au service médical réellement rendu.

Dans le cas d'espèce, l'inscription au remboursement devrait être assez rapide dans la mesure où, au mois de décembre 2009, la HAS a émis un avis favorable sur la prise en charge de ce second avis d'expert anatomopathologiste.

Il n'y a pas de problème de fond. Il reste seulement à déterminer la valeur des actes ; c'est en cours.

Par conséquent, la disposition prévue par cet amendement n'est pas utile, et il n'y a donc pas de raison de la voter.

M. le président. Madame Jarraud-Vergnolle, l'amendement n° 326 est-il maintenu ?

Mme Annie Jarraud-Vergnolle. Dans la mesure où Mme la ministre me certifie que le second avis est remboursé, je retire cet amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 326 est retiré.

L'amendement n° 67, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

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

Dans la dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale, après les mots : « Ils fournissent également », sont insérés les mots : «, à compter du 1^{er} juillet 2011, ».

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Avec cet amendement, nous abordons la question, chère à M. Autain, de l'information des patients sur les tarifs pratiqués par les cabinets médicaux.

L'article L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale prévoit notamment que les caisses d'assurance maladie fournissent des renseignements sur les tarifs d'honoraires habituellement demandés, ainsi que toute information utile à la bonne orientation du patient dans le système de soins.

Les caisses ont déjà beaucoup avancé sur cette question, essentielle pour améliorer l'accès aux soins des Français. Ainsi, la CNAM a déjà testé un site internet, ameli-direct, dont le but est d'aider les assurés à choisir un professionnel ou un établissement. Cet amendement vise à fixer la date d'entrée en vigueur effective de ce dispositif au 1^{er} juillet prochain.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Monsieur le rapporteur général, vous avez déjà satisfaction puisque des informations sur les tarifs sont déjà fournies par l'assurance maladie, *via* internet, notamment sur ameli.fr, mais aussi sur simple appel téléphonique au 3646.

Sous le bénéfice de ces observations, je vous demande donc de bien vouloir retirer votre amendement.

M. le président. Monsieur le rapporteur général, accédez-vous au souhait de Mme la ministre ?

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Pour l'heure, je maintiens cet amendement, car les échanges que j'ai eus avec la CNAM me font croire à la nécessité d'une telle disposition. Toutefois, madame la ministre, je vais approfondir la question. S'il se révèle qu'il n'y a plus de difficulté, je retirerai l'amendement en commission mixte paritaire.

M. le président. La parole est à M. Gilbert Barbier, pour explication de vote.

M. Gilbert Barbier. La consultation du site internet n'est pas aisée, car les termes qui sont utilisés peuvent se révéler difficiles à comprendre pour un simple patient.

M. Guy Fischer. En effet !

M. Gilbert Barbier. La CNAM devrait utiliser un langage plus simple ou, à tout le moins, mettre certaines informations entre parenthèses, afin de permettre aux patients de trouver plus facilement des renseignements, sur une intervention chirurgicale par exemple.

M. Jacky Le Menn. C'est une bonne remarque.

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Certes, mais cela ne change rien à l'amendement !

M. le président. La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote.

M. Bernard Cazeau. Cet amendement aurait été encore plus intéressant si M. le rapporteur général avait prévu que les caisses d'assurance maladie devaient également fournir des informations sur les dépassements d'honoraires.

Comme l'a rappelé M. Barbier avant de retirer son amendement n° 311, les dépassements d'honoraires constituent une des inquiétudes majeures des assurés sociaux. Véritable sape de l'assurance maladie, ils deviennent insupportables pour bien des gens, qui ne peuvent plus suivre.

Un spécialiste sur deux pratique déjà les dépassements d'honoraires et un nombre important de généralistes y ont également recours dans certaines régions. C'est notamment le cas en Île-de-France, beaucoup moins en zones rurales.

Madame la ministre, le projet de loi de financement de la sécurité sociale garde un silence pesant sur ce sujet. Pourriez-vous nous indiquer quel est l'état d'avancement de ce dossier ? Le système optionnel, qui était supposé améliorer la situation, n'avance que très lentement, si tant est qu'il avance.

M. Guy Fischer. Il n'est pas mis en place !

M. Bernard Cazeau. En effet, mon cher collègue, et il me semble que les syndicats médicaux, du moins les syndicats majoritaires, rechignent encore.

Le système est encore très flou. Certains Français ne peuvent pas se soigner, du fait de dépassements d'honoraires tout à fait excessifs, pour ne pas employer un mot auquel je pense très fort mais que je ne prononcerai pas.

Madame la ministre, que comptez-vous faire pour remédier à cette situation ? Si vous n'y mettez pas un terme, la sécurité sociale cessera d'exister. Dès lors, monsieur Barbier, le classement des praticiens, qui représente un travail important, deviendrait inutile.

La difficulté de l'accès aux soins est patente dans certaines spécialités, la chirurgie dentaire notamment. Il suffirait d'examiner la bouche de certains Français pour s'en convaincre.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Monsieur Cazeau, le code de la sécurité sociale, très volumineux et donc difficile à connaître dans son intégralité, je vous le concède, prévoit que les services de conseils des caisses fournissent « tous éléments d'information sur les tarifs d'honoraires habituellement demandés », y compris, bien entendu, sur les dépassements d'honoraires.

M. Guy Fischer. C'est un vœu pieux !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Votre inquiétude est donc sans objet.

Quant au secteur optionnel, nous aurons l'occasion d'y revenir dans la suite de la discussion du projet de loi de financement. Il ne me paraît pas opportun d'engager le débat en cet instant.

M. Bernard Cazeau. Ce n'est jamais le bon moment !

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je constate que M. le rapporteur général connaît le code de la sécurité sociale par cœur, comme moi-même d'ailleurs... (*Rires.*)

Monsieur Cazeau, l'article L.162-1-11 de ce code répond en effet à votre préoccupation.

M. Guy Fischer. Mais non !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le site *ameli.fr* indique les tarifs des médecins et les dépassements d'honoraires. Et il est possible de flécher les demandes des assurés vers les praticiens qui ne pratiquent pas de dépassement d'honoraires.

M. Bernard Cazeau. Ils ne sont pas nombreux !

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Nous voterons cet amendement, même si nous avons bien conscience qu'il ne modifiera pas radicalement la situation des patients.

Le secteur optionnel, dont nous débattons en effet dans la suite de la discussion du présent projet de loi de financement, ne règle en rien la question. Espérons qu'il contribuera à moraliser quelque peu la pratique des dépassements, à défaut de la supprimer.

J'ajoute que ces dépassements seront pris en charge non par la sécurité sociale, mais par les assurances complémentaires, ce qui est bien différent. Le problème reste donc entier.

Le site *ameli.fr* délivre des informations sur les tarifs pratiqués et sur les dépassements d'honoraires, ce qui est une bonne chose. Il n'est en effet pas satisfaisant que le patient doive entrer dans la salle d'attente d'un médecin pour prendre connaissance des honoraires qu'il pratique, si tant est que ces honoraires soient bien affichés, ce qui n'est pas toujours le cas. Et de toute façon, une fois que le patient a franchi le seuil de la salle d'attente, il est bien souvent trop tard pour qu'il renonce à consulter, même si des dépassements d'honoraires sont affichés.

Il s'agit là d'un problème de fond auquel la transparence et l'information ne sauraient à elles seules remédier. Je ne peux que déplorer la passivité du Gouvernement sur ce sujet, alors qu'il devrait au contraire mettre en œuvre une politique déterminée pour régler cette question.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 67.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, après l'article 35.

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

L'amendement n° 325, présenté par M. Le Menn, Mme Jarraud-Vergnolle, M. Daudigny, Mme Le Texier, MM. Cazeau et Desessard, Mmes Demontès, Campion, Alquier, Printz et Schillinger, MM. Kerdraon, Godefroy,

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

Après l'article 35, 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. »

La parole est à M. Jacky Le Menn.

M. Jacky Le Menn. Cet amendement se situe dans la même veine que le précédent. Il convient, nous semble-t-il, d'améliorer l'information des patients en matière de dépassements d'honoraires, notamment en supprimant la subordination de l'obligation d'information à un seuil de dépassement, qui est aujourd'hui de 70 euros, fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Les budgets des familles sont souvent très serrés. Un dépassement de 65 euros est, par exemple, susceptible de constituer un réel obstacle à l'accès aux soins. Il importe donc que le patient en soit informé à l'avance, ne serait-ce que pour pouvoir s'y préparer, même s'il accepte ce dépassement.

Derrière l'information du patient se profile la pratique du dépassement d'honoraires, devenue presque systématique pour un nombre croissant de praticiens, notamment de spécialistes, et en certains lieux de notre territoire. Les dépassements d'honoraires sont tellement généralisés qu'ils constituent un recul de la solidarité nationale. Ils sont un obstacle à l'accès aux soins et, à ce titre, contraires aux principes fondateurs de l'assurance maladie.

Mal informés, perdus dans le maquis des remboursements, obligés de jongler entre les grilles tarifaires des mutuelles et des assurances complémentaires, pour ceux qui en ont une, les malades n'ont d'autre choix que celui de payer ! La vraie question est de savoir pourquoi tant de praticiens imposent des actes à des prix prohibitifs pour un nombre croissant de nos concitoyens. Les dépassements d'honoraires sont la cause principale de l'augmentation du reste à charge des assurés français.

En effet, les organismes complémentaires participent toujours plus à la prise en charge des forfaits hospitaliers, journaliers et autres. En revanche, les dépassements d'honoraires sont peu couverts par la très grande majorité des organismes complémentaires. On ne peut d'ailleurs en faire grief aux mutuelles, car cela reviendrait à « solvabiliser » une pratique qui atteint des proportions inquiétantes, pour ne pas dire délirantes.

Selon un rapport de l'IGAS, qui remonte à deux ans, en Île-de-France, certains praticiens appliquent des taux de dépassement d'honoraires très élevés : 200 % en neurochirurgie, 100 % en chirurgie et en ophtalmologie, 73 % en psychiatrie. Pour une opération de la cataracte, 71 % des patients doivent payer en moyenne 91 euros dans le secteur public et 200 euros dans le secteur privé ; pour une coloscopie, 66 % des patients doivent acquitter un montant moyen de 60 euros dans le secteur public et de 105 euros dans le secteur privé.

Le tarif opposable devient une référence dont l'utilité nous échappe, puisqu'il n'est plus pratiqué par personne. Le système est devenu si incontrôlable que, dans plusieurs départements, les dépassements d'honoraires constituent la part principale des revenus de certains spécialistes.

Au-delà de la nécessité d'informer, force est de constater que l'on ne peut plus laisser perdurer un système dans lequel les tarifs opposables ne sont plus pratiqués – les patients ne les connaissent même plus – et dans lequel aucune mesure ne permet de lutter de manière suivie et conséquente contre ces dépassements.

Notre amendement est pour nous un moyen d'attirer l'attention sur une réalité préoccupante, à savoir le recul croissant de l'accès aux soins.

M. le président. L'amendement n° 237 rectifié, présenté par M. Fischer, Mmes David et Pasquet, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

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

Compléter le deuxième alinéa de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique par une phrase ainsi rédigée :

« L'arrêté précité fixe également à 15 % la limite que le dépassement ne peut en aucun cas excéder pour les actes techniques. »

La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. Chacun de nous reconnaît, sur quelque travée qu'il siège, que les dépassements d'honoraires sont aujourd'hui devenus de véritables entraves à l'accès aux soins. Ils constituent même, selon le rapport remis par l'IGAS en 2007, « un recul de la solidarité nationale » et seraient « contraires aux principes fondateurs de l'assurance maladie ».

C'est une analyse que nous partageons pleinement et qui nous a conduits, mais toujours en vain, à déposer des amendements destinés à limiter ces dépassements, lesquels participent, à leur manière, au développement d'une médecine à deux vitesses reposant d'abord et avant tout sur la capacité financière des malades.

C'est d'autant plus vrai qu'un nombre croissant de contrats mutualistes ne prennent pas en charge ces dépassements. Cela touche surtout les plus modestes de nos concitoyens, qui optent systématiquement pour les contrats les moins chers, donc les moins protecteurs. Et que dire de ceux qui, du fait d'une situation financière extrêmement difficile, sont dans l'impossibilité de cotiser à une complémentaire santé ?

Les dépassements concernent tous les secteurs. Même si les omnipraticiens sont les moins nombreux à déroger à la règle du secteur 1, ceux qui appliquent des dépassements le font dans des proportions très importantes, puisque leur montant correspondrait à 39 % du tarif opposable.

Les dépassements peuvent par ailleurs être plus importants. Un rapport de l'IGAS nous apprend que, pour un accouchement, une somme est laissée à la charge de la jeune mère dans la moitié des cas et elle est en moyenne de 74 euros à l'hôpital et de 178 euros en clinique. Pour la pose d'une prothèse de hanche, 72 % des patients doivent payer de leur poche en moyenne 225 euros dans le secteur public et 454 euros dans le secteur privé. Pour une opération de la cataracte, 71 % des patients doivent déboursier en moyenne 91 euros dans le service public et 200 euros dans les établissements privés. Enfin, pour une coloscopie, la proportion des patients qui supporte un dépassement est de 66 %, pour un montant moyen de 60 euros dans le secteur public et de 105 euros dans le secteur privé.

Et cette étude ne prend pas en compte les demandes de paiement complémentaire non déclaré de la part des médecins, une pratique illégale de dessous-de-table, qui fait actuellement l'objet de plusieurs enquêtes judiciaires dans le pays.

Cette situation, dont pâtissent nos concitoyens, votre gouvernement en est le responsable, notamment en raison de son refus de préciser la notion de « tact et de mesure » derrière laquelle s'abritent les praticiens pour imposer des tarifs qui sont devenus prohibitifs pour une part toujours plus importante de nos concitoyens.

J'en veux pour preuve la manière dont vous avez, sous la pression de l'Union des chirurgiens de France, réécrit, voilà un an, l'article R. 147-1 du code de la sécurité sociale en effaçant toute référence directe aux dépassements d'honoraires, et supprimé, par le décret du 20 août 2009, l'article R. 147-6 du même code, qui donnait une définition de la notion de tact et de mesure.

C'est pourquoi, en attendant que le Gouvernement apporte enfin une réponse à nos concitoyens, nous proposons par cet amendement, conformément à ce que préconise le rapport de l'IGAS de 2007, le plafonnement des dépassements d'honoraires.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Comme je l'ai rappelé tout à l'heure, le code de la santé publique fait obligation aux professionnels de santé pratiquant des dépassements d'honoraires d'en informer leurs patients.

L'amendement n° 325 vise le dispositif aux termes duquel le médecin est tenu d'informer le patient de façon écrite et préalable du tarif de ses actes, dès lors que ses honoraires sont égaux ou supérieurs à 70 euros, seuil fixé par arrêté ministériel.

On peut se demander si ces 70 euros ne préfigurent pas le tarif du secteur optionnel auquel le Gouvernement.

M. Guy Fischer. Bonne question !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Pourquoi avoir retenu un montant de 70 euros, et non de 60, 75 ou 80 euros ?

M. Guy Fischer. Eh oui !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Je laisse à Mme le ministre le soin de nous expliquer dans un instant les raisons pour lesquelles le Gouvernement a retenu ce seuil.

Au vu des explications du Gouvernement, j'invite M. Le Menn à retirer son amendement n° 325, faute de quoi j'y serai défavorable.

J'en viens à l'amendement n° 237 rectifié, que M. Fischer nous a longuement présenté.

M. Guy Fischer. Une présentation sérieuse !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La rédaction de cet amendement est loin d'être parfaite, ...

M. Guy Fischer. On peut l'améliorer !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. ... puisque la disposition que vous proposez n'a pas sa place dans un article de nature informative.

MM. François Autain et Guy Fischer. Ah !

M. Alain Vasselle, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. En outre, il paraît insolite de s'en remettre à un arrêté. Si nous voulions prendre une telle disposition, il suffirait de l'intégrer dans la loi.

Pour toutes ces raisons, reconnaissez, mon cher collègue, que votre amendement n'a pas sa place à cet endroit du texte. Je vous invite donc à le retirer. Nous gagnerons ainsi du temps, mais cela ne vous empêchera de soulever cette question à un autre moment.

M. Guy Fischer. Et sur le fond ?

M. Alain Vasselle, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. Sur le fond, comme je l'ai indiqué sur l'amendement n° 325, la commission des affaires sociales considère que cette question renvoie au secteur optionnel.

M. Guy Fischer. Vous couvrez les dépassements d'honoraires !

M. Alain Vasselle, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. Je ne couvre rien du tout ! Encore une fois, nous examinons un article dont l'objet est d'informer les patients sur les dépassements d'honoraires. Il ne s'agit pas pour l'heure de fixer le seuil de ces dépassements, lequel relève d'une disposition d'ordre réglementaire.

M. Guy Fischer. Tout cela reste un vœu pieu ! Les médecins peuvent dormir tranquilles !

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre*. Je suis défavorable aux amendements n°s 325 et 237 rectifié pour les mêmes raisons que M. le rapporteur général.

Pourquoi avoir retenu le seuil de 70 euros ? Permettez-moi tout d'abord de resituer les choses.

Les partenaires conventionnels ont considéré qu'il n'était pas acceptable de ne pas fixer un seuil, sauf à s'engager dans une véritable spirale bureaucratique et technocratique pour des dépassements qui pourraient ne pas excéder un euro. Car il faut bien admettre que la majorité des dépassements sont très faibles, se limitant souvent à quelques euros. Les médecins qui y ont recours ne sont pas pour autant exonérés de l'obligation d'affichage et d'information écrite. Ce que l'on appelle le « devis », même cette terminologie est juridiquement erronée, constitue bien une information préalable écrite.

Par ailleurs, le seuil de 70 euros correspond non pas au montant du dépassement, mais au coût de la totalité de l'acte, y compris le dépassement. En ce qui concerne les actes ultérieurs, une information écrite préalable, c'est-à-dire un devis, s'impose.

Je tenais à rappeler ces différents points, que nous devons garder présents à l'esprit.

À l'issue des négociations qui ont eu lieu entre les partenaires conventionnels, le seuil de 70 euros est apparu comme un moyen terme acceptable aussi bien par ceux qui voulaient le fixer à 50 euros que par ceux qui souhaitaient le porter à 100 euros.

Telle est, monsieur le rapporteur général, la raison pour laquelle nous avons retenu ce montant. On aurait pu opter pour 69 ou 72 euros.

M. Guy Fischer. Vous avez arrondi !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre*. En effet, monsieur le sénateur, et croyez bien que ce fut un exercice difficile.

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote sur l'amendement n° 325.

M. François Autain. Je m'interroge sur les difficultés que soulève la mise en œuvre de l'obligation d'information écrite préalable pour tout acte dont la facture globale est égale ou supérieure à 70 euros.

Prenons un exemple : je consulte un médecin parisien pratiquant un dépassement d'honoraires.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre*. Seriez-vous malade ? (*Sourires.*)

M. François Autain. Oui, je suis très malade, madame la ministre ! J'ai une maladie chronique prise en charge à 100 % au titre des affections de longue durée, mais le secret médical m'oblige à en rester là ! (*Nouveaux sourires.*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre*. J'espère que vous êtes bien soigné ! (*Rires.*)

M. François Autain. Je consulte donc un médecin parisien. Sachant que le tarif de la consultation peut atteindre, voire dépasser 70 euros, je commence, avant toute chose, par lui demander un devis afin de savoir combien il va me prendre !

Madame la ministre, nous le savons, le rapport de force entre un patient et un médecin n'est pas très équilibré. Le médecin vous demande « Pourquoi venez-vous me voir ? » et vous lui répondez « Combien va me coûter la consultation ? ». Ce simple exemple montre que le devis sera très difficile à mettre en œuvre.

Je conçois que cette mesure rassure tout à la fois le Gouvernement et les professionnels, mais je ne vois pas comment elle pourra être mise en application dans la pratique.

Comme je l'ai indiqué tout à l'heure, mais peut-être convient-il de le répéter en cet instant, nous demandons non pas la transparence et l'information sur les dépassements d'honoraires, mais la disparition pure et simple de ces derniers.

Que l'on augmente les tarifs de responsabilité et les tarifs opposables, que l'on ait recours à d'autres modes de rémunération, soit ! Mais la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire doit être beaucoup plus importante qu'elle ne l'est à l'heure actuelle.

En effet, s'en remettre aux assurances complémentaires – nous reviendrons sur ce point tout à l'heure –, c'est pénaliser ceux qui, ayant de faibles revenus, ne peuvent souscrire à une telle assurance. Il existe certes des dispositifs destinés à les aider, mais cela ne remplacera pas une prise en charge des honoraires des médecins par l'assurance maladie obligatoire.

Beaucoup de progrès restent donc à faire dans ce domaine, d'autant que, il est bon de le répéter, le Gouvernement est demeuré complètement passif en la matière. (*M. Guy Fischer applaudit.*)

M. le président. La parole est à M. Jacky Le Menn, pour explication de vote.

M. Jacky Le Menn. Je veux appuyer les propos que vient de tenir notre collègue François Autain. On ne va pas chez le médecin comme on va chez le marchand de primeurs ou l'épicier du coin, auquel on demande : « Monsieur, vous me le faites à combien, le kilo de poireaux ? » (*Sourires.*)

M. Guy Fischer. Le marché n'est pas le même !

M. Jacky Le Menn. Et vous n'êtes pas dupe, madame la ministre !

De surcroît, la relation entre le médecin et le patient est inégalitaire. Lorsque vous entrez dans un cabinet, le médecin vous demande pour quelles raisons vous le consultez. Vous n'allez pas d'emblée porter la conversation sur le terrain mercantile, en lui demandant combien il vous facturera sa consultation ! J'ajoute que vous êtes rapidement amené à vous dévêtir, et être nu ne constitue pas un avantage devant un médecin qui détient le savoir.

La relation singulière entre le malade et le médecin implique des rapports dissymétriques. De ce point de vue, il y a quelque chose à faire. Le médecin doit prendre conscience, et peut-être faut-il l'y aider, des conséquences pour les patients d'un dépassement d'honoraires important et suivi.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 325.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 237 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 331 est présenté par M. Le Menn, Mme Jarraud-Vergnolle, M. Daudigny, Mme Le Texier, MM. Cazeau et Desessard, Mmes Demontès, Campion, Alquier, Printz et Schillinger, MM. Kerdraon, Godefroy, Jeannerot, S. Larcher et Gillot, Mmes San Vicente-Baudrin et Ghali, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés.

L'amendement n° 488 est présenté par MM. Milon, P. Blanc, Laménie et J. Blanc.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

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

L'article L. 4111-2 du code de la santé publique est complété par un paragraphe ainsi rédigé :

« ... - Les candidats à l'autorisation ministérielle d'exercice, classés en rang utile aux épreuves de vérification des connaissances, dans les conditions déterminées par les articles D. 4111-1 à D. 4111-5 pour les médecins, et par les articles D. 4221-1 à D. 4221-4 pour les pharmaciens, sont recrutés à temps plein pour remplir des fonctions hospitalières d'une durée de trois ans en qualité d'assistant généraliste associé ou, selon le cas, d'assistant spécialiste associé, dans les services agréés pour recevoir des internes.

« Ces candidats exercent leurs fonctions sous la responsabilité directe du responsable de la structure dans laquelle ils sont affectés ou, en cas d'empêchement de celui-ci, de l'un de ses collaborateurs médecin ou pharmacien. Ils sont associés à la continuité des soins ou à la permanence pharmaceutique assurée sur place, mais ne sont pas autorisés à effectuer des remplacements.

« Les candidats à l'autorisation ministérielle d'exercice sont recrutés par contrat écrit conclu avec le directeur de l'établissement de santé. Ils peuvent présenter leur démission sous réserve de respecter un délai de préavis de deux mois.

« Dans ce cas et en vue d'achever la période de fonctions hospitalières qu'ils doivent accomplir, ils peuvent être recrutés par un autre établissement de santé pour exercer dans un service de la discipline ou de la spécialité dans laquelle ils ont été inscrits à l'issue des épreuves de vérification des connaissances, figurant sur la liste arrêtée par le ministre chargé de la santé. Le recrutement est régi par les dispositions du premier alinéa du présent article pour une durée qui, cumulée avec la période déjà accomplie, ne peut excéder trois ans.

« Durant leur période de fonctions hospitalières, les candidats à l'autorisation ministérielle d'exercice sont régis par les dispositions des articles R. 6152-504, à l'exception du premier alinéa, de la deuxième phrase du quatrième alinéa et du dernier alinéa, R. 6152-509, R. 6152-514, à l'exception des 4°, 5°, 6° et du dernier alinéa, R. 6152-519, à l'exception du 2°, du cinquième et du dernier alinéa, R. 6152-520, du premier alinéa de l'article R. 6152-521, des articles R. 6152-524 à R. 6152-526 et de l'article R. 6152-529.

« Lorsqu'à l'expiration des périodes de congés, accordées en application des articles R. 6152-521 et R. 6152-524, durant lesquelles tout ou partie de leur rémunération leur a été maintenue, les candidats à l'autorisation ministérielle d'exercice ne sont pas reconnus aptes à la reprise de leurs fonctions par le comité médical, ils sont placés en congé non rémunéré jusqu'à ce qu'ils soient déclarés aptes à reprendre leurs fonctions. La durée du contrat visé aux alinéas précédents peut être prorogée afin de permettre aux candidats à l'autorisation ministérielle d'exercice d'achever leur période de fonctions hospitalières. »

La parole est à Mme Claire-Lise Campion, pour présenter l'amendement n° 331.

Mme Claire-Lise Campion. Selon une récente étude du Conseil national de l'ordre des médecins, plus de 8 000 médecins de nationalité européenne et extra-européenne officient dans notre pays, dont 39 % exercent en tant que spécialistes en médecine générale et 61 % en qualité de spécialistes d'une autre discipline. Ils sont présents dans la quasi-totalité des spécialités et sur l'ensemble de notre territoire national.

Les conditions d'exercice de ces professionnels méritent aujourd'hui d'être précisées, notamment en ce qui concerne les procédures de recrutement et les modalités de démission.

Ces conditions d'exercice sont en effet préjudiciables à ces professionnels. Aussi cet amendement vise-t-il à réintroduire, dans le code de la santé publique, la possibilité, pour les médecins étrangers, d'exercer dans le cadre de la procédure d'autorisation d'exercice.

Le décret n° 2009-24 du 8 janvier 2009 a abrogé les articles R. 6152-542 à R. 6152-544 qui régissaient les conditions d'exercice des médecins étrangers dans le cadre de la procédure d'autorisation d'exercice. Afin de clarifier la situation de ces personnels au cours de la période de trois ans passée au sein d'un service agréé, il convient donc de réintroduire les articles précités.

La clarification de cette situation se révèle essentielle dans la mesure où ces personnels sont associés à la permanence des soins. L'absence de précisions quant à leurs modalités d'exercice au sein des établissements de santé amènera inévitablement les directions d'établissement à recourir à du personnel

médical extérieur, ce qui entraînera un coût supplémentaire important pour des structures d'ores et déjà soumises à des contraintes financières de plus en plus fortes.

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, pour présenter l'amendement n° 488.

M. Alain Milon. Je partage l'argumentaire de Mme Campion. J'ajoute simplement que, à l'heure où l'on parle d'immigration, allant parfois jusqu'à la stigmatisation, il n'est pas inutile de clarifier la situation de ces médecins étrangers qui font un peu partie de ce que l'on pourrait appeler l'immigration choisie.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. M. Milon connaît bien la question des médecins étrangers qui a fait l'objet d'un long débat, ici même, lors de l'examen du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, loi HPST. J'ai le souvenir de plusieurs dispositions que nous avons votées afin de vérifier que ces médecins étrangers présentent le même niveau de qualification professionnelle que ceux qui ont suivi leurs études en France.

Ces amendements visent à préciser les conditions dans lesquelles les médecins étrangers pourraient exercer sur le territoire national. Mme la ministre nous dira dans un instant si elle est prête à prendre ces amendements en considération ou s'ils soulèvent des difficultés d'application et, dans l'affirmative, de quelle nature.

Mes chers collègues, sans doute conviendrait-il en cet instant de retirer ces amendements. Rien ne vous empêchera de les déposer à nouveau ultérieurement, après en avoir amélioré la rédaction.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ces dispositions ne soulèvent aucune difficulté d'application. Au contraire ! Je comprends, monsieur le rapporteur général, que le *Journal officiel* ne soit pas votre lecture de chevet ! (*Sourires.*) Je vous signale donc que j'ai remédié à cette situation dans le décret n° 2010-1212 du 13 octobre dernier.

M. Jacky Le Menn. Ces dispositions ne sont pas d'ordre législatif ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Non, monsieur le sénateur, elles relèvent d'un décret.

M. le président. Madame Campion, l'amendement n° 331 est-il maintenu ?

Mme Claire-Lise Campion. Mme la ministre ayant tout récemment pris un décret sur ce sujet, notre amendement n'a en effet plus lieu d'être. En conséquence, je le retire.

M. le président. L'amendement n° 331 est retiré.

Monsieur Milon, l'amendement n° 488 est-il maintenu ?

M. Alain Milon. Ce serait difficile, puisque Mme la ministre nous affirme qu'elle a pris un décret sur ce sujet le 13 octobre. Je ne l'ai pas lu et j'ignore si quelqu'un en a pris connaissance dans cette enceinte, mais je lui fais bien entendu confiance !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je l'espère ! (*Sourires.*)

M. le président. L'amendement n° 488 est retiré.

L'amendement n° 324, présenté par M. Le Menn, Mme Jarraud-Vergnolle, M. Daudigny, Mme Le Texier, MM. Cazeau et Desessard, Mmes Demontès, Campion, Alquier, Printz et Schillinger, MM. Kerdraon, Godefroy,

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

Après l'article 35, 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. »

La parole est à M. Yves Daudigny.

M. Yves Daudigny. L'article 1^{er} 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 impose aux cliniques privées de pratiquer des tarifs de secteur 1 lorsqu'elles exercent une mission de service public ou en cas d'urgence. En effet, nous observons tous que la permanence des soins est très généralement assurée non par des praticiens libéraux, mais par des praticiens hospitaliers.

Qui plus est, force est de constater que le niveau de tarification des actes nécessitant le recours à des équipements lourds tels que ceux du secteur de l'imagerie médicale, notamment les scanners ou les IRM, conduit souvent à reporter des soins, voire à les rendre impossibles. Or, ces équipements sont en général acquis grâce à l'accord des pouvoirs publics et, en grande partie, financés par le biais de fonds publics. Dans ces conditions, il conviendrait de mieux réguler l'accès à ces équipements en prévoyant une contrepartie de la part de l'opérateur autorisé auquel on demanderait de s'engager à réaliser 70 % de ses actes en secteur 1.

Il s'agit, à nos yeux, d'une demande minimale au vu de la politique actuellement menée à l'égard de l'hôpital public, sujet déjà évoqué hier matin. Cette mesure s'inscrit dans une nécessaire recherche de la plus grande efficacité possible. En outre, elle aurait valeur de signal en matière d'accès aux soins et permettrait une utilisation plus large à ces équipements. Nous avons, à plusieurs reprises, mis en évidence les difficultés auxquelles sont désormais confrontés nos concitoyens dans ce domaine.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Monsieur Daudigny, je comprends tout à fait le souci qui vous anime. Je ne suis toutefois pas persuadé que la fixation d'un quota se révélerait très opérationnelle sur l'ensemble du territoire national. Mieux vaut que le dispositif s'applique avec souplesse.

Le principe est affiché très clairement dans la loi. Quant aux modalités d'application, elles doivent être déclinées suivant les établissements, le territoire concerné et la nature des équipements. Je laisse le soin à Mme la ministre d'apporter tout complément d'information utile sur ce sujet.

M. François Autain. La patate chaude !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. J'invite M. Daudigny à retirer son amendement puisque le principe en est de toute façon retenu.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le Gouvernement ne peut qu'être défavorable à cet amendement, qui serait tout à la fois inutile et contreproductif. En effet,

aujourd'hui, 88 % des actes qui sont effectués sur ces équipements lourds, dans des conditions tarifaires extrêmement avantageuses, relèvent du secteur 1.

Dans ces conditions, où serait l'avantage de fixer un seuil à 70 % ? Si cet amendement était adopté, les établissements pourraient décider de s'en tenir à ce seuil, alors même que nous sommes déjà à 88%. Je vous mets en garde contre ce risque. Cet amendement est le prototype de la fausse bonne idée !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 324.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 36

- ① L'article L. 165-3 du même code est ainsi modifié :
- ② 1° Au début du premier alinéa, est insérée la mention : « I. – » ;
- ③ 2° Il est ajouté un II ainsi rédigé :
- ④ « II. – Le cadre des conventions mentionnées au I peut être précisé par un accord conclu entre le Comité économique des produits de santé et un ou plusieurs syndicats représentatifs ou organisations regroupant les fabricants ou distributeurs des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1.
- ⑤ « Sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-17-4, cet accord-cadre prévoit notamment les conditions dans lesquelles les conventions déterminent :
- ⑥ « 1° Les modalités d'échanges d'informations avec le comité en matière de suivi et de contrôle des dépenses de produits et prestations remboursables ;
- ⑦ « 2° Les conditions et les modalités de mise en œuvre par les fabricants ou distributeurs d'études de suivi postérieures à l'inscription des produits et prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1.
- ⑧ « En cas de manquement par un fabricant ou un distributeur à un engagement souscrit en application du 2°, le Comité économique des produits de santé peut prononcer, après que le fabricant ou le distributeur a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ce fabricant ou de ce distributeur.
- ⑨ « Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fabricant ou le distributeur au titre des produits ou prestations objets de l'engagement souscrit, durant les douze mois précédant la constatation du manquement. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de l'importance du manquement constaté.
- ⑩ « La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté aux régimes d'assurance maladie selon les règles prévues à l'article L. 138-8. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.
- ⑪ « Les règles, délais de procédure et modes de calcul de la pénalité financière mentionnée au présent II, ainsi que la répartition de son produit entre les organismes de sécurité sociale, sont définis par décret en Conseil d'État. »

M. le président. La parole est à Mme Patricia Schillinger, sur l'article.

Mme Patricia Schillinger. Cet article vise à élargir les moyens d'action du Comité économique des produits de santé, le CEPS, en matière de dispositifs médicaux au sens large, en lui permettant de négocier un accord-cadre avec les professionnels concernés. Cet accord porterait, notamment, sur les modalités d'échanges d'informations en matière de suivi et de contrôle des dépenses remboursables et sur la mise en œuvre d'études de suivi postérieures à l'inscription des produits sur la liste autorisant leur remboursement par l'assurance maladie.

Cet article est important, car il vise le remboursement des médicaments. Or, nous le savons, notre pays est le plus grand consommateur de médicaments en Europe.

Cependant, le développement des médicaments génériques est plus lent en France que dans les autres pays européens. Les Français ont en effet tendance à privilégier les médicaments les plus récents, ceux qui sont les plus performants à un moment donné, mais qui ne sont pas nécessairement à même de répondre au mieux à une pathologie précise.

Aujourd'hui, il nous semble nécessaire de préférer, aux baisses de remboursement, une politique du médicament qui privilégie la consommation de génériques, ce qui provoquera une baisse « naturelle » de la part des médicaments dans les dépenses de santé.

Le CEPS, qui fixe le prix des médicaments, doit absolument tenir compte non seulement du service médical rendu par les médicaments et par les dispositifs médicaux, mais aussi de l'efficacité de la molécule ou du dispositif par rapport au panel existant. Il est primordial d'explicitier la question du service médical rendu, ainsi que celle de la proximité entre les laboratoires pharmaceutiques et les patients. Il faut améliorer la transparence de l'information en matière de santé en permettant au patient de connaître les liens qui existent entre les médecins et les entreprises, hors du simple cadre de la communication publique.

M. le président. L'amendement n° 236, présenté par M. Fischer, Mmes David et Pasquet, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Alinéa 8

Remplacer les mots :

peut prononcer

par le mot :

prononce

La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. Cet amendement vise à rendre automatiques les sanctions applicables aux entreprises qui fabriquent ou distribuent des dispositifs médicaux.

Si notre amendement était adopté, les entreprises de ce secteur qui manqueraient à certains des engagements qu'elles ont pris avec le Comité économique des produits de santé dans le cadre d'accords conclus entre ces deux acteurs seraient automatiquement sanctionnées, alors que la rédaction actuelle de l'article 36 prévoit une simple possibilité de sanction.

Compte tenu de l'importance de ces conventions et, plus particulièrement, des dispositions portant sur les conditions de mise en œuvre des études « post-inscription », qui permettent le suivi de l'utilisation des produits, la sanction doit être automatique afin d'avoir un effet véritablement préventif sur d'éventuelles violations des engagements pris.

Notre proposition se justifie par le fait que, comme le souligne le rapport de la Cour des comptes, les dépenses liées aux dispositifs médicaux devraient croître à un rythme très soutenu, de l'ordre de plus de 9 % par an.

Dans ce contexte, toute violation des engagements pris dans la convention liant l'entreprise au CEPS peut avoir des conséquences importantes sur les comptes sociaux. Ces dispositifs représentaient tout de même un montant de remboursement de près de 5,75 milliards d'euros en 2009, contre 5,6 milliards d'euros en 2008 et 5,22 milliards d'euros en 2007.

Les dépenses qui y sont liées sont effectivement très importantes et vont croissant. Notre amendement étant un gage de la limitation des dépenses de la sécurité sociale, nous ne doutons pas de son adoption !

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Monsieur Fischer, vous voulez rendre automatiques les sanctions concernant les dispositifs médicaux.

M. Guy Fischer. Oui !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Toutefois, les dispositions que vous proposez n'étant pas alignées sur le dispositif actuellement en vigueur pour les médicaments, il y aurait deux poids, deux mesures.

M. Guy Fischer. Vous nous trouvez trop durs ?

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. En tout cas, je ne vois pas pourquoi vous êtes plus durs pour les dispositifs médicaux que vous ne l'êtes pour les médicaments ! Cela m'étonne de votre part. Je suis d'ailleurs surpris que M. Autain n'ait pas déposé un amendement visant à proposer l'automatisme des sanctions pour les médicaments.

M. Guy Fischer. Ne nous cherchez pas !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission a donc émis un avis défavorable sur cet amendement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le Gouvernement est défavorable à cet amendement. La procédure proposée nous conduirait à renoncer à la phase contradictoire, qui est à mes yeux indispensable, car elle permet aux CEPS, selon les cas, de maintenir ou de lever les pénalités et les sanctions.

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Monsieur le rapporteur général, j'avais en effet déposé un amendement visant à appliquer le même dispositif pour les médicaments, mais il a disparu, sans doute au titre de l'irrecevabilité...

M. Guy Fischer. C'est l'évaporation des amendements ! *(Sourires.)*

M. François Autain. Dans l'attente de connaître le sort qui a été fait à cet amendement, je préfère m'exprimer immédiatement, quitte à me répéter tout à l'heure.

Madame la ministre, le mécanisme que vous prévoyez pour les dispositifs médicaux s'applique déjà pour les médicaments, mais il est totalement inefficace. Depuis 2004, le Conseil économique des produits de santé, la Commission d'autorisation de mise sur le marché et la Haute Autorité de santé ont prescrit une centaine d'études post-AMM. Or, seule la moitié d'entre elles a été réalisée, et encore de manière partielle, et aucune sanction n'a été prise. On peut donc légitimement s'interroger sur l'efficacité de ce mécanisme.

Avant d'aligner le régime des sanctions applicable aux dispositifs médicaux sur celui qui s'applique aux médicaments, il faut s'assurer que ce dernier a porté ses fruits ! Or, sauf preuve contraire, il me semble bien que les études post-AMM ne sont, à ce jour, toujours pas réalisées. J'insiste sur le fait que, depuis 2004, la moitié des études reste en souffrance, ce qui est absolument inadmissible !

Je ne vois pas comment un système qui ne marche pas pour les médicaments pourrait fonctionner pour les dispositifs médicaux. C'est la raison pour laquelle nous avons voulu rendre les sanctions automatiques. Nous ne sommes pas certains que cette modification, même si elle était adoptée, permettrait d'imposer que les études en attente soient effectivement réalisées.

M. le président. La parole est à Mme Marie-Thérèse Hermange, pour explication de vote.

Mme Marie-Thérèse Hermange. Madame la ministre, mes chers collègues, au-delà de ce débat, je voudrais vous sensibiliser sur l'intérêt d'étudier de près les dispositifs médicaux. Nous avons déjà insisté sur ce point dans le rapport d'information sénatorial sur les conditions de mise sur le marché et de suivi des médicaments.

Certains dispositifs médicaux, bien qu'opérants médicalement et permettant parfois des progrès thérapeutiques avérés, ne parviennent pourtant pas à s'imposer au sein de l'hôpital, faute d'être comptabilisés dans le cadre de la T2A.

Ils sont souvent élaborés par de petites entreprises, particulièrement innovantes, avec un potentiel thérapeutique. Or celles-ci sont contraintes de se tourner vers l'extérieur, faute de trouver une ouverture à l'intérieur de l'hôpital en raison de cette problématique de la T2A.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 236.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 36.

(L'article 36 est adopté.)

Articles additionnels après l'article 36

M. le président. L'amendement n° 246, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Pasquet, Hoarau et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Après l'article 36, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au 2° de l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « le tact et la mesure » sont remplacés par les mots : « un plafond dont le montant est défini par décret ».

La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. Par cet amendement, important pour notre groupe, nous en revenons au problème des honoraires. Nous proposons de remplacer les termes « le tact et la mesure », qui sont dénués de tout sens et autorisent tous les abus, par la formulation suivante, plus claire : « un plafond dont le montant est défini par décret ».

La situation dans laquelle on place les patients n'est, en effet, plus supportable. Nos concitoyens ne comprennent plus, et ils ont raison, pourquoi certains professionnels de santé pourraient leur appliquer, en fonction de critères qui leur sont propres, des tarifs différents de ceux qui sont prévus dans le secteur concerné, notamment le secteur 1.

Les professionnels, de leur côté, les rares fois que des poursuites sont engagées à leur encontre, affirment respecter le tact et la mesure. Ils le peuvent d'autant plus qu'aucune disposition légale n'en précise les contours.

Si la jurisprudence du Conseil d'État n'a jamais fixé un montant plafond pour ces dépassements, elle en a cependant arrêté les limites. Le manquement au « tact et mesure » a ainsi été caractérisé pour des honoraires « dépassant le double du tarif conventionnel, à l'occasion d'actes ne comportant pas d'investigations particulières en matière de diagnostic ni d'actes thérapeutiques longs et délicats ».

Selon les arguments avancés par l'Ordre national des médecins, « les critères directeurs » sur lesquels le « tact et mesure » se fonde consistent dans la prestation effectuée, le temps consacré au patient et le service rendu. S'y ajoutent des « critères seconds », qui tiennent à la notoriété du praticien et à la situation de fortune du patient.

Le Conseil d'État a d'ailleurs répondu que le « mode d'exercice de la profession médicale et sa notoriété ne justifiaient pas l'importance et le caractère systématique des dépassements d'honoraires » pratiqués par le médecin, ce qui constituait également un manquement au tact et à la mesure.

Toujours pour le Conseil d'État, le seul fait que le patient bénéficierait d'une mutuelle complémentaire intégrant la prise en charge des dépassements d'honoraires ne pouvait justifier qu'on lui appliquât des dépassements.

Au final, parmi l'ensemble des critères permettant à l'Ordre national des médecins de justifier les dépassements d'honoraires, un seul n'a pas été rejeté par le Conseil d'État. Il s'agit, aussi bizarre que cela puisse paraître, de la situation de fortune du patient. En réalité, les patients les plus riches ne sont pas, bien entendu, et cela se comprend, ceux qui se plaignent le plus de ces dépassements. Sur le fond, nous considérons que, lorsque ces derniers atteignent certains niveaux, ils ne sont pas acceptables sans qu'il y ait lieu de chercher à connaître la fortune du patient.

On peut d'ailleurs s'interroger si, ce faisant, les médecins ne se transforment pas, pour un temps, en experts d'évaluation des signes extérieurs de richesse. À moins que les patients soient pleinement conscients de cette situation et que les médecins trouvent dans ces dépassements les moyens de sélectionner par l'argent les patients qu'ils souhaitent soigner.

Aussi l'adoption de cet amendement nous semble-t-elle de nature à apporter des solutions concrètes sur un sujet qui revêt une importance majeure pour nos concitoyens.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cette notion de « tact et mesure » m'a toujours laissé très dubitatif, tant il est difficile de l'apprécier, de savoir précisément où elle commence et où elle s'arrête.

À l'évidence, monsieur Autain, avec cet amendement, vous êtes beaucoup plus radical !

M. François Autain. C'est normal !

M. Guy Fischer. Nous y sommes bien obligés !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Vous proposez de remplacer cette notion par l'instauration d'une sanction dont le montant serait défini par décret : pour vous, il n'y a plus de discussion possible, tout est clair, ... indubitable !

Cela étant, le dispositif actuel semble fonctionner...

M. Guy Fischer. Vous fermez les yeux !

M. François Autain. Avec 11 milliards d'euros de déficit, cela fonctionne en effet...

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. ... peut-être pas d'une manière très satisfaisante à vos yeux, mais sans doute suffisamment bien pour le Gouvernement !

N'ayant pas jugé opportun de vous suivre, la commission m'a donc chargé d'émettre un avis défavorable sur cet amendement. Nous n'avons d'ailleurs pas terminé d'avoir des débats sur le sujet. Vous aviez profité de l'examen de la loi HPST pour en parler.

Mme Christiane Demontès. C'est normal !

M. Guy Fischer. C'est toujours d'actualité !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Nous l'avons également évoqué l'année dernière, et sans doute l'aborderons-nous encore l'année prochaine !

M. François Autain. Et aussi longtemps que le Gouvernement ne fera rien...

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Madame la ministre, je ne sais pas quelle réponse vous pouvez apporter à M. Autain pour le convaincre de l'inutilité de redéposer un amendement similaire en 2011. Mais sait-on jamais...

M. François Autain. Je ne serai plus là ! *(Sourires.)*

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le débat est aussi vieux que le serment d'Hippocrate. Il est évidemment impossible de définir le tact et la mesure par un tarif applicable à tout le monde, car la notion est, par définition, loin d'être figée, et dépend d'un certain nombre de critères. Ceux-ci ont d'ailleurs été définis voilà cinq ans.

Il s'agit, premièrement, de la notoriété du praticien qui exerce, deuxièmement, de la fortune du patient.

M. Nicolas About. Eh oui !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Vous pouvez ne pas appliquer le même dépassement à tel ou tel patient en raison de son état de fortune. C'est l'évidence !

Il s'agit, troisièmement, de la technicité de l'acte, quatrièmement, du service rendu, et, cinquièmement, de la moyenne des dépassements d'honoraires qui est demandée par les autres praticiens.

Tout à l'heure, nous avons examiné un amendement, n° 324, visant à obliger, dans certains cas, les praticiens à réaliser 70 % de leurs actes en secteur 1, alors que 88 % du total des actes visés sont déjà réalisés dans ce secteur. J'avais alors signalé qu'une telle mesure pouvait avoir un effet pervers. En l'occurrence, je ferai la même observation : que gagnerait-on à prévoir un adossement à un plafond fixé par avance, quand le tact et la mesure aboutissent, dans bien des cas, à proposer un tarif inférieur ?

À mon sens, plutôt que d'améliorer la situation, l'adoption de l'amendement n° 246 la dégraderait. Je n'y suis donc pas favorable. Par définition, le tact et la mesure dépendent de critères...

M. François Autain. « Par définition », cette notion n'est pas définissable...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. ... qui s'évaluent en fonction du praticien, du patient et de la réalité.

MM. Nicolas About et Gilbert Barbier. Et de l'opportunité de l'acte demandé !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Absolument, vous avez raison ! Ce dernier critère n'a pas été pris en compte, mais on pourrait utilement l'ajouter.

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Tout à l'heure, madame la ministre, vous avez indiqué que la définition du tact et de la mesure figurait dans un décret. Pouvez-vous me préciser si celui-ci est toujours en vigueur ?

D'après ce que j'ai cru comprendre, il aurait été supprimé sous la pression des professionnels, qui en récusait le contenu. Autrement dit, le tact et la mesure, par définition, ne se définiraient pas. Cela laisse donc une entière liberté aux médecins de pratiquer les tarifs qu'ils souhaitent. Voilà une conception de l'assurance maladie qui est à l'opposé de la mienne. Pour ma part, je considère que les praticiens doivent prendre l'engagement de respecter les tarifs préconisés par l'assurance maladie, de manière que les malades soient remboursés convenablement, ce qui est loin d'être le cas actuellement.

Il serait à tout le moins souhaitable de fixer une limite à ces dépassements, dans la mesure où, dans certaines situations, ils dépassent le tact et la mesure, même si c'est au nom de cette même notion qu'ils sont pratiqués.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Monsieur Autain, le décret en question est paru le 31 décembre 2008 et son objet a été repris dans le décret d'application de l'article 54 de la loi HPST. Ce dernier a inséré dans le code de la sécurité sociale un nouvel article prévoyant un dispositif de sanctions financières – ni diminué ni altéré, mais au contraire renforcé –, adossé à la procédure des pénalités financières prononcées par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie concerné à l'encontre des professionnels de santé pratiquant des dépassements d'honoraires abusifs ou illégaux ou ayant omis l'information écrite préalable.

Pour les dépassements d'honoraires abusifs, le décret vient préciser l'intention du législateur. L'échelle des sanctions applicables est la suivante : pénalité financière, « dans la limite de deux fois le montant des dépassements en cause » ; en cas de récidive, « retrait du droit à dépassement »

pendant cinq ans pour les médecins de secteur 2 ou « suspension de la participation des caisses au financement des cotisations sociales » pendant la même durée pour les médecins de secteur 1.

La loi HPST n'a pas donc modifié, j'insiste sur ce point, la définition du tact et de la mesure, les sanctions financières prévues formant dorénavant l'armature du dispositif.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 246.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 249, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Pasquet, Hoarau et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Après l'article 36, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Art. L. ... - Peuvent faire l'objet d'une sanction prononcée par le directeur de l'agence régionale de santé les établissements de santé qui exposent les assurés sociaux au cours de l'exercice d'une mission de service public à des dépassements d'honoraires. »

La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. Nous persévérons dans notre quête pour améliorer la situation. La loi HPST a autorisé les établissements privés commerciaux à assumer des missions de service public. Nous contestons une telle disposition, considérant que, ce faisant, ces structures concurrencent les établissements publics et tirent des avantages financiers qui alimentent directement le portefeuille de leurs actionnaires. On assiste d'ailleurs, année après année, à un véritable affaiblissement du service public hospitalier. Celui-ci n'a d'ailleurs plus d'existence légale depuis l'adoption de la loi HPST. Il n'y a plus que des « établissements de santé ».

Un constat s'impose : avec la gestion des services d'urgences, les cliniques privées bénéficient d'un mécanisme d'« aspiration à clientèle ».

M. Nicolas About. Ah !

M. Guy Fischer. D'autant que votre majorité a toujours refusé d'adopter un principe simple et qui a le mérite de la clarté : des soins commencés dans le secteur privé à tarifs opposables doivent, s'ils se poursuivent dans le secteur privé, continuer à se voir appliquer le même type de tarifs.

Par cet amendement, nous entendons poursuivre notre logique. Il importe de garantir aux patients dirigés vers des établissements lucratifs, qui se seraient vu confier des missions de service public, l'application des tarifs opposables.

Nous avons de la suite dans les idées.

M. Nicolas About. Oui !

M. Guy Fischer. Nous avons déjà déposé un amendement similaire lors de l'examen, au Sénat, de la loi HPST. À l'époque, le rapporteur du texte, notre collègue Alain Milon, avait qualifié l'idée d'« intéressante ». Cela ne vous avait toutefois pas empêchée, madame la ministre, de vous y opposer, conduisant au rejet de l'amendement. Vous aviez alors indiqué, permettez-moi de reprendre vos propres mots : « Il a été inscrit dans le texte que les tarifs appliqués pour l'exécution des missions de service public seront ceux qui sont définis à l'article L. 6112-3 du code de santé publique, c'est-à-

dire les tarifs conventionnels hors dépassements d'honoraires. » Et vous aviez précisé : « Bien entendu, si des médecins ou des établissements de santé ne respectaient pas les tarifs opposables pour ces prestations, ils s'exposeraient aux sanctions prévues dans le code de la santé publique, à savoir des sanctions ordinales ou financières, celles-ci étant décidées par l'assurance maladie. »

C'est là que bât blesse. En effet, nous ne sommes pas convaincus – c'est un euphémisme – que l'Ordre national des médecins soit le plus compétent pour sanctionner ceux de ses adhérents qui manqueraient à cette obligation. (*MM. Nicolas About et Gilbert Barbier protestent.*) Comme on peut le constater en ce qui concerne les dépassements d'honoraires, les sanctions prononcées par l'Ordre sont extrêmement rares. Il en va de même pour les refus de soins discriminatoires pour lesquels, ne l'oublions pas, l'Ordre national des médecins a qualifié les « *testings* » de harcèlement de la profession, sans chercher par ailleurs à les sanctionner.

Notre groupe considère que l'application de tarifs comportant des dépassements d'honoraires dans le cadre de l'exécution d'une mission de service public constitue une violation importante de notre pacte social qu'il convient de faire sanctionner par une autorité administrative.

Cette autorité doit, à nos yeux, être l'agence régionale de santé, ARS, et non l'assurance maladie, comme vous le souhaitiez en 2009, madame la ministre. Les agences régionales de santé ayant maintenant la double mission d'assurer la gestion du risque et de garantir l'accès aux soins de nos concitoyens, c'est à elles que doit revenir l'initiative de la sanction.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. M. Fischer veut interdire, sous peine de sanction, les dépassements d'honoraires pratiqués par les établissements de santé au cours de l'exercice d'une mission de service public.

M. Guy Fischer. Voilà !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Il rappelle par ailleurs que le rapporteur du projet de loi HPST avait trouvé l'idée « intéressante ». Je ne me souviens pas si telle avait également été l'appréciation du Gouvernement.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. La demande était satisfaite.

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Toujours est-il que le Gouvernement n'a pas pris d'initiative de nature à répondre à votre attente. C'est sans doute la raison pour laquelle vous avez déposé l'amendement.

M. Guy Fischer. Bonne analyse !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. On peut se poser la question de savoir si un praticien hospitalier ou libéral exerçant dans un établissement de santé public peut pratiquer des dépassements d'honoraires. La loi HPST impose aux cliniques privées de pratiquer les tarifs opposables, sans dépassement d'honoraires, lorsqu'elles exercent une mission de service public. Tout à l'heure, M. Daudigny a présenté un amendement visant à fixer le seuil de ces interventions à au moins 70 % lorsque les actes impliquent l'utilisation d'une partie des plateaux techniques de l'établissement.

Votre demande est déjà en partie satisfaite par cette disposition même si, je l'admets, aucune sanction n'est prévue.

La rédaction de l'amendement est imparfaite. Il faudrait soit renvoyer la définition de ces sanctions à un décret, soit les prévoir directement dans l'amendement. En outre, il conviendrait de préciser, par voie législative, les conditions générales d'une telle sanction.

Je laisse à Mme la ministre le soin de vous expliquer ce qui se passe lorsqu'un médecin ne respecte ni la loi ni les dispositions réglementaires y afférent.

En tout état de cause, il s'agit d'un amendement d'appel, d'affichage, adressé au Gouvernement. Je vous invite donc à retirer l'amendement après avoir obtenu les précisions que vous attendez.

Un sénateur du groupe socialiste. C'est ce que l'on appelle parler pour ne rien dire.

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. J'essaye simplement d'être le plus agréable possible.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Nous progressons ! M. Autain reconnaît que l'article 1^{er} de la loi HPST du 21 juillet 2009 précise de façon claire que les missions de service public doivent s'exercer à tarif opposable et qu'aucun dépassement d'honoraires n'est autorisé. En fait, nous sommes là au cœur de la loi. Les praticiens qui ne respecteraient pas ces prescriptions s'exposent à des sanctions, lesquelles sont de deux ordres. Il peut s'agir de sanctions financières ou de sanctions ordinales, telles qu'une interdiction temporaire ou définitive d'exercer.

Les sanctions ordinales, par définition, ne peuvent qu'être prononcées que par l'Ordre national des médecins. Les sanctions financières sont aujourd'hui décidées par l'assurance maladie. L'amendement n° 249 vise à transférer cette compétence aux agences régionales de santé.

Pour reprendre un proverbe bien connu : chacun son métier et les... médecins seront bien gardés. (*Sourires.*)

M. Guy Fischer. Nous vous faisons confiance sur ce point !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je vous remercie ! (*Nouveaux sourires.*)

M. le rapporteur général m'a fait observer, avec un soupçon de malignité, que les agences régionales de santé avaient d'ores et déjà reçu 250 instructions, alors qu'elles se mettent seulement en place. Dans ces conditions, pourquoi accroître le poids de leur mission en leur confiant la responsabilité de prononcer des sanctions financières, d'autant que les organismes d'assurance maladie, auxquels je fais entière confiance, ont toutes les compétences nécessaires ? Cet amendement ne me paraît donc pas utile.

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Faites confiance à la CNAM, c'est-à-dire au payeur.

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Madame la ministre, je ne comprends pas votre refus de confier aux agences régionales de santé la responsabilité de prononcer des sanctions contre les praticiens qui ne respectent pas la loi.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Vous voici devenu un militant des agences régionales de santé : bravo !

M. François Autain. Nous avons certes critiqué les ARS, mais aujourd'hui, elles existent : alors, respectons la loi, toute la loi !

Les agences régionales de santé ont fédéré sept organismes, dont les caisses régionales d'assurance maladie. À l'échelon régional, l'assurance maladie n'existe donc plus. La gestion des risques est désormais assurée par les ARS.

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Conjointement avec la CNAM.

M. François Autain. Oui, les agences régionales de santé assurent la gestion des risques, conjointement avec la CNAM. Dans ces conditions, pourquoi leur refuser le droit de prononcer des sanctions ?

Je maintiens donc l'amendement afin de permettre à chacun de prendre position.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 249.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 569, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'article 36, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

« 21° Le cas échéant, la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage, de prévention, la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, la participation à la permanence des soins, le contrôle médical ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. La contrepartie financière est fonction de l'atteinte des objectifs par le professionnel de santé. »

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement, dont l'adoption répondrait sans doute aux souhaits de l'ensemble des partenaires conventionnels, a pour objet de permettre à la convention médicale de prévoir un dispositif de rémunération à la performance, qui aurait vocation à être généralisé à l'ensemble des médecins. Ce dispositif viendrait compléter les contrats d'amélioration des pratiques individuelles, CAPI, qui ont rencontré un grand succès puisque 16 000 contrats auraient été signés. Il y aurait donc une nouvelle possibilité de rémunérer les médecins en fonction d'un engagement individuel de respect d'objectifs de prescription, de prévention et de suivi des patients. Cela ne remettrait pas en cause le principe du CAPI, qui conserve par ailleurs sa base légale.

Cet amendement, qui est un pas supplémentaire dans la définition de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé, s'inscrit dans l'esprit de la réforme que nous avons engagée en 2004.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le Gouvernement est favorable à cet amendement, sous réserve de l'adoption d'un sous-amendement que je vais vous présenter.

L'idée selon laquelle la rémunération à la performance est nécessaire à la modernisation de l'offre de soins de premier recours fait l'objet d'un assez large consensus. Cette forme de rémunération n'est actuellement possible que dans le cadre du CAPI dont chacun se plaît à souligner la réussite, puisque 16 000 contrats ont été signés.

Toutefois, monsieur le rapporteur général, votre amendement me semble devoir être modifié sur deux points, et c'est l'objet du sous-amendement du Gouvernement.

En premier lieu, il est nécessaire de supprimer la référence à la « permanence des soins », PDS, et au « contrôle médical » puisque, depuis la loi du 21 juillet 2009, la permanence des soins ne relève plus de la convention médicale.

En second lieu, le contrôle médical relève de la compétence exclusive du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'UNCAM, et ne peut donc pas entrer dans la convention médicale.

Je souhaite par ailleurs appliquer le dispositif prévu dans l'amendement aux centres de santé, car des médecins exerçant dans ces centres peuvent souhaiter opter pour une rémunération à la performance.

Tel est l'objet du sous-amendement du Gouvernement.

M. le président. Je suis donc saisi d'un sous-amendement n° 600, présenté par le Gouvernement, et ainsi libellé :

Sous-amendement à l'amendement n° 569

I.- Alinéa 3

Supprimer les mots :

la participation à la permanence des soins, le contrôle médical

II.- Compléter l'amendement par un paragraphe ainsi rédigé :

II.- L'article L. 162-32-1 du même code est complété par un 9° ainsi rédigé :

" 9° Le cas échéant, la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements individualisés du centre de santé peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. Le versement de la contrepartie financière au centre de santé est fonction de l'atteinte des objectifs par celui-ci."

Quel est l'avis de la commission sur ce sous-amendement ?

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Madame la ministre, nous avons travaillé sur ce sujet avant l'examen du texte par la commission des affaires sociales. Nous aboutissons aujourd'hui. À titre personnel, je suis favorable à ce sous-amendement, qui montre que la séance publique peut améliorer le travail accompli en commission. Peut-être aurons-nous encore l'occasion de le vérifier d'ici à la commission mixte paritaire.

J'espère que la rédaction du texte n'évoluera plus, ou alors, dans le respect de l'esprit qui a présidé à son élaboration.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Afin d'apaiser par avance toute éventuelle inquiétude, je précise que la base légale du CAPI reste en l'état. Les dispositions du sous-amendement visent non pas à remplacer le dispositif existant, mais à le compléter.

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote sur le sous-amendement n° 600.

M. François Autain. Madame la ministre, vous avez eu raison de préciser que ce nouveau dispositif nouveau s'ajoutait au CAPI.

Lors des travaux de la commission, j'ai eu l'occasion de souligner la complexité du système conventionnel. J'ignore si cela explique son mauvais fonctionnement, mais je constate qu'avec cette nouvelle disposition, vous rendez encore plus complexe un système qui ne l'est déjà que trop, ce qui permet de faire un peu n'importe quoi.

Je suis par conséquent très réticent quant à l'adoption du sous-amendement n° 600.

M. le président. Je mets aux voix le sous-amendement n° 600.

(Le sous-amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 569, modifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, après l'article 36.

L'amendement n° 425, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Après l'article 36, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Cette année encore, la Haute Autorité de santé indique que l'innovation pharmaceutique, en dépit des politiques incitatives mises en place, reste désespérément en berne.

En 2009, 28 des 278 dossiers déposés en première inscription concernaient des molécules plus ou moins innovantes. Sur ces 28 dossiers, 5 ont obtenu une ASMR I, 4 une ASMR II, 3 une ASMR III, et 16 une ASMR IV. Les 250 dossiers restants, représentant 89,9 % du total des dossiers déposés, se sont vu attribuer une ASMR V, qui sanctionne les molécules n'apportant aucune amélioration du service médical rendu.

Si le syndicat « Les entreprises du médicament », le LEEM, s'est félicité de l'augmentation du nombre d'innovations thérapeutiques pour l'année 2009 – il est vrai qu'en 2008, près de 94 % des nouvelles molécules ne présentaient aucune

amélioration du service médical rendu –, il s'est bien gardé de communiquer le nombre de médicaments inutiles qui ont pourtant été inscrits au remboursement et qui pèsent sur les dépenses d'assurance maladie. Chaque année, on retrouve en effet dans le palmarès des dix médicaments ayant connu la plus forte augmentation de leur chiffre d'affaires, quelques-uns de ces produits, aussi efficaces que ceux qui existent déjà, mais bien plus chers.

Pour l'année 2009, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, la DREES, a présenté un document complémentaire aux comptes nationaux de la santé, dans lequel figure une étude consacrée au marché du médicament remboursable en ville en 2009, qui porte non pas sur la consommation des médicaments, mais sur les achats effectués par les pharmacies d'officine de ville.

Selon cette étude, en 2009, les dépenses consacrées au médicament représentaient 35,4 milliards d'euros contre 22 milliards pour les honoraires des médecins généralistes et spécialistes. Le poste médicaments se situe donc « à la première place de la consommation médicale ambulatoire ». La DREES évalue par ailleurs à 50 milliards d'euros le chiffre d'affaires total hors taxes des laboratoires : exportations et ventes en France, médicaments remboursables et non remboursables.

Ce document souligne également l'impact de l'innovation sur les taux de croissance élevés afin de mieux mettre en lumière quelques anomalies. Dans le palmarès des dix produits ayant connu la plus forte augmentation de leur chiffre d'affaires, les antinéoplasiques disposent d'une ASMR élevée, alors que l'association inhibiteurs calciques et sartans a une ASMR nulle.

La DREES souligne le phénomène de glissement de prescriptions de classes plus anciennes, disposant le plus souvent de génériques, vers des classes plus récentes, ne proposant pas encore de génériques. Elle prend l'exemple des hypertenseurs et des antidiabétiques oraux, qui font leur entrée dans la liste des dix plus importantes progressions de chiffre d'affaires ; en parallèle, d'autres classes à même visée thérapeutique connaissent, elles, les plus fortes baisses de chiffre d'affaires.

L'adoption de cet amendement, qui vise à sortir de la liste des médicaments admis au remboursement ceux qui n'apporte aucune amélioration du service médical rendu, permettrait de mettre fin à une gabegie financière !

M. François Autain. Très bien !

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Voilà un amendement récurrent, qui est présenté cette année par Mme David. Mais je suppose que M. Autain ne se privera pas du plaisir d'intervenir en explication de vote, bien que je ne l'y invite pas...

Depuis plusieurs années, en effet, M. Autain relève que nous inscrivons sur la liste des produits remboursés entre 80 % et 95 % de médicaments ayant une ASMR V. Il observe par ailleurs que le taux de remboursement de ces médicaments est plus élevé que celui d'autres médicaments de la même classe apportant un service médical équivalent.

M. Guy Fischer. Vous avez bien compris !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Madame la ministre, pourriez-vous, une nouvelle fois, faire montre de toute votre pédagogie pour faire comprendre à M. Autain les raisons qui nous conduisent tous les ans à la même situation.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. C'est impossible!

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Monsieur Autain, permettez-moi de vous rappeler les arguments qu'avance M. Renaudin, le président du Comité économique des produits de santé, le CEPS, pour justifier le fait qu'il accepte ce type de médicaments.

Il part du constat que le médicament proposé pour une pathologie donnée est profitable à la grande majorité des patients, mais qu'une partie d'entre eux, soit ne réagit pas, soit présente des effets secondaires indésirables. Il accepte donc la mise sur le marché d'un médicament comparable, mais mieux supporté par ces catégories de malades. Notre pays devrait-il se priver de la possibilité de soulager les maux d'une partie de sa population? Ensuite, il appartient au praticien de faire preuve de « tact et mesure »...

M. François Autain. Ah!

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. ... en prescrivant non pas le médicament le plus cher, mais celui qui est le mieux adapté au patient qui est devant lui.

Madame David, faute de disposer d'éléments lui permettant d'accéder à votre demande, la commission a émis un avis défavorable sur cet amendement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je crains que mes chances de convaincre M. Autain et Mme David ne soient extrêmement limitées.

M. François Autain. Je ne suis en effet pas le seul à convaincre!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je vais malgré tout malgré tout m'y efforcer. Après tout, il n'y a jamais rien d'impossible!

Lorsque l'on admet au remboursement un médicament dont le service médical rendu est faible, c'est bien évidemment à un taux inférieur à celui des médicaments similaires présents sur le marché. Il est toujours utile d'élargir la palette des médicaments remboursables, tout en proposant une offre de soins moins coûteuse.

J'ajoute que l'adoption de l'amendement n° 425 aurait pour effet de tuer les médicaments génériques. Ces derniers ne sont en effet que des copies et n'améliorent donc pas le service médical rendu.

M. François Autain. C'est une caricature!

M. Guy Fischer. Vous nous provoquez!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cet amendement est absurde et contreproductif, et je vous invite à ne plus déposer d'amendements similaires à l'avenir.

Il existe une palette de thérapies remboursables. Si un médicament, présentant un service médical plus faible, est malgré tout profitable à certains patients, il peut être admis au remboursement, à la condition d'être moins coûteux. Le praticien dispose ainsi d'un choix plus large de médicaments pour répondre à une pathologie donnée.

Cet amendement ne permettra aucune économie et pourrait même être à l'origine de dépenses supplémentaires. Le Gouvernement ne peut donc qu'y être défavorable.

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Comme l'a prévu M. le rapporteur général, je suis amené à expliquer mon vote. (*Sourires.*)

Madame la ministre, vous faites preuve de mauvaise foi. Quand nous visons les médicaments prévus à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, il s'agit non pas des génériques, mais des nouveaux médicaments qui ont été soumis à l'appréciation de la Commission de la transparence. Et ces médicaments, lorsqu'ils obtiennent une ASMR V, ne peuvent être inscrits au tableau de remboursement que dans la mesure où ils permettent à la sécurité sociale de réaliser des économies.

Je reconnais que le directeur du CEPS est très fort. C'est la seule personne que je connaisse qui soit capable d'expliquer que le fait de mettre sur le marché de nouveaux médicaments ayant une visée thérapeutique similaire à des produits existants, mais plus chers, permet à la sécurité sociale de réaliser des économies! (*Sourires.*)

Je suis probablement le seul à ne pas comprendre sa démonstration. Qu'il me soit donc permis de citer un exemple pour étayer ma position.

Le Multaq est un défibrillateur auriculaire qui n'est pas plus efficace que la Cordarone, le générique actuellement sur le marché.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. C'est un anti-rythmique.

M. François Autain. Tout à fait! Le Multaq, pourtant classé en ASMR V, est remboursé à 65 %. Il a été mis sur le marché à un tarif qui entraîne pour le malade une dépense mensuelle de 40 euros supérieure à ce qu'elle serait s'il prenait de la Cordarone.

Soutenir, comme le fait M. Renaudin, qu'un tel mécanisme permet à la sécurité sociale de réaliser des économies, voilà qui me laisse sceptique... Mais je ne doute pas que vous ayez compris sa démonstration, monsieur le rapporteur général!

J'ai cité le Multaq, qui est le dernier exemple en date, mais j'aurais aussi pu évoquer l'Inexium, le Lyrica... Ces médicaments sont très nombreux. Il s'agit d'une véritable arnaque, et je déplore que le Gouvernement en soit complice.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Vos paroles dépassent votre pensée!

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 425.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 207 rectifié *ter*, présenté par Mmes Procaccia, Bout, Hermange, Desmarescaux et Rozier et MM. Laménie, Cambon, Leroy et J. Gautier, est ainsi libellé:

Après l'article 36, insérer un article additionnel ainsi rédigé:

L'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale est complété par trois alinéas ainsi rédigés:

« 9° Les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent à la subvention des cotisations dues par les centres de santé en application de l'article L. 162-32.

« La ou les conventions fixent le niveau de cette participation et les modalités de sa modulation, notamment en fonction de l'importance des dépassements pratiqués ; elles fixent également les modalités de calcul et de répartition entre régimes de cette participation ; elle peut être en outre partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions, pour les centres de santé ne respectant pas tout ou partie des obligations qu'elles déterminent.

« À défaut, le niveau de cette participation et les modalités de sa modulation sont fixés par décision du directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. »

La parole est à M. Marc Laménie.

M. Marc Laménie. L'article L. 162-32 du code de la sécurité sociale prévoit le versement par les caisses primaires d'assurance maladie aux centres de santé d'une subvention égale à une partie des cotisations dues par ces centres. Cette subvention représente 11,5 % des salaires bruts.

Cependant, les centres de santé pratiquent des dépassements d'honoraires, notamment pour les soins dentaires prothétiques et orthodontiques.

Cette prise en charge introduit un déséquilibre financier et une discrimination envers les professionnels de santé libéraux, puisque la participation des caisses à leurs cotisations d'assurance maladie est assise sur le montant des cotisations calculées sur les seuls honoraires remboursables par l'assurance maladie obligatoire et hors dépassement, contrairement aux centres de santé.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission a estimé que cette proposition était pertinente, et elle a émis un avis favorable sur cet amendement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je souhaite pour ma part le retrait de cet amendement, qui me semble reposer sur une confusion.

En effet, l'assiette des cotisations d'un médecin, c'est le montant de ses honoraires, hors dépassement, s'il exerce en secteur libéral, et c'est son bulletin de salaire s'il est salarié, ce qui est le cas dans des centres de santé. Il faut bien distinguer les deux systèmes, ce qui n'est pas le cas dans cet amendement.

M. Guy Fischer. C'est une attaque contre les centres de santé !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. J'ai pris acte de l'avis favorable de la commission, dont les justifications m'échappent. Pour ma part, je le répète, je souhaite le retrait de l'amendement.

M. le président. Monsieur Laménie, l'amendement n° 207 rectifié *ter* est-il maintenu ?

M. Marc Laménie. Les explications de Mme la ministre nous ayant permis d'avoir une meilleure lisibilité du dispositif,...

M. Guy Fischer. Pour une fois !

M. Marc Laménie. ... je le retire.

M. le président. L'amendement n° 207 rectifié *ter* est retiré.

L'amendement n° 570, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'article 36, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 165-7 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« En aucun cas la différence entre le tarif de responsabilité et le prix de vente aux établissements ne peut être facturée aux patients. »

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Je ne reviendrai pas sur le précédent amendement, puisqu'il a été retiré.

Dans le cas des médicaments de la « liste en sus », l'article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale précise que la différence pouvant exister entre le tarif de remboursement et le prix de vente du médicament à l'établissement ne peut en aucun cas être supportée par le patient.

Cet amendement a pour objet d'étendre cette disposition, protectrice pour le patient, au cas des dispositifs médicaux.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le Gouvernement est favorable à cet amendement.

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Il s'agit moins d'une explication de vote que d'une demande d'explication... (*Sourires.*)

Pour les médicaments onéreux inscrits sur la « liste en sus », lorsqu'il existe une différence entre le tarif de responsabilité, c'est-à-dire le tarif de remboursement, et le prix d'achat du médicament, « en aucun cas la différence entre le tarif de responsabilité et le prix de vente aux établissements ne peut être facturée aux patients », selon les termes de l'article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale.

L'extension de la mesure de protection aux dispositifs inscrits sur la « liste en sus » est une bonne idée, et j'y souscris, monsieur le rapporteur général.

Je me pose toutefois quelques questions auxquelles je ne peux répondre, et j'espère que M. Vasselle ou Mme la ministre pourront m'éclairer.

Tout d'abord, pourquoi certains établissements de santé ne parviennent-ils pas à acheter les médicaments aux prix déclarés par les laboratoires au Comité économique des produits de santé, et publiés par ce dernier ? Autant l'on pourrait comprendre que ces établissements obtiennent une réduction au regard du nombre de médicaments commandés, autant il est difficile d'admettre qu'ils puissent les acheter plus cher que le prix déclaré et publié.

Ensuite, lorsque l'établissement de santé a acheté le produit plus cher que le tarif de responsabilité, est-ce à lui d'assumer le coût de la négociation tarifaire qu'il a mal conduite ?

Enfin, un établissement de santé peut-il refuser la prise en charge d'un malade sous le prétexte qu'il n'est pas en mesure d'acheter les traitements onéreux à un prix acceptable, c'est-à-dire au tarif de responsabilité ?

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. La meilleure façon de répondre à la question posée par M. Autain est sans doute de donner un exemple.

La disposition proposée par Alain Vasselle est de nature à engendrer des économies pour l'assurance maladie, en permettant, sans risquer d'accroître la charge financière que supportent les patients ou les établissements de santé, de fixer un tarif de remboursement inférieur au prix de vente de certains dispositifs médicaux de la « liste en sus ».

Ainsi, un dispositif médical innovant, proposé sur le marché à un prix de 500 euros, et susceptible de se substituer dans certaines indications à un produit plus ancien, commercialisé à 200 euros et remboursé au travers de la tarification à l'activité, pourrait être pris en charge sur la « liste en sus » au tarif de 300 euros. Cela éviterait à l'assurance maladie de payer deux fois, les 200 euros étant déjà inclus dans le tarif du groupe homogène de séjour, le GHS.

Ai-je été suffisamment claire, monsieur Autain ?

M. François Autain. Sur cet exemple, oui !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 570.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, après l'article 36.

L'amendement n° 241, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Pasquet, Hoarau et les membres du groupe Communiste, Republicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Après l'article 36, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Art. L. ... - I. - Le schéma régional de l'organisation des soins détermine également les zones dans lesquelles, en raison d'une densité particulièrement élevée de l'offre de soins, l'installation des professionnels de santé libéraux, des maisons de santé et des centres de santé, est subordonnée à l'autorisation de l'agence régionale de santé.

« II. - Ce zonage est établi en fonction de critères qui prennent en compte :

« 1° La densité, le niveau d'activité et l'âge des professionnels de santé ;

« 2° La part de la population qui est âgée de plus de 75 ans ;

« 3° La part des professionnels de santé qui exerce dans une maison de santé ou un centre de santé ;

« 4° L'éloignement des centres hospitaliers ;

« 5° La part des professionnels de santé qui sont autorisés à facturer des dépassements d'honoraires.

« Ce zonage est soumis pour avis à la conférence régionale de santé. »

La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. En matière d'accès aux soins, nos concitoyens sont confrontés à deux grandes difficultés : l'explosion des dépassements d'honoraires, dont nous avons déjà parlé, et les zones blanches, c'est-à-dire les territoires ruraux et urbains dans lesquels il existe une pénurie d'offre de soins.

Cet amendement vise à insérer, après l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, un article destiné, dans les zones médicalement surdensées et dans certaines spécialités, à soumettre l'installation des médecins à l'autorisation des agences régionales de santé afin d'éviter que certaines zones soient sursaturées, alors que d'autres manquent cruellement de médecins.

Nous proposons par ailleurs de déterminer le zonage en fonction d'éléments qui nous paraissent importants comme la densité, le niveau d'activité et l'âge des professionnels de santé, mais aussi l'éloignement des centres hospitaliers, la part de la population âgée de plus de 75 ans ou encore la proportion de professionnels de santé qui est autorisée à facturer des dépassements d'honoraires.

Mes chers collègues, la question des déserts médicaux appelle des réponses urgentes. Il y va du droit fondamental de nos concitoyens à accéder aux soins et, contrairement à ce que l'on pourrait croire, ce problème ne concerne pas seulement les territoires ruraux.

Ainsi, Richard Bouton, médecin généraliste et fondateur de MG France, estime, dans un rapport récent, que trois arrondissements de l'est parisien, parmi les plus pauvres de la capitale, connaissent une densité médicale inférieure à la moyenne nationale. Il en va de même de la Seine-Saint-Denis, où la densité médicale est équivalente à celle de la Picardie, symbole de la sous-densification médicale en France.

Dans ces régions, les inégalités en matière d'accès aux soins se cumulent avec les inégalités sociales en santé. Il n'y a rien d'étonnant à cela, le point commun entre ces deux types d'inégalités demeurant la paupérisation des personnes concernées. Et les conséquences sont lourdes : on voit ainsi réapparaître dans ces territoires, qu'il s'agisse du nord-est parisien ou de la Seine-Saint-Denis, des pathologies liées à la pauvreté, qui avaient disparu ou étaient devenues marginales.

De ces difficultés d'accès aux soins découlent des pratiques qui ne sont pas sans conséquences, non seulement sur la santé des personnes concernées, mais aussi sur les comptes publics. Il y a tout d'abord les décisions qui consistent à retarder les soins, au risque de voir la situation s'aggraver. Mais il y a aussi le transfert vers l'hôpital, notamment vers les services d'urgences, de soins qui auraient pu être dispensés par la médecine de ville si l'offre avait été satisfaisante. Or ces consultations coûtent en moyenne 400 euros alors qu'une consultation chez un médecin généraliste inscrit en secteur 1 ne coûte que 22 euros – 23 euros à partir du 1^{er} janvier 2011. De ce point de vue, la politique menée par le Gouvernement conduit à des aberrations économiques.

Cet amendement vise donc à vous venir en aide, madame la ministre ! *(Sourires.)*

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. M. Autain pose la question récurrente, lancinante, de la surdensité médicale dans certaines zones du territoire français. Pour y remédier, il propose de mettre en place un dispositif réglementaire relativement complexe.

Je crois me souvenir – je parle sous le contrôle de Mme la ministre – que, lors de la discussion du projet de loi « hôpital, patients, santé et territoires », dont le rapporteur était Alain Milon, nous avons largement débattu de cette difficulté. Nous avons alors pris plusieurs mesures, certaines de nature législative, d'autres faisant appel à un décret.

Mes chers collègues, laissons donc les agences régionales de santé et les différents acteurs discuter des nouveaux outils introduits par la loi HPST et attendons qu'un premier bilan ait été dressé avant de décider de nouvelles mesures, législatives ou réglementaires. Bien évidemment, nous sommes toujours pressés de connaître les conséquences de nos décisions, mais, en l'occurrence, sans doute est-il urgent d'attendre la mise en œuvre des dispositions que nous avons adoptées.

Je ne doute pas que les directeurs des ARS, après avoir assimilé les quelque trois cents circulaires qu'ils ont reçus (*Sourires.*), pourront commencer à agir de manière concrète.

M. Guy Fischer. M. Autain sera à la retraite! (*Nouveaux sourires.*)

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. En conséquence, la commission sollicite le retrait de cet amendement. À défaut, elle y sera défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. *Timeo danaos et dona ferentes...* Voilà ce qui me vient à l'esprit lorsque M. Autain me propose son aide! (*Sourires.*)

Je suis défavorable à cet amendement pour deux raisons : d'une part, nous avons déjà amplement débattu de cette question lors de l'examen du texte qui allait devenir la loi du 21 juillet 2009 ; d'autre part, sur le plan juridique, cet amendement constitue un superbe cavalier social.

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Ce ne serait ni le premier ni le seul cavalier législatif, madame la ministre!

Mme Christiane Demontès. On en a connu d'autres!

M. François Autain. Il est même arrivé que le Gouvernement cède à cette pratique...

M. Guy Fischer. La médecine du travail!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Nul ne peut se prévaloir de sa propre turpitude! (*Sourires.*)

M. François Autain. Voilà en tout cas un cavalier qui aura échappé à la vigilance de Mme la présidente de la commission!

Mme Muguette Dini, présidente de la commission des affaires sociales. Je le regrette!

M. François Autain. M. le rapporteur général a évoqué les outils créés par la loi HPST pour justifier l'avis défavorable de la commission à mon amendement. Certaines dispositions de cette loi avaient en effet pour objet de remédier à la désertification médicale. Aussi, vous comprendrez que j'ai été surpris lorsque j'ai constaté, en juin dernier, que Mme la ministre avait suspendu les rares mesures prises à cet effet.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Mesures que vous n'aviez pas votées!

M. François Autain. Je n'ai en effet pas voté le contrat santé solidarité, parce qu'il me semblait inapplicable. Mais ce n'est sans doute pas la raison qui vous a conduit à suspendre ce contrat...

Mme Christiane Demontès. Quelle lucidité, mon cher collègue! (*Sourires.*)

Mme Muguette Dini, présidente de la commission des affaires sociales. Qui sait... (*Nouveaux sourires.*)

M. François Autain. Je serais d'ailleurs curieux de connaître les motifs qui vous ont conduit à prendre cette décision.

Le reproche majeur que nous vous adressions lors de la discussion du projet de loi HPST était de faire porter l'essentiel des efforts sur l'hospitalisation, en négligeant la médecine de premier recours, dont vous vous êtes simplement attachée à définir les contours. Cela ne permet certes pas à la sécurité sociale de réaliser des économies importantes, mais, pour reprendre une expression populaire : cela ne mange pas de pain.!

Monsieur le rapporteur général, votre intervention ne m'a pas paru très crédible. La loi HPST ne prévoyait que peu de mesures en faveur de la médecine de premier recours, et tout laisse à penser que leur application n'aurait sans doute pas remédié à la situation. Ainsi le contrat santé solidarité n'aurait-il été applicable que trois ans après l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins, le SROS, par le directeur général de l'ARS. Dans la mesure où l'élaboration d'un SROS peut durer jusqu'à deux ans, ce contrat n'aurait sans doute pas trouvé à s'appliquer avant cinq ans!

J'ajoute que Jean-Pierre Fourcade, chargé de surveiller la mise en œuvre de la loi HPST, vient de déposer une proposition de loi qui vise à supprimer, d'une part, la sanction attachée au non-respect du contrat de santé solidarité et, d'autre part, l'obligation faite aux médecins libéraux d'informer l'autorité administrative de leurs absences, une mesure jugée vexatoire par ces derniers.

Une fois ces deux dispositions supprimées, il ne restera donc plus rien.

M. Guy Fischer. Il n'y avait déjà pas grand-chose...

M. François Autain. Le Gouvernement assiste, en spectateur passif, à la dégradation de la situation, et ne propose aucune mesure alternative.

M. Guy Fischer. Et vous le laissez faire, monsieur Vasselle!

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 241.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 242, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Pasquet, Hoarau et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Après l'article 36, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Art. L. ... - Un décret en Conseil d'État détermine les règles d'accessibilité aux soins mentionnés à l'article L. 1411-11. Ces règles prennent en compte :

« 1° La distance et la durée d'accès aux professionnels de santé qui dispensent ces soins ;

« 2° Les délais dans lesquels ces professionnels sont en mesure de recevoir les patients en consultation, hors cas d'urgence médicale ;

« 3° Le nombre de professionnels de santé libéraux autorisés à facturer des dépassements d'honoraires.

« Sauf circonstances exceptionnelles, ces règles doivent permettre que la durée d'accès à un médecin mentionné à l'article L. 4130-1 n'excède pas trente minutes de trajet automobile dans les conditions normales de circulation du territoire concerné. »

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. L'article L. 1434-7 du code de la santé publique pose le principe du SROS, dont la finalité est « de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique ».

C'est précisément sur ce critère d'accessibilité géographique que porte cet amendement. Nous proposons en effet de fixer dans la loi les règles d'accessibilité aux soins de premier recours, afin que la politique régionale de santé contribue effectivement à réduire les inégalités d'accès aux soins.

Cette question est primordiale pour les habitants des territoires ruraux et des zones de montagne. L'absence de médecins – notamment de premier recours –, un éloignement trop important des établissements publics de santé, l'absence de permanence de soins, tout cela peut jouer dans la décision d'une famille de s'installer, ou non, dans une zone de montagne. Nous en sommes tous conscients, comme en témoigne le rapport d'information *L'avenir de la montagne : un développement équilibré dans un environnement préservé*, qui fait de cet enjeu un élément essentiel pour l'avenir, comme l'atteste sa recommandation suivante : « Il convient, en outre, de faciliter l'accueil et l'installation des cadres et de leurs familles sur le territoire montagnard grâce à un environnement favorable en termes d'accès aux soins, au logement et aux services publics (éducation, culture...) ».

Or, nous assistons au mouvement inverse, car votre gouvernement démantèle les uns après les autres les services publics : La Poste, les écoles, les hôpitaux et les maternités de proximité. Je pense à la maternité du plateau matheysin, fermée depuis déjà bien longtemps.

Mme Christiane Demontès. Oui !

Mme Annie David. Pour se rendre à Grenoble, les habitants de ce plateau sont obligés d'emprunter la route Napoléon, réputée dangereuse. Vous vous souvenez sans doute que, voilà quelques années, un dramatique accident d'autocar avait malheureusement coûté la vie à de nombreux pèlerins polonais.

Mme Christiane Demontès. Tout à fait !

Mme Annie David. Notre amendement, s'il ne peut à lui seul nous permettre de revenir sur cette politique désastreuse, présente au moins le mérite de poser des règles claires. La notion d'accessibilité géographique doit intégrer l'ensemble des difficultés d'accès aux soins rencontrées par les Français : l'éloignement des professionnels de santé, les « files d'attente », les dépassements d'honoraires. La nouvelle définition du SROS doit garantir à tous, sauf circonstances exceptionnelles, la possibilité de consulter un médecin de premier recours après un temps maximum de trajet de trente minutes, car, vous le savez, en montagne, les kilomètres ne sont pas parcourus à la même vitesse qu'en plaine.

Mme Christiane Demontès. Très bien !

M. Guy Fischer. Voilà un vrai témoignage !

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Madame David, vous étiez sans doute présente lors de la discussion du projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires ».

M. Guy Fischer. Elle est toujours là !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Je suis persuadé que M. Milon aura rappelé que des dispositions relatives à l'accessibilité aux soins figurent dans le code de la santé publique.

Laissons donc les directeurs des ARS mettre en œuvre la politique qui s'impose pour répondre à ces questions. Ils disposent des outils pour le faire, même si M. Autain a considéré tout à l'heure que ces outils n'avaient aucune efficacité en matière de surdensité médicale, compte tenu de l'initiative prise par le Gouvernement. Mais je ne désespère pas que les agences régionales de santé disposent prochainement des moyens de parvenir aux résultats attendus. L'une des quelque deux cents circulaires qu'elles ont reçues évoque certainement ce sujet, monsieur Autain. Je vous invite à les lire,...

M. Guy Fischer. C'est ce qu'il fait ! (*Sourires.*)

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. ... vous devriez y trouver votre bonheur.

M. François Autain. Vous vous moquez de nous !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Madame David, je vous demande de retirer votre amendement. À défaut, la commission y sera défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le Gouvernement est également défavorable à cet amendement, car il s'agit de nouveau d'un cavalier social. Les dispositions prévues relèvent en effet d'une loi d'organisation.

La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » prévoit un certain nombre d'outils pour aider les directeurs des ARS dans leur mission.

Quant aux dépassements d'honoraires, ils ont certes des conséquences financières, mais ils ne trouvent pas leur place dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale puisqu'ils n'ont pas d'effet sur les dépenses de l'assurance maladie.

Permettez-moi de rappeler que seuls 8 % des médecins de premier recours appliquent des dépassements d'honoraires, d'un niveau d'ailleurs très modeste, souvent de un ou deux euros. Quant au nombre de médecins généralistes qui pratiquent des dépassements, il est en constante diminution.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 242.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 244, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Pasquet, Hoarau et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Après l'article 36, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le premier alinéa de l'article L. 1434-8 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Dans les zones où cette évaluation fait apparaître que l'offre de soins de premier recours est particulièrement élevée, tout nouveau conventionnement de médecins est suspendu pendant une durée de trois ans. »

La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. Nous continuons à traiter de la démographie médicale.

Un atlas publié par le Conseil national de l'ordre des médecins en avril dernier, et élaboré à partir des chiffres du tableau de l'Ordre, permet de mieux comprendre l'étendue des problèmes.

Cet atlas permet tout d'abord d'affiner, par région, la carte de la démographie médicale. Ainsi souligne-t-il – et c'est une première – que la région PACA détrône désormais l'Île-de-France en termes de densité médicale en activité régulière : on y compte en moyenne 375 médecins pour 100 000 habitants. Toutefois, il pointe le fossé grandissant qui se crée en PACA entre la côte et l'arrière-pays.

Les données régionales sont très contrastées. En effet, pour 100 000 habitants, on compte 274 médecins dans les Alpes-de-Haute-Provence contre seulement 405 dans les Alpes-Maritimes !

Pour l'Île-de-France, le constat est le même : surpopulation médicale, mais à répartition inégale. La région concentre à elle seule 22,4 % des médecins de l'ensemble de la métropole, sans pour autant permettre la réduction des inégalités. Alors que la densité moyenne de la région est de 373 médecins pour 100 000 habitants, Paris présente, toujours pour 100 000 habitants, une densité de 742 médecins contre 223 en Seine-et-Marne. Le Val-d'Oise attire les médecins, avec une augmentation de près de 40 % des effectifs en un an, alors que l'Essonne connaît une baisse de 27,5 % du nombre de praticiens.

L'atlas du Conseil national de l'ordre des médecins montre également que les régions sous-denses sont touchées par de fortes disparités. Les mesures qui ont été mises en œuvre ne portent pas leurs fruits. Ainsi la Picardie, qui est la région en moyenne la moins bien dotée – 238 médecins pour 100 000 habitants – et où des dispositions ont été prises pour lutter contre la désertification médicale, a enregistré, en vingt ans, une baisse de 29 % des nouveaux inscrits au tableau de l'Ordre. Dans le même temps, le nombre de médecins qui quittaient la région a augmenté de 130 %.

Dans les régions attractives, la situation est tout aussi contrastée. Les jeunes médecins se précipitent en Corse, où ils représentent 42 % des nouveaux inscrits au tableau de l'Ordre, mais l'on constate qu'ils préfèrent les villes – 58 % des installations à Bastia – et délaissent l'arrière-pays.

L'importance de ces disparités appelle une intervention des pouvoirs publics. Cet amendement procède d'une nouvelle approche. Plutôt que d'attirer les médecins dans les zones sous-denses, nous envisageons de ne pas les laisser s'installer dans les zones surdenses. J'ai en effet toujours douté de l'efficacité de la disposition votée dans la loi HPST qui, par le biais d'une adhésion à un contrat santé solidarité, vise à demander aux praticiens installés en zone surdense de se rendre ponctuellement en zone sous-dense. Vous avez d'ailleurs renoncé à cette mesure, madame la ministre, non parce que j'y étais opposé... mais parce qu'elle était ressentie comme vexatoire par les professionnels de santé.

Il ne me semble pas raisonnable d'en rester là. Plus facile d'application, sans doute plus compréhensible par les médecins, la disposition que nous présentons se veut une nouvelle piste. En tout état de cause, il s'agit d'un dossier très important.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Les auteurs de cet amendement restent dans la ligne de leurs précédentes propositions.

M. François Autain. Nous sommes cohérents !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. En effet ! Vous comprendrez donc que la commission, dans un souci de cohérence, émette un avis défavorable sur votre amendement.

M. François Autain. Cohérence contre cohérence !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cette idée peut, *a priori*, sembler intéressante pour celles et ceux qui en font une lecture rapide. Mais il faut bien mesurer que cette disposition risque de se retourner contre les patients en raison même de la situation actuelle difficile de la démographie médicale. Si vous interdisez, pendant trois ans, le conventionnement des médecins nouvellement installés dans certains territoires, vous obtiendrez sans doute une diminution du nombre des médecins dans ces territoires, mais au détriment de la qualité de l'offre de soin pour les patients.

Je vous invite donc à faire preuve de sagesse et à retirer cet amendement. À défaut, la commission émettra un avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cet amendement n'est pas un cavalier social puisqu'il a trait à la procédure de conventionnement.

M. Guy Fischer. Tout de même !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je veux rendre à César ce qui est à César et au conventionnement ce qui relève du conventionnement.

Le Gouvernement est néanmoins défavorable à cet amendement, dont l'effet serait véritablement contreproductif. Ce n'est pas parce que vous empêchez un médecin de s'installer dans une zone surdense qu'il ira dans une zone sous-dense. Je pense plutôt qu'il se dirigera vers d'autres modes d'exercice.

M. Guy Fischer. Il n'y a donc pas de solution !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Pas celle-là en tout cas !

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, pour explication de vote.

M. Alain Milon. Je voterai contre l'amendement n° 244.

Monsieur Fischer, permettez-moi tout d'abord de souligner que, dans le sud, nous parlons de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et non pas de la région PACA. Nous ne sommes pas des « Pacaiens », nous sommes des Provençaux ou des Azuréens.

M. Guy Fischer. Excusez-moi !

M. Alain Milon. Ensuite, je remercie Mme la ministre et Mme la présidente de la commission de porter aujourd'hui les couleurs de la Provence aujourd'hui : coquelicot, mimosa... (*Sourires.*) Cela apporte un peu de lumière dans cet hémicycle bien gris !

S'il y a une forte densité de médecins sur la Côte d'Azur et une densité moindre dans les hauts pays alpins, cela vaut surtout pour les spécialistes. Le nombre de médecins généralistes est assez faible sur tout le territoire de la région.

J'ajoute que parmi les médecins sortant de la faculté de médecine de Marseille, seuls 30 % à 40 % décident d'exercer en Provence-Alpes-Côte d'Azur, les autres s'installent ailleurs.

M. François Autain. Dans le Nord ?

M. Alain Milon. Ce surtout des médecins venant d'autres régions, la Picardie notamment, formés à Amiens, qui viennent s'installer en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 244.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 351, présenté par M. Le Menn, Mme Jarraud-Vergnolle, M. Daudigny, Mme Le Texier, MM. Teulade, Cazeau et Desessard, Mmes Demontès, Campion, Alquier, Printz et Schillinger, MM. Kerdraon, Godefroy, Jeannerot, S. Larcher et Gillot, Mmes Ghali, San Vicente-Baudrin et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Après l'article 36, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 5121-5, sont insérés deux articles ainsi rédigés :

« Art. L. 5121-5-1. - Les pharmaciens sont tenus, dans tous leurs actes de dispensation de médicament d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

« Art. L. 5121-5-2. - Les pharmaciens d'officine peuvent, lors de la dispensation de médicament effectuer un déconditionnement, suivi d'un reconditionnement individualisé prenant en compte la durée du traitement. Le pharmacien a l'obligation d'adjoindre au reconditionnement une copie de la notice du médicament. » ;

2° L'article L. 4211-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La dispensation de médicaments effectuée sous la responsabilité d'un pharmacien d'officine avec déconditionnement et reconditionnement individualisé et sécurisé ne correspond pas à une nouvelle autorisation de mise sur le marché. »

La parole est à Mme Annie Jarraud-Vergnolle.

Mme Annie Jarraud-Vergnolle. En 2006, selon l'Inspection générale des affaires sociales, chaque Français a absorbé, en moyenne, pour 504 euros de médicaments, soit 40 % de plus que ses voisins européens : un record !

De nombreux remèdes traînent dans les armoires à pharmacie : pastilles contre les brûlures d'estomac, cachets contre l'insomnie, antidépresseurs pour les coups durs... avant de finir à la poubelle !

Ces médicaments prescrits, remboursés et non consommés coûtent cher à l'assurance maladie. Ainsi, selon le rapport de l'IGAS, près d'un médicament remboursé sur deux ne serait

pas consommé. Or, en 2007, les remboursements ont coûté plus de 21 milliards d'euros à la Caisse nationale de l'assurance maladie, soit 2 % du PIB français.

En France, tout pharmacien est tenu de délivrer le conditionnement le plus économique en fonction de l'ordonnance, mais cette obligation est souvent difficile à respecter. Fréquemment, la posologie et la durée de traitement ne correspondent pas au nombre d'unités par emballage. Les laboratoires pharmaceutiques sortent des boîtes « grand modèle » pour des traitements de courte durée.

Pour respecter l'ordonnance du médecin, les pharmaciens sont donc amenés à délivrer des quantités supérieures à celles qui seraient nécessaires. Il en résulte que de nombreux médicaments ne sont pas utilisés, alors qu'ils ont été pris en charge par la sécurité sociale.

Vous n'avez pas idée du gaspillage phénoménal qui pourrait être évité. Par exemple, lors d'un examen radiologique avec injection d'iode, les anesthésistes prescrivent un seul comprimé d'Atarax 100, à prendre la veille au soir si le patient a des antécédents d'allergie. Or, les boîtes d'Atarax contiennent trente comprimés ! Et je n'évoque même pas le danger que représente la conservation de ce médicament, au fort pouvoir sédatif, dans les pharmacies familiales !

La réduction de la consommation de médicaments en France doit constituer un objectif pour réduire les dépenses de sécurité sociale.

Il suffirait d'autoriser le pharmacien à ouvrir la boîte de médicaments et à découper la plaquette, afin de donner au patient le nombre de pilules strictement nécessaire à son traitement. Le pharmacien joindrait une copie de la notice. Cette solution en vigueur aux Pays-Bas a permis de diminuer de façon conséquente la consommation de médicaments sans réduire la qualité du traitement pour les patients.

Il est vrai que cela nécessite un vrai courage politique et qu'il faut passer outre certains lobbys. Ce courage, nous l'avons et c'est pourquoi nous vous proposons cet amendement qui ouvre la possibilité pour les pharmaciens de dispenser au patient la stricte quantité nécessaire au traitement.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Sur le principe, cet amendement n° 351 ne peut se voir opposer aucune objection. Nous ne pouvons que partager l'objectif de ses auteurs.

En revanche, les modalités pratiques de sa mise en œuvre soulèvent quelques questions.

Je rappellerai en préalable que l'article L. 5121-5 du code de santé publique prévoit déjà que la dispensation des médicaments doit être réalisée en conformité avec les bonnes pratiques dont les principes sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé. Cet arrêté est-il suffisamment précis pour permettre d'aboutir à un conditionnement adapté au traitement du patient ? Mme la ministre nous donnera la réponse dans quelques instants.

Cela dit, madame Jarraud-Vergnolle, ce que vous proposez peut apparaître a priori complexe en termes de gestion pour les officines, et vous n'avez pas abordé la question du coût ni celle du prix facturé par le pharmacien à la suite d'une telle manipulation. M. Gérard Dériot a soulevé cette difficulté en commission. Il ne faut pas laisser croire à nos concitoyens que donner cette mission au pharmacien va se traduire par une

diminution du coût de la boîte de médicaments. Au contraire, la manipulation sera facturée par le pharmacien, entraînant un effet inflationniste. Il vaudrait mieux travailler beaucoup plus en amont, c'est-à-dire sur le conditionnement en laboratoire pour offrir une palette de boîtes qui soient adaptées aux diverses pathologies.

En principe, l'arrêté de Mme la ministre a dû prendre en compte tous ces éléments. Elle va dans un instant vous rassurer et vous amener ainsi à retirer votre amendement.

La commission émet donc un avis défavorable sur l'amendement n° 351.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cet amendement prévoit plusieurs dispositions ; je vais donc y répondre point par point.

L'amendement prévoit d'abord que la dispensation des médicaments par le pharmacien d'officine se fasse dans le respect de la plus stricte économie. Cette préconisation est déjà intégrée au code de la santé publique et n'a donc pas à être mentionnée à nouveau.

L'amendement vise ensuite à systématiser la vente de médicaments en obligeant les pharmaciens à déconditionner et reconditionner. J'y suis défavorable, pour les raisons que M. le rapporteur général vient d'indiquer : les économies espérées ne seront pas au rendez-vous. Je signale que, dans tous les pays qui pratiquent ces manipulations, les médicaments sont plus chers que dans notre pays. En outre, la commission de transparence a pour mission de veiller à ce que la taille des conditionnements soit adaptée aux modalités des traitements, en particulier à leur durée, et le comité économique des produits de santé, CEPS, peut décider des diminutions de prix si le conditionnement n'est pas adapté.

Certes, un certain nombre de médicaments ne sont pas consommés. Cela n'est pas lié au conditionnement, mais résulte de la non-observance de l'ordonnance par les malades qui interrompent leur traitement avant qu'il ne soit terminé. Il s'agit donc plutôt d'une question d'éducation thérapeutique, d'explication du médecin ; je pense en particulier aux antibiotiques.

Je rappelle que le code de la santé publique prévoit en outre, dans sa partie réglementaire, que la préparation par le pharmacien des doses à administrer fait partie intégrante de l'acte de dispensation. Il n'est donc pas utile d'octroyer une nouvelle autorisation de mise sur le marché. Le code de la santé publique répond ainsi à votre inquiétude.

Cette opération n'est pas non plus soumise à une autorisation de fabrication, conformément à l'article 40 de la directive du 6 novembre 2001 sur les médicaments à usage humain. Par ailleurs, je viens de signer un décret en Conseil d'état visant à soumettre à des bonnes pratiques la préparation des doses à administrer par le pharmacien, et un arrêté viendra préciser les conditions de cette préparation. Ces textes réglementaires étaient très attendus par la profession pharmaceutique.

Je pense avoir répondu à l'ensemble de vos préoccupations, madame la sénateur. C'est la raison pour laquelle j'émetts un avis défavorable sur votre amendement n° 351.

M. le président. La parole est à Mme Annie Jarraud-Vergnolle, pour explication de vote.

Mme Annie Jarraud-Vergnolle. Effectivement, le fait d'attribuer aux pharmaciens le soin de distribuer des médicaments à l'unité, était une solution de repli. La meilleure solution serait évidemment qu'en amont les laboratoires conditionnent le traitement nécessaire. L'exemple de l'Atarax, qui n'est pas un antibiotique, est un bon exemple de gaspillage. L'objectif que nous visons est d'amener les laboratoires à conditionner les médicaments en fonction des pathologies qui sont repérées.

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Tout le monde sait que les Français sont, en volume, les premiers consommateurs au monde de médicaments.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ils sont moins chers qu'ailleurs !

M. François Autain. En valeur, nous arrivons derrière les États-Unis, ce qui prouve que certains de nos médicaments sont moins chers qu'aux États-Unis. Toutefois, les médicaments les plus efficaces, les ASMR 1, 2 et 3, sont en moyenne plus chers en France que partout ailleurs alors que les médicaments ASMR 5 sont plutôt moins chers en moyenne.

Je voulais simplement dire que toutes les mesures, même marginales, sont bonnes à prendre et, à cet égard, cet amendement propose des mesures qui sont les bienvenues. C'est la raison pour laquelle nous le voterons.

Au demeurant, madame la ministre, quand vous dites que, si les médicaments ne sont pas consommés c'est parce que les malades ne suivent pas les prescriptions des médecins, je ne peux pas vous suivre, car, en fait, les doses prescrites sont souvent bien inférieures au contenu des boîtes. C'est la raison pour laquelle des médicaments ne sont pas consommés.

M. le président. La parole est à M. Adrien Giraud, pour explication de vote.

M. Adrien Giraud. L'amendement dont nous discutons est en parfaite conformité avec la pratique du grand hôpital de l'île de Mayotte, où un pharmacien ouvre les boîtes de médicaments et les distribue selon la prescription médicale, comprimé par comprimé. Je ne comprends pas pourquoi ce qui s'applique aujourd'hui à Mayotte ne pourrait pas s'appliquer dans l'hexagone.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Monsieur le sénateur, j'attire votre attention sur la différence de dispensation entre l'hôpital et la ville. À l'hôpital, des piluliers journaliers contenant les médicaments nécessaires sont préparés pour permettre la stricte observance des traitements médicamenteux, mais cette méthode n'est pas transférable en ville, où le malade reçoit son traitement pour un temps donné, un mois par exemple dans le cadre d'une maladie chronique. On ne peut donc pas préparer des piluliers à l'avance pour la délivrance du médicament.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 351.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 354, présenté par M. Le Menn, Mme Jarraud-Vergnolle, M. Daudigny, Mme Le Texier, MM. Teulade, Cazeau et Desessard, Mmes Demontés, Campion, Alquier, Printz et Schillinger, MM. Kerdraon, Godefroy, Jeannerot, S. Larcher et Gillot et Mmes Ghali et San Vicente-Baudrin, est ainsi libellé :

Après l'article 36, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 5121-10 du code de la santé publique est supprimée.

La parole est à M. Jacky Le Menn.

M. Jacky Le Menn. La France est encore en retard par rapport à ses voisins européens en matière de développement des génériques. En 2006, en France, un peu plus d'une boîte de médicaments vendue sur six est générique contre une boîte sur deux aux Pays-Bas, au Danemark et en Allemagne etc.

Pourtant, les médicaments génériques ont la même efficacité que les médicaments princeps et ils coûtent environ 30 % à 40 % moins cher. Selon le rapport concluant les travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, la MECSS, sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments adopté par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale en avril 2008, « les molécules concernées représenteraient une économie potentielle de plus de 3,8 milliards d'euros pour l'assurance maladie ».

La Commission européenne, qui a mené une étude sur le fonctionnement de la concurrence dans le secteur de l'industrie pharmaceutique, partage cette conclusion et ajoute qu'il est nécessaire que la mise sur le marché du médicament générique intervienne immédiatement après la fin de l'exclusivité, pour réaliser un maximum d'économies.

Les résultats de l'enquête de la Commission européenne montrent que le comportement des entreprises contribue à retarder l'arrivée des médicaments génériques. Elles mettent en place des stratégies de dépôt de brevet afin de retarder ou bloquer l'entrée des médicaments génériques sur le marché, ou encore elles engagent des actions en justice afin de créer des obstacles pour les fabricants de génériques, en particulier les plus petits, et les dissuader d'entrer sur le marché.

En plus de ces mécanismes, les laboratoires princeps interviennent auprès des organes chargés de l'octroi des autorisations de mise sur le marché et/ou de fixation des prix et du niveau de remboursement, et présentent des réclamations quant au respect de leurs brevets, mais surtout mènent des campagnes de dénigrement vis-à-vis des médicaments génériques, qui seraient moins efficaces, de qualité inférieure etc.

La Commission européenne rapporte que les revendications des laboratoires de princeps n'ont été jugées fondées que dans 2 % des affaires notamment en l'absence de preuve. Toutes ces procédures sont perdues d'avance pour les laboratoires de princeps mais peu leur importe, car le but est avant tout de retarder la mise sur le marché des génériques, afin de générer des recettes supplémentaires importantes.

On comprend donc qu'il est essentiel, afin de favoriser le développement des génériques, de limiter les possibilités d'intervention des laboratoires princeps et de réduire les délais. Cet amendement vise donc à réduire le délai de commercialisation de produits génériques en supprimant notamment le triple niveau d'alerte car il est excessif.

En effet, le laboratoire de référence est informé à trois reprises lorsqu'un laboratoire souhaite commercialiser sous forme générique un produit princeps tombé dans le domaine public. Nous proposons, par cet amendement, que désormais le demandeur de l'autorisation informe le titulaire de ses droits concomitamment au dépôt de la demande.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Il y a quelque temps a été modifié le dispositif antérieur, qui reposait uniquement sur l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, AFSSAPS. Le Gouvernement s'est rendu compte que cette dernière n'était pas du tout armée pour procéder aux contrôles des droits de propriété intellectuelle. Il a donc imaginé un autre dispositif.

Certes, certaines remarques ont été formulées dans le rapport d'enquête de la Commission européenne auquel vous faites référence. Il serait intéressant que Mme la ministre nous dise ce qu'elle en pense. Quoi qu'il en soit, nous n'avons pas le sentiment que la suppression de l'information requise au moment du dépôt de la demande d'autorisation de mise sur le marché soit de nature à répondre aux difficultés que vous avez évoquées. Je souhaite que Mme la ministre puisse nous éclairer sur ce point. Au bénéfice de ces explications, peut être pourrez-vous retirer votre amendement, mon cher collègue.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le rapporteur général, ainsi que les auteurs de l'amendement ont appelé l'attention sur le rapport d'enquête de la Commission européenne relatif au fonctionnement de la concurrence dans le secteur pharmaceutique, rapport de juillet 2009, qui avait mis en évidence certaines dérives.

Pour autant, supprimer cette information préalable du titulaire des droits par le génériqueur ne me paraît pas opportun dans la mesure où cette information est la contrepartie de la possibilité donnée par le code de la santé publique de délivrer une autorisation de mise sur le marché avant même l'expiration des droits de propriété intellectuelle qui s'attachent à la spécialité de référence.

Cette information permet au laboratoire princeps de faire valoir ses droits, le respect de la propriété intellectuelle étant évidemment primordial.

M. le rapporteur général a souligné que l'AFSSAPS était assez démunie en matière de défense des droits de propriété intellectuelle. Il lui faudrait pour remplir cette mission disposer de moyens considérables.

Cette phase d'information préalable permet, en amont de l'AMM, un échange entre l'exploitant du princeps et le génériqueur, afin d'éviter tout éventuel contentieux, toujours dommageable.

C'est la raison pour laquelle le Gouvernement est défavorable à cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Nicolas About, pour explication de vote.

M. Nicolas About. Il est évident que je ne puis soutenir un tel amendement.

La recherche doit être encouragée et la propriété intellectuelle protégée.

Alors que l'on se plaint d'avoir une recherche de moins en moins performante, qui ne débouche plus sur de nouveaux antibiotiques, par exemple, on ne saurait prendre une mesure qui donne priorité au générique sur le princeps. Ce n'est pas ainsi, que l'on développera la recherche dans le domaine pharmaceutique, croyez-moi.

Nous avons assisté à plusieurs attaques de génériqueurs contre des molécules qui étaient toujours sous protection, et les laboratoires qui détenaient les princeps ont eu beaucoup de difficultés à faire respecter leur droit de propriété.

Ne voyez là, mes chers collègues, aucun conflit d'intérêts : j'ai peut-être été cadre dans l'industrie pharmaceutique, mais c'est justement à ce titre que je peux savoir, au moins autant que d'autres, à quel point il est impératif que notre pays protège ceux qui s'adonnent à la recherche et nous fournissent les nouvelles molécules dont nous avons besoin. *(MM. Dominique Leclerc et Alain Milon applaudissent.)*

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 354.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 248, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Pasquet, Hoarau et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Après l'article 36, 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.

« 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 bénéfiques 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. »

La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. Par cet amendement, nous proposons d'instaurer à la charge des établissements de santé privés commerciaux qui se verraient confier des missions de service public l'obligation de présenter aux directeurs des agences régionales de santé intéressées, ainsi qu'à la chambre régionale des comptes, un document comptable qui devra apporter les preuves que l'exercice des missions de service public n'a pas engendré de bénéfiques.

Vous l'aurez compris, mes chers collègues, il s'agit, pour nous, de soumettre les établissements de santé privés commerciaux, pour l'exercice de leurs seules missions de service public, à des règles similaires à celles qui s'appliquent aux établissements publics de santé.

Nous considérons que cet amendement apporte de la transparence à un dispositif dont on peut craindre qu'il ne donne lieu à d'importantes dérives. La disposition que nous proposons n'est sans doute pas parfaite, mais au moins permettrait-elle, si elle était adoptée, d'instituer un cadre général qui pourrait aisément être précisé et complété par décret.

En effet, s'il est légitime que les établissements privés qui se voient confier une ou plusieurs missions de service public obtiennent, dans le cadre de leurs contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, les dotations nécessaires à la compensation, nous considérons qu'il serait inopportun – c'est peu dire ! – que l'exécution de ces missions permette aux établissements de santé privés de dégager des bénéfiques, lesquels seraient ensuite répartis entre les actionnaires, et ce d'autant plus que le contexte économique actuel, combiné à la pression que vous opérez sur les établissements publics de santé, avec un ONDAM inférieur à 3 %, aura de lourdes conséquences pour les hôpitaux. On en voit de nombreux exemples ici et là, le dernier en date étant l'hôpital Tenon, dont la situation a été évoquée dans le journal *Le Monde* daté du 12 novembre.

L'année dernière, alors que nous présentions cet amendement pour la première fois, M. Milon, alors rapporteur de la loi HPST, nous a apporté une réponse sous forme de question qui avait au moins le mérite de la clarté : « Quel intérêt les établissements privés auraient-ils de participer aux missions de service public s'ils ne peuvent en tirer des bénéfiques ? »

Autrement dit, il y a bien de la part de votre majorité la volonté de confier au privé commercial des missions de service public, au détriment des hôpitaux et de nos concitoyens, dans le seul objectif de permettre aux cliniques commerciales de réaliser des bénéfiques et les distribuer à leurs actionnaires.

Nous sommes fondamentalement opposés à cette conception de la santé, qui réduit celle-ci à une marchandise comme une autre et conduit à des situations inacceptables en termes d'accès aux soins ; en témoignent les débats que nous avons eus jusqu'à présent au cours de l'examen de ce projet de loi.

C'est pourquoi nous considérons que les agences régionales de santé et, au-delà, l'ensemble de nos concitoyens doivent pouvoir savoir ce que rapportera le transfert de ces missions aux cliniques commerciales et dans quelles proportions votre politique de concurrence entre le secteur privé et le secteur public nuit directement ou indirectement à ce dernier.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Mon cher collègue, ce sujet a déjà été largement évoqué lors de l'examen du projet de loi HPST, et je parle sous le contrôle de notre collègue Alain Milon !

Cet amendement vise à demander aux établissements privés de distinguer au sein de leurs comptes ce qui relèverait éventuellement de l'exercice des missions de service public.

Cette demande peut apparaître légitime, mais est-il vraiment nécessaire de passer par la voie législative pour obtenir ce résultat ? Je laisse le soin à Mme la ministre de vous répondre sur ce point.

À ce stade, la commission n'a pas jugé votre amendement pertinent et a émis un avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. L'article L. 6161-3 du code de la santé publique prévoit que tous les établissements de santé privés transmettent aux agences régionales de santé et à l'autorité chargée de la tarification leurs comptes certifiés par un commissaire aux comptes.

Par ailleurs, dans les conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens, les missions de service public sont clairement définies entre l'agence régionale de santé et l'établissement qui se voit confier des missions de service public. Il y a vraiment une totale transparence en la matière. Un établissement privé de santé ne vient pas, si j'ose dire, se servir sur l'étagère des missions de service public !

Je le répète, tout est parfaitement transparent des deux côtés : les missions de service public confiées aux établissements de santé privés font l'objet d'une convention signée avec l'ARS et ceux-ci transmettent intégralement leurs comptes certifiés. La transparence ne saurait être plus totale.

C'est la raison pour laquelle le Gouvernement est défavorable à cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 248.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 317 rectifié, présenté par MM. Barbier, de Montesquiou et Detcheverry et Mme Escoffier, est ainsi libellé :

Après l'article 36, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Afin de garantir l'accès aux soins à tous les assurés sociaux et de prendre en compte l'exercice en plateau technique lourd, les parties signataires de la convention médicale prévue à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale engagent une négociation en vue de la conclusion d'un avenant au règlement arbitral approuvé par l'arrêté du 3 mai 2010 portant approbation du règlement arbitral applicable aux médecins libéraux en l'absence de convention médicale permettant la mise en œuvre du secteur conventionnel à caractère optionnel.

La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. Depuis le 6 février 2010, la convention médicale n'existe plus ; nous sommes actuellement sous un régime d'approbation par règlement arbitral décidé le 3 mai dernier. Bien entendu, se pose toujours le problème des dépassements d'honoraires, notamment dans certaines spécialités, un certain nombre de nos concitoyens ne pouvant accéder à certains soins dans des conditions satisfaisantes.

Par cet amendement, je veux en quelque sorte donner une impulsion forte à la mise en œuvre du secteur conventionnel à caractère optionnel. Peut-être me rétorquera-t-on encore qu'il s'agit d'un amendement d'appel. Mais ce problème doit vraiment être réglé le plus rapidement possible, et j'espère que ce sera chose faite avec la convention médicale qui ne manquera pas d'être discutée dans les semaines à venir.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. M. Barbier s'impatiente, à juste titre, à propos du secteur optionnel.

Nous avons déjà largement abordé cette question et, dans le cadre du projet de loi HPST, j'avais été l'auteur de plusieurs amendements sur ce sujet. Mais notre collègue Alain Milon, alors rapporteur, m'avait gentiment demandé de retirer tous mes amendements, Mme la ministre abondant dans son sens, au motif que cette question serait examinée dans le cadre des négociations conventionnelles. Comme par hasard, avant la fin de l'examen du texte, on nous a dit qu'un protocole d'accord devrait être signé avant une certaine date !

Ce protocole a été signé, ce dont je me réjouis, car cela constitue une petite avancée. Toutefois, en la matière, on est encore l'arme au pied.

Les élections professionnelles ont eu lieu et la représentativité des syndicats est, je l'espère, suffisamment claire pour que les professionnels de santé et la CNAM puissent se pencher enfin sur cette question.

Certes, il va falloir décider tout le monde. Mais, d'après ce que j'ai compris, le Gouvernement est très favorable à un accord. Mme la ministre a déjà eu l'occasion d'exprimer sa position sur cette question et va sans doute la réaffirmer ici. Les auditions auxquelles j'ai procédé montrent que les professionnels de santé sont prêts, seule l'UNOCAM semble un peu plus réticente.

M. Guy Fischer. À juste titre !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Nous comptons sur le pouvoir de persuasion du Gouvernement pour faire en sorte qu'une mesure concrète soit prise dans le courant de l'année 2011. Le cas échéant, la commission des affaires sociales sera contrainte de faire voter, l'année prochaine, l'amendement de M. Barbier, qui donne injonction aux acteurs des négociations conventionnelles de trouver un accord.

M. Barbier ayant pris la précaution de préciser qu'il s'agit d'un amendement d'appel, il me semble qu'il attend surtout une réponse claire et nette du Gouvernement. Je pense qu'il sera satisfait dans un instant et pourra ainsi retirer son amendement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je me demande s'il n'y a pas une certaine acidité dans vos propos, monsieur le rapporteur général...

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Pas du tout !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre*. Vous êtes bien entendu incapable de la moindre méchanceté... (*Sourires.*)

M. Barbier propose que le secteur optionnel soit intégré dans un avenant au règlement arbitral. Lorsque Bertrand Fragonard avait remis son projet de règlement arbitral, il n'avait pas souhaité, et ce à juste titre, que le secteur optionnel en fasse partie.

En effet, il estimait – et je le rejoins tout à fait – qu'un sujet aussi important et aussi structurant dans le processus de rémunération des médecins devait être traité dans le cadre de la négociation conventionnelle renouvelée et que cela relevait donc de la rénovation voulue par le processus électoral. En outre, il ne pouvait apporter de réponses à des interrogations très concrètes, telles que l'implication des établissements de santé et des mutuelles.

Les élections ont eu lieu, les unions régionales de professions de santé se mettent en place, l'enquête de représentativité est lancée. Les négociations conventionnelles vont donc pouvoir reprendre au cours des prochaines semaines, et le secteur optionnel sera bien entendu au cœur des discussions.

À cet égard, je souhaite lever une ambiguïté. J'ai lu ici ou là – pas sous votre plume, je le reconnais, monsieur Barbier! – que j'aurais été opposée à l'accord du 15 octobre 2009. Je tiens à vous rassurer, il n'en est rien. J'avais simplement souligné les insuffisances de cet accord et fait remarquer que celui-ci ne constituait qu'un point d'étape, certains éléments n'étant pas fixés, comme – je viens de le dire – les objectifs de prise en charge des dépassements d'honoraires par les mutuelles. C'était très ennuyeux dans la mesure où la discussion portait précisément sur le secteur optionnel.

De plus, la rédaction du protocole d'accord était encore en l'état trop ambiguë dans la mesure où l'on ne savait pas si l'objectif était exprimé en volume d'honoraires ou en volumes d'actes, ce qui, avouez-le, laissait une marge d'interprétation très importante. Je cite ces deux exemples parce qu'ils sont particulièrement significatifs, mais ils n'étaient pas les seuls.

Avec des partenaires conventionnels renouvelés, relégitimés, dirai-je plutôt, car nous allons sans doute retrouver les mêmes personnes, nous allons pouvoir avancer. Croyez, monsieur le sénateur, à ma totale bienveillance en la matière. C'est pourquoi je vous demande de bien vouloir retirer votre amendement.

M. le président. Monsieur Barbier, l'amendement n° 317 rectifié est-il maintenu ?

M. Gilbert Barbier. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 317 rectifié est retiré.

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

Mme Muguet Dini, *présidente de la commission des affaires sociales*. Le Gouvernement ayant déposé quatre amendements, la commission se réunira à quatorze heures quarante-cinq pour les examiner.

M. le président. Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux ; nous les reprendrons à quinze heures.

La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à treize heures, est reprise à quinze heures.*)

M. le président. La séance est reprise.

Nous poursuivons la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2011.

Dans la discussion des articles, nous en sommes parvenus au dernier amendement tendant à insérer un article additionnel après l'article 36.

L'amendement n° 429, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Après l'article 36, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement dépose sur le Bureau des assemblées, au plus tard le 31 décembre 2011, un rapport faisant le bilan d'application de la création du médecin traitant et mesurant les effets de la mise en place du parcours de soins.

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Les professionnels de santé sont nombreux à le dire, les mécanismes dont il est question dans cet amendement et qui sont censés permettre d'importantes économies à la sécurité sociale ne se sont pas révélés aussi satisfaisants que prévu. Il est ainsi admis que le médecin traitant et le parcours de soins font aujourd'hui l'objet de contournement non de la loi, mais de l'esprit dans lequel ces mécanismes ont été créés.

M. Didier Tabuteau, conseiller d'État et directeur de la chaire Santé de Sciences Po Paris, en donne un parfait exemple dans son livre *À la santé de l'Oncle Sam*.

« Si tu vas voir un spécialiste de ton propre chef, il te demande le nom de ton médecin traitant, il le note et ça se termine là ! » Et de préciser à juste titre : « Et la réforme a été vidée de sa substance ».

Initialement, en effet, la réforme n'avait pas pour seule vocation de sanctionner financièrement le patient. Elle devait aussi faire du médecin généraliste le pivot de notre système de santé, en lui confiant un rôle central dans un parcours de soins coordonnés destiné à assurer aux patients une prise en charge cohérente et efficiente.

Or, madame la ministre, vous-même ne semblez plus voir dans cette architecture un schéma cohérent. Lors de l'examen du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, M. Gérard Dériot vous a également fait remarquer que, depuis la création du parcours de soins, certaines spécialités telles que la gynécologie étant d'accès direct – les patients peuvent se rendre directement chez le spécialiste en question sans passer par le médecin traitant et être intégralement remboursés en fonction du ticket modérateur –, il n'était pas normal qu'ils se voient appliquer par les caisses une majoration en raison du non-respect du parcours de soins.

Madame la ministre, si j'en juge par votre réponse à M. Gérard Dériot, il suffit que le patient choisisse le spécialiste consulté directement comme médecin traitant pour échapper à cette majoration. Vous précisez même : « Une fois ce choix de circonstance effectué, il lui suffit de demander à changer de médecin traitant par la suite ». Vous avez même proposé que « le spécialiste informe le patient de cette possibilité » et avez rappelé qu'en l'état actuel du droit « on peut changer de médecin traitant tous les jours ».

Vous comprendrez qu'après une telle réponse nous nous interrogeons ! En effet, si nos concitoyens procédaient tous de la sorte, on assisterait non seulement à une importante surcharge de travail dans les caisses, mais aussi à un amoindrissement considérable de la portée théorique de ces deux dispositions.

Constatant que vous n'y croyez plus vous-même, madame la ministre, il nous semble donc utile de prévoir, sur le médecin traitant comme sur le parcours de soins, un rapport évaluant les effets de ces deux dispositifs.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Un rapport de plus, nous ne le souhaitons pas. La commission des affaires sociales est donc défavorable à cet amendement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Même avis, monsieur le président.

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Je remercie le rapporteur et la ministre pour cette réponse argumentée qui n'a pas été très convaincante ! (*Sourires.*)

M. Nicolas About. C'est la même chaque année !

M. François Autain. Ah non, il ne s'agit pas d'un amendement récurrent. C'est une première, car il n'a encore jamais été déposé !

Mme Muguet Dini, présidente de la commission des affaires sociales. C'est un rapport de plus, c'est tout ! Inutile de discuter, cela ne changera rien.

M. François Autain. Le médecin traitant a donc été créé en 2004. C'est votre prédécesseur, M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale, qui a procédé à cette innovation quasi révolutionnaire dont l'objet était, comme le dossier médical personnel, DMP, de permettre à la sécurité sociale de faire des économies considérables.

Mais ce n'était pas le seul objectif recherché. Cette innovation devait également permettre d'assurer des soins de meilleure qualité.

Six ans après, je m'interroge toujours quant aux effets de cette innovation sur l'amélioration de la qualité des soins dispensés à nos concitoyens !

Le parcours de soins est toujours aussi désordonné et anarchique, et le médecin traitant ne joue toujours pas le rôle qui, selon la loi, devait être le sien.

Par conséquent, à défaut de rapport, il me semble opportun que l'on entame une réflexion, en tout cas que le Gouvernement s'engage à procéder à une espèce de retour sur expertise, une évaluation, pour savoir si les objectifs initiaux de cette réforme ont vraiment été atteints.

Je ne vois rien d'extraordinaire à cette demande ! Je suis prêt à la formuler différemment et même à retirer cet amendement si vous me donnez des assurances allant dans le sens de l'objectif visé.

Vos réponses manquant singulièrement de substance, de contenu, j'ai été obligé d'expliquer mon vote...

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Des rapports sur l'évolution du médecin traitant sont faits régulièrement par l'assurance maladie, à peu près tous les deux ans. Il est très facile d'en prendre connaissance ; ils sont d'ailleurs à votre disposition.

La conclusion de ces rapports est que 85 % des malades ont choisi la procédure du médecin traitant. Cette innovation est donc un véritable succès !

Madame David, bien sûr, il faut respecter le libre choix du malade. Quant à la solution qui consiste à changer tous les jours de médecin traitant, c'était bien évidemment un raisonnement par l'absurde !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 429.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Article 36 bis (nouveau)

① I. – L'avant-dernier alinéa de l'article L. 632-6 du code de l'éducation est ainsi modifié :

② 1° À la première phrase, après le mot : « médecins », sont insérés les mots : « ou les étudiants » et les mots : « égale les » sont remplacés par les mots : « dégressif est au plus égal aux » ;

③ 2° Il est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

④ « Le recouvrement de cette indemnité est assuré, pour les médecins, par la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle le médecin exerce à titre principal et, pour les étudiants, par le centre national de gestion. »

⑤ II. – Le premier alinéa du I de l'article L. 136-5 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

⑥ « La contribution portant sur l'allocation mentionnée à l'article L. 632-6 du code de l'éducation est précomptée par le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière ; elle est recouvrée et contrôlée selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de la sécurité sociale assises sur les rémunérations. »

M. le président. L'amendement n° 68, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Après les mots :

« ou les étudiants »

supprimer la fin de cet alinéa.

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet article 36 bis concerne un sujet que nous avons longuement étudié lors des débats sur la loi HPST : le contrat d'engagement de service public.

Nous avons en effet décidé de créer une allocation en faveur des étudiants en médecine qui, par ce contrat, s'engagent à exercer en zone considérée comme « sous-dense ». Les médecins peuvent se dégager de leurs obligations sous réserve de payer une indemnité.

Cet article rend cette indemnité dégressive. Notre commission n'est pas opposée à cette mesure. Mais, comme elle a été introduite à l'Assemblée sans grand débat et que l'article L. 632-6 du code de l'éducation qui en résulterait pose un problème rédactionnel, elle a souhaité déposer un amendement, madame la ministre, pour que vous puissiez nous présenter les premiers résultats de ce contrat d'engagement.

Un arrêté fixe à quatre cents le nombre total d'étudiants et d'internes qui peuvent en bénéficier pour l'année universitaire 2010-2011. Avez-vous d'ores et déjà des estimations sur le nombre de contrats effectivement signés et leur répartition géographique ?

Pouvez-vous, en outre, nous donner des indications sur la manière dont vous allez organiser cette dégressivité du remboursement des allocations ?

Sous le bénéfice de ces précisions, je modifierai l'amendement de la commission pour procéder à une rectification rédactionnelle.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le Gouvernement est favorable à cet amendement.

Monsieur le rapporteur général, les premiers contrats d'engagement ne seront finalisés qu'à la fin du mois. Je ne suis donc pas en mesure de répondre aujourd'hui à vos questions. Mais je reviendrai vers vous pour faire le point, ce qui, bien évidemment, est très souhaitable.

Il est actuellement procédé à l'appel de candidatures. L'application de cette mesure adoptée à l'unanimité par les deux assemblées n'a donc pris aucun retard.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Le Gouvernement étant favorable à cette disposition, permettez-moi de procéder à la rectification d'ordre purement rédactionnel que j'ai évoquée, en remplaçant les mots : « dégressif est au plus égal aux » par les mots « dégressif égale au plus les ».

M. le président. Je suis donc saisi d'un amendement n° 68 rectifié, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, et ainsi libellé :

Alinéa 2

remplacer les mots :

dégressif est au plus égal aux

par les mots :

dégressif égale au plus les

Je le mets aux voix.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 36 bis, modifié.

(L'article 36 bis est adopté.)

Article 36 ter (nouveau)

- ① Le premier alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ② « Il favorise le développement des modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation. »

M. le président. L'amendement n° 430, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est M. Fischer.

M. Guy Fischer. L'article 36 ter vise à favoriser le développement des alternatives à l'hospitalisation.

L'objectif de développement de la prise en charge alternative à l'hospitalisation est inscrit dans le schéma régional d'organisation des soins. Mais, dès lors qu'il ne s'agit que d'un simple objectif, cette inscription relève plus de l'affichage que d'une réelle volonté de développement.

La déclaration reste donc générale, sans aucune prise en compte du principal levier sur lequel on devrait jouer si l'on souhaitait effectivement renforcer le secteur ambulatoire, à savoir la pratique des médecins.

De plus, il ne me semble pas que le schéma régional d'organisation des soins ait le pouvoir de faire évoluer cette pratique. C'est bien à la Haute Autorité de santé, via le recours au mécanisme des conférences de consensus, que des solutions peuvent émerger.

Par ailleurs, en matière de développement des prises en charge alternatives à l'hospitalisation, le champ des possibles est très large et les situations sont très diverses : dialyse, cataracte, actes d'endoscopie, maisons de naissance dont nous allons parler...

Madame la ministre, vous nous l'avez rappelé l'année dernière lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale : une étude menée par les autorités sanitaires américaines démontre que les risques de décès sont dix fois plus élevés en milieu libéral qu'en milieu hospitalier. À cette occasion, vous aviez exprimé de très grandes réserves sur l'opportunité de développer, en l'état actuel de nos pratiques médicales, les opérations de la cataracte en cabinet. Vous étiez, à juste titre, beaucoup moins inquiète pour la sécurité des patients insuffisants rénaux pris en charge en cabinet.

On ne peut donc pas présenter cette mesure de façon générale : il faut veiller à préciser les opérations dont on veut développer la prise en charge en ambulatoire.

Enfin, et c'est le sens de l'exposé des motifs qui accompagne cet amendement de suppression, nous considérons que l'opportunité de développer la prise en charge en ambulatoire ne doit pas relever d'une simple mesure d'économie.

Une telle disposition n'a donc pas sa place dans un projet de loi de financement de la sécurité sociale. Elle devrait figurer par exemple au sein du futur projet de loi de santé publique ou de la proposition de loi de M. Fourcade modifiant certaines dispositions de la loi HPST, laquelle doit venir en discussion en décembre, si j'en crois les déclarations de l'intéressé dans *Le Quotidien du médecin*.

En effet, avant de réfléchir à la mise en œuvre de ces opérations en cabinet, encore faut-il au préalable procéder à un travail de définition et d'évaluation.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission est défavorable à cet amendement de suppression.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 430.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 36 *ter*.

*(L'article 36 *ter* est adopté.)*

Article 36 quater (nouveau)

① Le deuxième alinéa du même article L. 1434-7 est complété par une phrase ainsi rédigée :

② « Il organise le développement des activités de dialyse à domicile. »

M. le président. L'amendement n° 431, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. Si les associations de dialysés demandent à pouvoir bénéficier d'alternatives au traitement en centre d'hémodialyse, il n'existe aucune raison de ne pas les y aider.

Toutefois, l'intérêt du malade doit avant tout primer : c'est la raison pour laquelle les aménagements possibles en matière de dialyse auraient toute leur place non pas dans un projet de loi de financement de la sécurité sociale, mais dans un texte de santé publique. En effet, l'intérêt des malades ne coïncide pas forcément avec des considérations économiques.

Aussi, avant d'inscrire une disposition visant à confier au SROS le soin de développer la prise en charge des dialysés à domicile, il convient de s'intéresser à ce qui empêche ou freine ce type de prise en charge.

Le premier frein est bien sûr lié à la pathologie, à l'âge et à la comorbidité. Si le patient souffre d'artérite – c'est assez courant dans la population ciblée –, des soins infirmiers lui sont nécessaires. Le cas n'est pas rare, car l'âge de mise en dialyse est de plus en plus élevé du fait d'une meilleure prise en charge des patients dès l'apparition des troubles précédant l'insuffisance rénale. Ainsi l'âge moyen de mise en dialyse est-il désormais de 70 ans.

Le deuxième obstacle est le choix laissé aux malades : aux termes de la loi du 4 mars 2002, il n'est pas possible d'aller contre leur volonté.

Là encore, le choix dépend de nombreux éléments : certains patients ont tout simplement peur de la machine à dialyser, car ils savent qu'une erreur d'utilisation pourrait leur être fatale. D'autres, qui sont dans la vie active, ne peuvent être dialysés chez eux : à raison de quatre heures trois fois par semaine pour une hémodialyse, réalisée la plupart du temps en présence du conjoint du fait d'un risque de perte de connaissance, ce type d'organisation n'est pas toujours possible.

Quant à la dialyse péritonéale avec machine, elle peut être réalisée la nuit... mais à condition que cette dernière dure de neuf à dix heures !

On comprend donc que le plus important pour le malade est de trouver la solution qui correspond le mieux à son âge et à sa vie et qu'il ne suffit pas de le persuader que telle ou telle technique pourrait lui permettre d'échapper à l'hospitalisation.

Enfin, la dernière difficulté tient au néphrologue qui présente aux patients, comme il en a l'obligation, les différentes techniques existantes : n'étant pas très familier des dialyses péritonéales, lesquelles, par définition, concernent les patients pris en charge en dehors de l'hôpital, il n'est pas toujours le mieux placé pour en parler.

On voit donc, mes chers collègues, qu'en aucun cas les objectifs de développement du nombre de dialyses en dehors de l'hôpital ne peuvent être décrétés : les choses sont beaucoup plus complexes et doivent rester corrélées au souhait du malade et adaptés à son mode de vie. Par ailleurs, un travail de formation du personnel soignant reste à faire.

C'est donc bien dans un texte de santé publique qu'il faudrait inscrire des propositions en matière de développement de la dialyse à domicile.

Telles sont les raisons pour lesquelles nous pensons que cet article, parfaitement inutile, doit être supprimé.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission a émis un avis défavorable sur cet amendement de suppression.

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

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

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. N'ayant pas l'impression d'avoir été suffisamment convaincant, je remets mon ouvrage sur le métier !

Si cet article, qui résulte de l'adoption d'un amendement déposé à l'Assemblée nationale, avait vraiment pour objet de promouvoir les dialyses à domicile, comme j'en ai le sentiment, il aurait sans doute fallu commencer par régler un certain nombre de points.

Aujourd'hui, pour qu'une personne âgée résidant en maison de retraite bénéficie d'une dialyse péritonéale – c'est souvent le cas puisque cette technique de dialyse s'adresse principalement à des personnes âgées –, il faut que la direction de cet établissement accepte d'inclure dans le prix de journée le coût de cette dialyse. Or un directeur avisé ne tient pas, bien évidemment, à augmenter le prix du séjour. Par conséquent, les personnes âgées, au lieu de subir une dialyse péritonéale dans leur maison de retraite, doivent inévitablement se rendre à l'hôpital pour subir cette dialyse péritonéale ou avoir recours à d'autres techniques beaucoup plus coûteuses.

Plutôt que de prévoir que le SROS « organise le développement des activités de dialyse à domicile », ce qui ne permettra certainement pas d'atteindre l'objectif fixé, pourquoi ne pas permettre que soit facturée la dialyse péritonéale en sus du prix de journée ? Selon moi, on augmenterait ainsi cette pratique de 2 % ou 3 %.

Par ailleurs, on observe des disparités considérables en matière de dialyse péritonéale, en dépit des objectifs quantifiés fixés, pour chaque territoire, auparavant par les ARH et aujourd'hui par les ARS. Malgré la volonté affichée

d'augmenter le taux de dialyse péritonéale, ces objectifs ne sont jamais respectés, ce qui – c'est encore plus grave – n'entraîne aucune sanction.

Madame la ministre, je souhaite attirer votre attention sur un dernier point, à savoir la disparité considérable du taux de dialyse à domicile, en particulier de dialyse péritonéale. Avant d'inscrire une telle mesure dans la loi, sans doute convient-il de s'interroger sur les raisons d'une telle situation. Jusqu'à une date récente, on enregistrait en Alsace et en Franche-Comté un taux de plus de 30 % de dialyses péritonéales, alors que, dans les régions du sud de la France, celui-ci ne dépasse pas les 3 % ou 4 %.

On s'aperçoit en outre que ce faible taux dépend des pratiques médicales. Ainsi la médecine libérale ne favorise-t-elle pas les dialyses péritonéales, lesquelles ne donnent lieu à aucun acte technique, puisqu'il s'agit d'une simple consultation. Il n'est donc pas de l'intérêt des médecins de faire ce type de dialyses. Par ailleurs, dans ces régions, peu de transplantations rénales sont réalisées.

Par conséquent, pour être exhaustif en ce domaine, il faut non seulement parler de la dialyse péritonéale, mais aussi de la pratique des médecins, le taux de dialyse péritonéale dépendant énormément des néphrologues responsables de cette technique.

Bref, en dépit des intentions des auteurs de cet article, celui-ci n'aura pas les effets escomptés. Il faudrait au fait agir en amont, ce que, hélas, le Gouvernement ne fait pas et ne semble pas avoir l'intention de faire.

M. le président. La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote.

M. Bernard Cazeau. Je suis assez d'accord avec les arguments que vient de développer M. Autain et qui corroborent ce que j'ai pu observer en Dordogne. Les pratiques médicales sont en effet au cœur du problème.

Pour certains, on préconise la dialyse péritonéale parce qu'elle est, semble-t-il, moins coûteuse. Toutefois, elle présente des risques et certains malades, cela vient d'être dit, s'inquiètent, pour différentes raisons, de sa mise en œuvre à domicile.

La question n'a pas été réellement tranchée par les néphrologues. Certains y sont défavorables, la considérant comme une intervention complexe et à risque, tandis que d'autres y sont très favorables. Pour ma part, je n'entrerai pas dans ce débat.

Au demeurant, j'estime qu'il n'est pas utile d'apporter une telle précision au sein du projet de loi. Chacun fera en fonction de sa pratique et de ses malades, avec la technique qui lui conviendra.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 431.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 36 quater.

(L'article 36 quater est adopté.)

Article 36 quinquies (nouveau)

① Le premier alinéa de l'article L. 5125-15 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

② « Le nombre de licences prises en compte pour l'application des conditions prévues aux deux premiers alinéas de l'article L. 5125-11 à l'issue d'un regroupement d'officines dans la même commune ou dans des communes limitrophes est le nombre d'officines regroupées. »

M. le président. L'amendement n° 560, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Alinéa 1

Rédiger ainsi cet alinéa :

La première phrase du quatrième alinéa de l'article L. 5125-15 du code de la santé publique est ainsi rédigée :

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Il s'agit d'apporter une correction rédactionnelle.

La mesure proposée à l'article 36 *quinquies* vise à décompter, dans une commune où s'établit une officine issue d'un regroupement, le nombre de licences regroupées, sans y ajouter celle de l'officine de regroupement. Elle a donc pour objet de clarifier des dispositions en vigueur dans le code de la santé ayant donné lieu à des interprétations divergentes.

Toutefois, la rédaction initiale de l'article 36 *quinquies* ne visant pas le bon aliéna de l'article L. 5125-15 du code de la santé publique, cet amendement tend à remédier à ce défaut.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Une telle nécessité de clarification n'avait pas échappé à la commission, qui avait déposé un amendement pour réparer cette erreur, laquelle nuisait à la compréhension de l'article.

Je constate d'ailleurs que, lors de l'examen de ce texte à l'Assemblée nationale, ce point avait échappé aux députés et au Gouvernement, alors que notre vigilance n'a pas été mise en défaut. Mais le Gouvernement s'est rattrapé, ce qui nous conduit à émettre un avis favorable sur cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 560.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 36 *quinquies*, modifié.

(L'article 36 quinquies est adopté.)

Article 36 sexies (nouveau)

Après le mot : « au », la fin de la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 138-9 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée : « a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique et pour les spécialités inscrites au répertoire des groupes génériques en application de la dernière phrase du b du 5° du même article. »

M. le président. L'amendement n° 70, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. L'Assemblée nationale revient à la charge pour ce qui concerne les « quasi-génériques ». Nous avons rejeté

une telle disposition l'année dernière ; nous récidivons, considérant que la notion de quasi-générique continue de soulever un certain nombre d'interrogations.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je souhaite poursuivre avec M. Vasselle le débat sur les quasi-génériques.

Effectivement, vous vous étiez opposé, monsieur le rapporteur général, pour des raisons de sécurité sanitaire, à l'article 49 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, qui visait à inscrire ces médicaments au répertoire des groupes génériques.

Je souhaite vous rassurer pleinement : l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, l'AFSSAPS, sera le seul juge de l'inscription de ces quasi-génériques au répertoire des groupes génériques. Elle ne pourra procéder à cette inscription que si ces médicaments ne présentent pas de différences de sécurité et/ou d'efficacité avec la spécialité de référence. Il s'agit donc d'une décision non pas administrative ou technocratique, mais fondée sur des motivations scientifiques liées à l'évaluation thérapeutique de ces médicaments.

On le comprend aisément, l'adoption de cet article aurait un impact significatif sur les comptes de l'assurance maladie. C'est la raison pour laquelle je plaide pour le retrait de votre amendement, monsieur le rapporteur général. À défaut, je me verrai contrainte d'émettre un avis défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Sylvie Desmarescaux, pour explication de vote.

Mme Sylvie Desmarescaux. N'étant guère au fait de cette question, j'ai pris de nombreux renseignements et, même si Mme la ministre en disconvient, je crains, comme M. le rapporteur général, que les dispositions contenues dans cet article n'aient des effets négatifs pour les patients, ce qui serait grave.

Je crains aussi qu'elles n'aient des répercussions néfastes sur l'activité industrielle. Ainsi, à Dunkerque, dans mon département, est implantée une entreprise fabriquant l'un de ces princeps, et je m'inquiète d'une possible irruption dans notre pays de produits en provenance d'Asie, dont les formulations seraient très différentes du princeps fabriqué chez nous.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Sylvie Desmarescaux soulève un vrai problème, mais je veux la rassurer. En France, chaque médicament, de sa fabrication jusqu'à sa délivrance, s'inscrit dans une chaîne strictement pharmaceutique. Cette caractéristique nous prémunit des dérives que l'on a pu observer, en effet, dans d'autres pays. Je précise une nouvelle fois que c'est l'AFSSAPS, et uniquement elle, qui attribuera la qualité de « quasi générique » à un médicament.

M. Nicolas About. Eh oui !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Pour cette raison, il est absolument impossible qu'une copie malvenue de médicament produite dans un pays en voie de développement puisse se retrouver sur le marché français.

M. Gilbert Barbier. Sauf s'il est acheté sur Internet !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Là, c'est autre chose ! Il n'y a pas que ces spécialités qui sont concernées ; c'est Internet qu'il faut sécuriser.

M. le président. La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote.

M. Bernard Cazeau. Je n'entrerai pas dans ce débat autour des « quasi-génériques » ; je voudrais simplement signaler qu'il conviendrait que ces médicaments soient de la même taille, du même calibre – rond ou ovale – que le médicament princeps.

M. Nicolas About. Ce sont les formes galéniques d'un médicament !

M. Bernard Cazeau. Les personnes âgées, notamment, se réfèrent bien souvent à l'aspect et à la couleur d'un médicament pour identifier celui qu'elles doivent prendre à tel ou tel moment de la journée et, encore récemment, j'ai pu constater que les différentes formes de présentation des médicaments étaient source d'importantes erreurs.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Nous avons souvent ce débat lorsqu'il est question des médicaments génériques. Monsieur Cazeau, vous en tant que médecin, moi en tant que pharmacien, nous avons eu l'occasion de délivrer, dans le passé, des médicaments à des personnes âgées fragiles, et nous savons bien que les différentes formes de présentation d'un médicament peuvent être source, pour ces personnes, de confusion. Mais je rappelle que la forme et la présentation d'un médicament sont des éléments de la propriété industrielle. Aussi, même si j'en comprends très bien l'utilité, je dois vous dire que la mesure que vous proposez est contraire au droit européen de la propriété industrielle.

M. Charles Pasqua. Hélas !

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Depuis que nous avons commencé à examiner les articles de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, le Gouvernement, sur deux articles différents, a fait évoluer sa position. La présente disposition n'était pas inscrite dans le texte déposé par le Gouvernement sur le bureau de l'Assemblée nationale, et ce sont nos collègues députés qui l'y ont insérée. Quand ils ont pris cette initiative, le Gouvernement n'était sans doute pas persuadé de sa pertinence. Aujourd'hui convaincu du contraire, il plaide en faveur de cette notion de « quasi-générique ».

Madame la ministre, de nombreux membres de la commission se sont interrogés sur cette notion ; j'ignore si vos explications suffiront à faire changer d'avis ceux d'entre eux qui s'étaient prononcés en faveur de notre amendement, mais, pour ma part, je n'ai pas reçu mandat pour retirer ce dernier. Par conséquent, je le maintiens.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Après avoir fourni des explications techniques, je vais maintenant avancer des arguments financiers, car il ne faut pas oublier que nous examinons un projet de loi de financement de la sécurité sociale. M. le rapporteur général sera peut-être plus sensible aux chants des sirènes financières ! Non pas que je me prenne pour une sirène... (*Sourires.*)

Sachez que, sur un seul produit, l'Inexium, la disposition que je vous propose permettrait d'économiser 25 millions d'euros.

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Le Sénat va trancher !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 70.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. En conséquence, l'article 36 *sexies* est supprimé.

Article 36 septies (nouveau)

- ① I. – La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 161-38 du même code est ainsi modifiée :
- ② 1° Après le mot : « logiciels », sont insérés les mots : « intègrent les recommandations et avis médico-économiques identifiés par la Haute Autorité de santé, » ;
- ③ 2° Après la dernière occurrence du mot : « prescription », sont insérés les mots : «, d'indiquer l'appartenance d'un produit au répertoire des génériques ».
- ④ II. – L'article L. 162-5 du même code est complété par un 21° ainsi rédigé :
- ⑤ « 21° Le cas échéant, le montant et les conditions d'attribution d'une aide à l'utilisation ou à l'acquisition d'un logiciel d'aide à la prescription certifié suivant la procédure prévue à l'article L. 161-38. »

M. le président. L'amendement n° 71, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéas 4 et 5

Supprimer ces alinéas.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission estime que les dispositions visées à cet article contribuent de façon importante à la définition des logiciels d'aide à la prescription certifiés, lesquels pourraient être un excellent moyen de diffusion des recommandations et des avis médico-économiques de la Haute Autorité de santé.

En revanche, il ne lui semble pas indispensable de prévoir que les aides éventuelles à l'utilisation et à l'acquisition du logiciel certifié puissent faire l'objet de conventions. Nous pensons en effet que l'assurance maladie souhaitera certainement développer l'usage de ces logiciels et proposera des incitations dans le cadre du fonds des actions conventionnelles prévu à l'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale.

Si, par impossible, tel n'était pas le cas ou s'il paraissait souhaitable que ces aides soient négociées dans le cadre conventionnel, il nous semble que cela pourrait se faire sans qu'il soit procédé à un ajout à la liste non limitative et déjà très longue dressée par l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

Tel est l'objet de cet amendement, dicté par le souci de ne pas alourdir les textes et par la conviction que l'assurance maladie et ses partenaires auront effectivement le souci de tout faire pour favoriser l'usage de logiciels certifiés d'aide à la prescription.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Monsieur le rapporteur général, une mesure de simplification est toujours bienvenue. Toutefois, le Gouvernement vous saurait gré de bien vouloir retirer votre amendement ; à défaut, il émettra un avis défavorable.

Nous procédons actuellement à l'installation des logiciels d'aide à la prescription. Cela constitue une véritable révolution culturelle et un vrai enjeu d'avenir. Ces logiciels sont

susceptibles de faire progresser de façon considérable l'efficacité et la qualité des prescriptions médicales. C'est pourquoi je souhaite faire figurer explicitement dans la loi la possibilité d'une aide à l'acquisition ou à l'utilisation de ces logiciels d'aide certifiés par la Haute Autorité de santé, de manière à inciter le maximum de médecins à les utiliser et à les intégrer dans leurs pratiques quotidiennes.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Pourquoi donc les aides éventuelles à l'utilisation et à l'acquisition du logiciel certifié devraient-elles faire l'objet d'une convention alors qu'elles pourraient être immédiatement financées par un fonds spécifique qui existe déjà ? C'est la raison pour laquelle la commission a déposé cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, pour explication de vote.

M. Alain Milon. Madame la ministre, est-il nécessaire ou non d'attendre la convention ? C'est tout le problème. Dans l'affirmative, je voterai l'amendement de suppression ; dans la négative, je voterai contre.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Monsieur Milon, il s'agit de technique parlementaire. Pour des raisons d'ordre juridique, pour ne pas encourir la censure du Conseil constitutionnel, il ne m'est pas possible d'inscrire dans le présent texte la seule procédure de certification : ce serait un cavalier législatif. En revanche, coupler celle-ci à une mesure de financement permet de surmonter cet obstacle juridique, de la sanctuariser et donc de rendre obligatoire la certification des logiciels. Ai-je été claire, monsieur Milon ? (*M. Alain Milon fait un signe d'acquiescement.*)

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Notre but est de rendre ce dispositif opérationnel le plus rapidement possible. Puisque Mme la ministre nous soutient que la solution qu'elle propose permettra à celui-ci d'être appliqué immédiatement, je retire mon amendement, monsieur le président. Toutefois, si le Gouvernement devait être pris en défaut, nous reviendrions à la charge.

M. le président. L'amendement n° 71 est retiré.

Je mets aux voix l'article 36 septies.

(*L'article 36 septies est adopté.*)

Article 36 octies (nouveau)

- ① La sous-section 1 de la section 1 du chapitre V du titre VI du livre I^{er} du même code est complétée par un article L. 165-10 ainsi rédigé :

- ② « *Art. L. 165-10.* – La prise en charge des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 peut être subordonnée à des conditions de validité de la prescription desdits produits ou prestations, à des modalités de délivrance des produits aux assurés et à des modalités d'exécution des prestations.

③ « Ces conditions sont définies dans le souci de la plus grande économie compatible avec la prescription médicale et peuvent notamment concerner la durée de validité de la prescription et le type de conditionnement délivré.

④ « Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. »

M. le président. L'amendement n° 72, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet article est rédigé en termes très généraux et peut concerner dans leur très grande diversité tous les dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et des prestations remboursables. Nous craignons qu'on ne puisse en inférer qu'il autorise la substitution de produits, ce qui pourrait être source de difficultés juridiques. Nous nous interrogeons donc sur l'étendue de son champ d'application. Aussi, à moins que Mme la ministre ne nous donne toutes les garanties, nous proposons au Sénat de supprimer cet article 36 *octies* afin qu'il soit possible de lui trouver une rédaction plus précise en commission mixte paritaire.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Monsieur le rapporteur général, si je comprends bien, vous n'êtes pas opposé au fond de l'article, mais vous trouvez que sa rédaction peut prêter à confusion.

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. À interprétations !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Vous souhaitez que soit mieux prise en compte la diversité des dispositifs médicaux.

La mesure que je propose à l'article 36 *octies* répond à cette préoccupation en fixant un cadre général qui pourra, en tant que de besoin, être adapté et précisé, par un décret en Conseil d'État, à la diversité des situations.

Ce décret permettra d'encadrer un certain nombre de situations. Je pense à la délivrance, en l'absence de précision sur la prescription, d'une boîte de cinquante compresses, alors que la boîte de dix aurait été suffisante ; je pense à la délivrance en une seule fois de compléments nutritionnels oraux prescrits pour trois mois alors qu'une prescription mois par mois était plus adaptée ; je pense au libre choix qui pourrait être laissé au prestataire dans l'exécution d'une prescription qui ne préciserait ni le type d'appareil aérosol nécessaire au patient ni la durée de l'aérosolthérapie.

Comme vous le constatez, les cas nécessitant un encadrement sont d'une grande variété et le dispositif que je vous propose permet de prendre en compte cette diversité grâce au renvoi à un décret. Évidemment, cette procédure réglementaire sera plus souple que la loi.

Il serait dommage de supprimer cet article ; il vaut mieux le maintenir tel quel dans le projet de loi, quitte à y revenir, si vous le pensez nécessaire, en commission mixte paritaire.

Le Gouvernement émet un avis défavorable.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Si Mme la ministre veut que nous améliorions son texte d'ici à la réunion de la commission mixte paritaire, il faut supprimer cet article en votant l'amendement de la commission.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Il est déjà très bien rédigé !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Soit nous supprimons cet article, et il restera en navette et pourra être rétabli, dans cette rédaction ou dans une autre, par la commission mixte paritaire ; soit nous le votons conforme, et, dans ce cas, il ne sera pas soumis à la commission mixte paritaire.

En outre, je ne voudrais pas que nous nous heurtions à une difficulté d'ordre juridique relative au droit de la propriété intellectuelle des marques, qui pourrait poser un problème, madame la ministre. En effet, il semblerait qu'il ne soit pas possible de prendre, par la voie réglementaire, des dispositions opposables aux marques. Aussi, mes chers collègues, je vous propose de voter cet amendement de suppression de l'article de manière que nous puissions étudier plus attentivement cette question lors de la commission mixte paritaire.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Il n'y a pas de risque sur la propriété intellectuelle !

M. le président. La parole est à M. Gilbert Barbier, pour explication de vote.

M. Gilbert Barbier. Je crois, madame la ministre, qu'il faudra régler dans le décret le problème de choix qui se pose aux pharmaciens d'officine : faut-il délivrer trois boîtes de médicaments, couvrant chacune un mois, ou une boîte pour trois mois ? C'est fondamentalement différent ! En l'état actuel, le pharmacien d'officine a intérêt, compte tenu des marges qui lui sont autorisées, à délivrer trois boîtes de médicaments pour un traitement de trois mois, plutôt qu'une seule, puisque, à partir d'un certain seuil, sa marge est supprimée.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 72.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'article 36 *octies* est supprimé.

Article additionnel après l'article 36 *octies*

M. le président. L'amendement n° 390, présenté par M. About, Mme Dini, M. A. Giraud, Mme Payet, M. Vanlerenberghe et les membres du groupe Union centriste, est ainsi libellé :

Après l'article 36 *octies*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La dernière phrase du quatrième alinéa du III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « proportionnel au revenu visé à l'article 1 A du code général des impôts et qui ne peut être inférieure à 0,4 % de ce revenu ».

La parole est à M. Nicolas About.

M. Nicolas About. L'objet de cet amendement est de rendre la franchise médicale annuelle proportionnelle au revenu net imposable.

Il s'agit, pour nous, d'un amendement de principe important, qui a vocation, certes à susciter le débat, mais aussi peut-être à provoquer un premier vote sur ce principe.

Comme nous l'évoquions en discussion générale, des réformes structurelles remettant en cause les fondements mêmes de notre système de protection sociale pourraient s'imposer maintenant à nous.

L'un de ces fondements est celui de l'universalité.

Dans notre système, tout le monde a droit aux mêmes prestations famille et santé, mais chacun y contribue en fonction de ses capacités. C'est le principe bien connu : « Chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins ».

Nous pensons bien sûr que ce principe doit être maintenu, mais que la première partie de la proposition – « chacun selon ses moyens » – peut et doit être aménagée, améliorée, rendue plus équitable.

Augmenter la participation des plus aisés et alléger celle des plus modestes est même peut-être, à terme, la condition de la pérennité du principe de l'universalité.

Le cas de la franchise médicale est emblématique.

Aujourd'hui, elle est plafonnée à 50 euros par an, que l'on touche le salaire minimum interprofessionnel de croissance – le SMIC – ou que l'on soit milliardaire.

Cette contribution au financement de notre système de santé est donc, en proportion, infiniment plus lourde dans le premier cas – les gens modestes – que dans le second, ce qui est injuste.

Nous proposons donc, par cet amendement, de la rendre proportionnelle au revenu imposable et de fixer son montant plancher à 0,4 % de ce revenu ou, si ce taux vous semble préférable, mes chers collègues, à 0,3 %.

La franchise médicale serait ainsi tout de suite allégée de près de 20 % pour les plus modestes et croîtrait ensuite, à proportion de l'aisance.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission a jugé cet amendement intéressant, à l'instar de celui qui avait été déposé par notre collègue Gilbert Barbier et que nous avons examiné un peu plus tôt.

Néanmoins, cette disposition soulève le même problème que celui que j'ai invoqué au moment de l'examen de la proposition de M. Barbier : il est difficile de conjuguer la logique de la franchise médicale par assuré et celle de l'impôt sur le revenu par foyer fiscal. Il faudrait, en amont de la décision, un échange d'informations important entre l'assurance maladie et les services fiscaux.

Le dispositif serait donc d'une relative complexité, ce qui ne signifie pas pour autant qu'il est impossible de le mettre en œuvre. Tout dépend, en fait, de la volonté du Gouvernement de s'investir dans le dossier et de le mener à bien. C'est pourquoi, me semble-t-il, la réponse appartient au Gouvernement.

La commission, quant à elle, s'en remet à la sagesse de notre assemblée.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le débat que M. About a voulu ouvrir est très intéressant. C'est, en définitive, le débat sur le bouclier sanitaire, la question posée étant clairement : faut-il que le reste à charge soit proportionnel aux revenus de l'assuré social ?

En l'état, je ne veux pas entrer dans ce débat, au demeurant tout à fait important.

Je veux simplement attirer l'attention de M. About et des cosignataires de l'amendement sur la difficulté à mettre en œuvre cette disposition sur un plan technique. Comme M. le rapporteur général l'a indiqué tout à l'heure, le croisement des fichiers de la sécurité sociale et des fichiers fiscaux est une opération très complexe, qui se heurte à des difficultés techniques et juridiques. Il implique en outre deux notions différentes : le foyer fiscal, d'un côté, l'assuré social et les ayants droit à la sécurité sociale, de l'autre.

Par ailleurs, nous disposons déjà d'un mécanisme protecteur pour les plus modestes d'entre nous – la couverture maladie universelle ou CMU – et la proposition que vous nous faites frapperait assez rapidement des assurés sociaux ayant un faible revenu.

Ainsi, le plafond de la franchise médicale serait supérieur à 50 euros dès que le salaire net imposable atteindrait 1,1 fois le SMIC, soit 1160 euros par mois. Pour une personne dont le revenu net mensuel atteindrait 1 600 euros – le revenu médian –, le montant de la franchise médicale serait de 69 euros, une somme beaucoup plus élevée que le niveau actuel de la franchise.

Pour toutes ces raisons, je pense que vous pourriez retirer votre amendement, monsieur About, après avoir lancé la discussion sur le sujet.

M. le président. La parole est à M. Nicolas About, pour explication de vote.

M. Nicolas About. Voilà plusieurs années que je présente cette proposition, y compris lors de réunions dans les ministères. On m'a toujours opposé les mêmes difficultés et expliqué qu'il fallait du temps pour y réfléchir.

Madame la ministre, je ne crois pas que la disposition pourrait frapper les gens modestes. D'une part, le taux s'applique au revenu net imposable, c'est-à-dire après déductions, et d'autre part, en cas de besoin, le taux peut parfaitement être abaissé.

En effet, la question que je pose aujourd'hui porte, non pas sur le montant du taux proposé, mais sur l'esprit d'une telle mesure, en d'autres termes le principe d'un déplafonnement en fonction des revenus, ceux-ci ne se limitant pas aux seuls revenus du travail. La base fiscale retenue pour calculer la franchise médicale du foyer serait constituée de l'ensemble des revenus et inclurait donc, entre autres, les revenus du capital.

Je ne serai pas mortellement blessé si je suis battu, (*Sourires*), mais je souhaite que le Parlement se prononce sur ce principe.

Chaque année, on m'a demandé de repousser le débat et, du coup, la question n'a jamais été traitée ni soumise au vote. Si je maintiens cet amendement, le Parlement aura l'occasion, au moins une fois, de donner un avis, même si celui-ci doit être négatif.

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

M. Guy Fischer. Notre collègue Nicolas About lance un débat important et, sur sa proposition qui vise à instituer une sorte de bouclier sanitaire, il y a beaucoup à dire.

Tout d'abord – et Mme la ministre est intervenue sur ce point ce matin –, les assurés sociaux se sont bien vite rendu compte que l'institution des franchises médicales s'était accompagnée de celle des participations forfaitaires d'un euro.

Il faut donc, me semble-t-il, faire le bilan de toutes ces dispositions, car, je le dis, c'est souvent à partir de mesures touchant tous les assurés, comme celle de M. Nicolas About, que l'on « ratisse large » et que cela « rapporte gros ».

C'est un des points qui méritent véritablement d'être pris en compte.

M. About va plus loin, en proposant d'instituer une franchise médicale annuelle proportionnelle au revenu net global imposable. Or, on se rend compte aujourd'hui que ce sont les classes moyennes, voire les classes les plus défavorisées, qui sont affectées, à travers ces franchises, par une sorte de prélèvement initial, imposé systématiquement.

Enfin, on nous explique que nous n'avons pas tous les éléments pour mettre en œuvre un tel dispositif. On peut peut-être les trouver... Ainsi, il me semble que le groupe CRC-SPG a déjà eu l'occasion de voter contre un amendement visant à rendre possible un croisement généralisé de fichiers.

Quand j'entends dire qu'on ne peut croiser tel ou tel fichier, je tiens à rappeler que la loi a déjà permis de le faire et que, à l'époque, de telles dispositions, prises au motif qu'elles répondaient à un objectif de lutte contre la fraude, nous avaient fait « hurler ».

En fait, notre collègue Nicolas About dit tout haut ce que la majorité souhaite tout bas, à savoir augmenter régulièrement et insidieusement les prélèvements sur les assurés sociaux.

Nous sommes donc opposés à cet amendement. Je m'étonne même de l'avis de sagesse exprimé par M. le rapporteur général, qui est allé bien vite en besogne : nous n'avons absolument pas tous les éléments pour circonscrire les conséquences d'une telle proposition ! (*M. François Autain applaudit.*)

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

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. En tant que membre du groupe Union centriste et, simultanément, en tant que rapporteur pour avis, j'avais déjà tenté de présenter un amendement de cette nature, voilà deux ans. On m'avait d'ailleurs objecté en commission des finances – peut-être à juste titre au regard de l'historique de notre système – que cette proposition allait à l'encontre de l'ordonnance du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale.

Mais on peut dire que, si cette législation de 1945 n'est pas morte, elle est bien moribonde !

M. Guy Fischer. Vous voulez la tuer !

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Non, monsieur Fischer, je ne veux pas la tuer ! Mais il faut savoir l'adapter au monde moderne et, aujourd'hui, nous avons besoin à la fois d'équité – je ne pense pas que cela vous dérange – et de recettes.

Madame la ministre, sans être un dangereux révolutionnaire, on peut tout de même penser qu'il y a matière à réfléchir dès lors qu'un assuré paie 50 euros de franchise médicale, qu'il soit presque bénéficiaire de la CMU ou qu'il ait des revenus cinq à dix fois plus élevés.

Aujourd'hui, nous avons la possibilité, peut-être de réduire ce plafond au bénéfice des plus modestes, assurément de demander bien plus aux plus riches. Pour ma part, je trouverais normal de payer au moins dix fois la franchise actuelle de 50 euros. Il y aurait alors une véritable solidarité, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

Par ailleurs, je suis assez d'accord avec M. Fischer sur les questions techniques et le croisement de fichiers. Mais cette piste pourrait être explorée s'il existait une véritable volonté politique.

Il appartient à M. About de maintenir ou non son amendement. Je crois qu'il aurait raison de le faire. Quoi qu'il en soit, il faudra revenir sur cette question dans les années futures.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je ne veux ni embrouiller ni prolonger le débat, mais, effectivement, si l'on s'en tient aux concepts d'égalité et de justice, on peut imaginer que les plus aisés d'entre nous obtiennent de moindres remboursements de leurs dépenses de maladie. C'est un débat qui aura sans doute lieu lors de la prochaine élection présidentielle.

En effet, le sujet est extrêmement important dans la mesure où, si un tel principe est appliqué pour la franchise, il n'y a aucune raison qu'il ne le soit pas pour la totalité des remboursements. Par conséquent, on ne peut entrer subrepticement dans ce débat.

Comprenez-moi, mesdames, messieurs les sénateurs, je ne veux pas porter un jugement de valeur sur la question à ce stade de la discussion. Je dis simplement qu'on ne peut pas entrer « en douce » dans ce débat.

Nos cotisations sont proportionnées à nos revenus, puisque 47 % des budgets de la sécurité sociale proviennent des cotisations sur les salaires, 37 % d'un impôt qui s'appelle la contribution sociale généralisée – la CSG – et 15 % des taxes affectées. Dans ce cadre, ceux qui ont des revenus supérieurs paient plus que ceux qui ont de moindres revenus.

La proportionnalité s'exerce d'abord à ce niveau-là. On peut introduire une double proportionnalité et faire qu'elle s'exerce aussi au niveau des remboursements. Mais cela viendrait contrecarrer le pacte du Conseil national de la Résistance.

Certes, on peut décider de le mettre en pièces, je ne porte pas de jugement, mais pas dans le cadre d'un PLFSS !

M. Guy Fischer. On est d'accord !

M. le président. La parole est à M. André Lardeux, pour explication de vote.

M. André Lardeux. Je suis tenté de voter l'amendement de Nicolas About, non pas que je lui trouve toutes les vertus, mais il a le mérite de poser la question du financement de notre protection sociale.

Le dogme qui consiste à dire que l'on n'augmentera pas les prélèvements pour financer la protection sociale est intenable, comme le signifie notamment cet amendement.

Il existe peut-être une solution plus simple qui consisterait à fixer une franchise proportionnelle. Nous avons proposé, au début du débat, d'augmenter la CRDS pour payer le passé et d'augmenter la CSG pour payer le présent et l'avenir.

M. Nicolas About. Oui !

M. le président. La parole est à Mme Raymonde Le Texier, pour explication de vote.

Mme Raymonde Le Texier. Je ne porterai pas de jugement sur le fond ni sur les propositions de M. Nicolas About.

Pour ce qui me concerne, je pense qu'il n'est pas possible de parler de ce seul problème, comme l'a dit Mme la ministre. Si l'on veut revoir ce type de mode opératoire, on ne peut pas ne pas réfléchir aux allocations familiales. Il faudrait se demander

si l'on continue à verser des allocations familiales à toutes les familles, y compris les plus aisées, voire les plus fortunées, ou bien si l'on décide de donner plus à ceux qui ont moins et moins à ceux qui ont plus. Et bien d'autres problèmes devraient alors être évoqués.

Un mois après mes soixante-dix ans, j'ai eu la surprise, alors que je n'avais rien demandé à personne, de recevoir une lettre du centre de chèque emploi service universel, ou CESU, m'expliquant que, dorénavant, ma femme de ménage me coûterait moins cher, grâce à mon grand âge, et que je paierais moins de charges. Pire, mon conjoint, qui vit plus souvent dans le sud de la France, et qu'une personne vient aider de temps en temps, a reçu la même lettre !

M. Guy Fischer. Privilégiés !

Mme Raymonde Le Texier. Pourtant, je vous assure que nous avons les moyens de payer l'intégralité des charges sociales du personnel qui nous aide.

D'autres inégalités flagrantes et d'autres absurdités sont à revoir avant de se demander si l'on rembourse plus ou moins les frais des personnes malades pour leur santé, en fonction de leurs revenus.

Tout cela forme un tout et mériterait un débat sérieux. (*M. Jacky Le Menn approuve.*) On ne doit pas travailler de cette façon, au coup par coup. (*Mme Patricia Schillinger applaudit.*)

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Je partage tout à fait l'impatience de M. Nicolas About face à cette situation. Ce n'est d'ailleurs pas le premier amendement de cette nature que nous examinons. Il y a eu celui de M. Gilbert Barbier, et d'autres fleuriront au fil du temps.

La solution préconisée ne permet certes pas d'aboutir immédiatement au résultat recherché mais on ne peut pas continuer à laisser prendre des initiatives tous azimuts sur la question du financement de notre système de sécurité sociale sans avoir engagé préalablement une réflexion globale.

Il est plus que temps que nous prenions nous-mêmes l'initiative si le Gouvernement ne le fait pas. Je suggère à la présidente de la commission des affaires sociales, Mme Muguette Dini, et je veux bien m'associer à son action en tant que président de la MECSS, de mettre en chantier une réflexion sur le sujet.

Depuis que j'en suis rapporteur, chaque projet de loi de financement de la sécurité sociale, est l'occasion d'amendements de cette nature. Il n'y a pas pire méthode que celle qui consisterait à prendre, au coup par coup, des initiatives, dont on mesure peut-être un peu tard les effets pervers, et à y revenir pour corriger le dispositif mis en place.

Menons une réflexion générale en prenant en compte les franchises, les différents modes de financement possibles et les recettes nouvelles ! Il existe différentes possibilités pour assurer des ressources complémentaires à notre système de sécurité sociale. Ses déficits sont, certes, d'un niveau relatif par rapport à ceux du budget de l'État. Ce n'est pas une raison pour ne pas s'y intéresser. Il est plus que temps de le faire ! D'année en année, à l'exception de la branche AT-MP, qui va renouer, semble-t-il, avec les excédents, toutes les branches sont déficitaires.

La conjoncture a accentué le niveau des déficits mais il existe un problème structurel. Certes, il s'amenuise au fil du temps mais d'une manière insuffisante. On le sait, une dynamique de la dépense en matière de santé, grâce aux progrès de la technologie mais aussi en raison du vieillissement de la population, entraînera une croissance des dépenses plus rapide que celle du PIB.

Il faudra donc à un moment donné faire le choix de recettes nouvelles, selon des modalités qui restent à définir. N'en retenons pas qu'une seule !

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Permettez-moi de citer quelques chiffres.

Premièrement, le déficit structurel de l'assurance maladie ne peut pas être comparé à celui du régime des retraites. Il est chiffré à 2 milliards d'euros. L'assurance maladie est pratiquement à l'équilibre et n'a pas besoin, pour retrouver sa bonne santé – sans jeu de mots... – de mesures aussi amples et aussi structurelles que le système de retraites.

Deuxièmement, 18 % seulement des assurés atteignent le plafond de cinquante euros. La plupart d'entre eux, plus de 80 %, paient beaucoup moins de cinquante euros de franchise annuelle. Vous trouverez ces informations dans le rapport 2010 sur les franchises.

Je ne veux pas entrer maintenant dans des débats de fond. Le Gouvernement a apporté sa pierre à cette réflexion. C'est ainsi que nous avons, sur le bouclier sanitaire, confié un rapport à MM. Raoul Briet et Bertrand Fragonard, dont chacun connaît le sérieux.

Ce rapport est à votre disposition ; il vous a été expédié. Il pourra être utile aux travaux menés par votre Haute Assemblée. Il concluait sur la grande difficulté qu'il y aurait à mettre en œuvre le bouclier sanitaire de façon juste.

M. le président. La parole est à M. Nicolas About, pour explication de vote.

M. Nicolas About. J'ai entendu Mme la ministre, j'approuve les propos de nos rapporteurs et j'ai été convaincu par l'argument de Guy Fischer, qui souhaite que les riches ne soient pas plus taxés, que le niveau de prélèvement reste identique, que l'on soit pauvre ou riche... (*Sourires.*)

M. Guy Fischer. Ne caricaturez pas, s'il vous plaît !

M. Nicolas About. C'est son argument qui a été le plus percutant. Pour donner satisfaction au groupe communiste, je retire donc mon amendement ! (*Nouveaux sourires.*)

M. le président. L'amendement n° 390 est retiré.

Article 36 nonies (nouveau)

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 est présenté tous les ans au Parlement avant le 30 septembre. Ce rapport doit permettre d'évaluer les conséquences en termes d'accès aux soins de l'application de cet article. – (*Adopté.*)

Articles additionnels après l'article 36 nonies

M. le président. L'amendement n° 360 rectifié, présenté par Mme Payet et MM. Deneux et Amoudry, est ainsi libellé :

Après l'article 36 nonies, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale est abrogé.

Cet amendement n'est pas soutenu.

Article 37

- ① I. – L'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au premier alinéa :
- ③ a) La première phrase est complétée par les mots : « ainsi que les prestations d'hospitalisation mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 pour les soins de suite ou de réadaptation » ;
- ④ a bis) (nouveau) Après la première phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée :
- ⑤ « La mise sous accord préalable des prestations d'hospitalisation pour les soins de suite ou de réadaptation est effectuée sur la base d'un programme régional établi par le directeur général de l'agence régionale de santé sur proposition de l'organisme local d'assurance maladie. » ;
- ⑥ b) La deuxième phrase est ainsi rédigée :
- ⑦ « Dans le cas où l'établissement de santé, informé par l'agence régionale de santé de la soumission à la procédure d'accord préalable du prescripteur, délivre des prestations d'hospitalisation malgré une décision de refus de prise en charge, il ne peut pas les facturer au patient. » ;
- ⑧ c) À la troisième phrase, après les mots : « sans hébergement », sont insérés les mots : « ou sans hospitalisation » ;
- ⑨ d) À la fin de la dernière phrase, les mots : « dans les mêmes conditions que celles prévues pour les pénalités applicables pour non-respect des objectifs quantifiés mentionnées à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « dans des conditions prévues par décret » ;
- ⑩ 2° Au second alinéa, les mots : « attestée par l'établissement » sont remplacés par les mots : « attestée par le médecin ou par l'établissement de santé prescripteur ».
- ⑪ II. – La procédure contradictoire à laquelle renvoie le premier alinéa de l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi s'applique pour les prestations d'hospitalisation prévues au 1° de l'article L. 162-22-6 du même code jusqu'à l'entrée en vigueur du décret prévu au premier alinéa de l'article L. 162-1-17 de ce même code dans sa rédaction résultant de la présente loi et au plus tard jusqu'au 1^{er} juillet 2011.

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements identiques.

L'amendement n° 203 est présenté par M. Leclerc, Mmes Bruguière, Sittler et Férat, MM. B. Fournier et Courtois, Mmes Malovry, Desmarescaux et Bout, MM. Cantegrit, Trillard, Milon et Gilles, Mme Rozier, MM. Cléach et Couderc et Mme Mélot.

L'amendement n° 251 est présenté par M. Fischer, Mmes David et Pasquet, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche.

L'amendement n° 332 est présenté par M. Le Menn, Mme Jarraud-Vergnolle, M. Daudigny, Mme Le Texier, MM. Cazeau et Desessard, Mmes Demontès, Campion, Alquier, Printz et Schillinger, MM. Kerdraon, Godefroy, Jeannerot, S. Larcher et Gillot, Mmes San Vicente-Baudrin et Ghali, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés.

L'amendement n° 476 rectifié est présenté par MM. Collin, Alfonsi et Baylet, Mme Escoffier, M. Fortassin, Mme Laborde et MM. Mézard, Milhau, Plancade, Tropeano, Vall et Vendasi.

Ces quatre amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Dominique Leclerc, pour défendre l'amendement n° 203.

M. Dominique Leclerc. Tout un ensemble d'éléments démontrent que l'article 37 va à l'encontre du rôle reconnu aux centres de soins de suite et de réadaptation, ou centres SSR, en tant que charnière et fluidificateur de la filière de soins.

Il convient de souligner que le dispositif prévu à cet article du projet de loi risque d'engendrer un traitement inégalitaire entre les établissements de santé publics et privés qui exercent l'activité de soins de suite et de réadaptation en cas de rejet de la demande d'entente préalable.

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, pour présenter l'amendement n° 251.

M. Guy Fischer. L'article 37 de ce PLFSS pour 2011 prévoit une procédure de mise sous accord préalable des séjours en soins de suite et de rééducation prescrits pas des établissements de médecine, de chirurgie et d'obstétrique.

Pour justifier cet article, le Gouvernement se fonde sur le fait que les pathologies qui sont traitées en cabinets de ville sont identiques à celles prises en charge en centres de soins de suite et de réadaptation, raison pour laquelle vous proposez, madame la ministre, d'opérer une sorte de « filtrage ».

Ce filtrage prendrait la forme de ces ententes préalables et serait censé permettre de différencier les prises en charge lourdes, qui relèveraient bien des centres de SSR, des prises en charge légères, qui relèveraient des cabinets de ville.

Nous considérons, madame la ministre, que cette disposition aurait pour effet de rallonger la durée de prise en charge des patients, ce qui, naturellement, n'est pas le but recherché.

Mais surtout, cette procédure apparaît inutile depuis 2006, date à laquelle la Haute Autorité de santé, la HAS, a publié des recommandations déterminant une liste d'interventions chirurgicales pour lesquelles la rééducation du patient peut être prise en charge en cabinets de ville ou en centres de soins de suite et de réadaptation.

Ces recommandations, effectuées en application de l'article L. 162-2-2 du code de la sécurité sociale, définissent les traitements chirurgicaux et orthopédiques pour lesquels la rééducation, si elle est indiquée, est réalisable en ville, dans la mesure où il n'existe pas d'incompatibilité avec le maintien à domicile du fait de complications locales, régionales ou générales, de pathologies associées ou d'isolement social.

Il suffit aujourd'hui d'observer ces analyses, d'où notre amendement de suppression.

Il s'agit en fait, par ce dispositif, de freiner d'une manière drastique l'entrée dans les centres SSR, de concourir à réduire la dépense et les possibilités, pour les patients, de bénéficier d'un traitement plus confortable.

Les séjours en hôpitaux se sont réduits rapidement, pour de multiples raisons. Cette mesure poursuit le même objectif. Les personnes âgées ou les patients qui ont été opérés devront assumer différemment leur convalescence.

M. le président. La parole est à M. Jacky Le Menn, pour présenter l'amendement n° 332.

M. Jacky Le Menn. L'article 37 de ce projet de loi a trait à la procédure d'accord préalable sur les transferts de patients des établissements de médecine, de chirurgie et d'obstétrique vers les centres de soins de suite et de réadaptation.

Si nous pouvons comprendre et faire nôtre l'objectif de régulation que vise cette disposition, nous observons également que le fait de favoriser la prise en charge de ces patients qui sortent d'établissements hospitaliers par la médecine de ville risque de déboucher sur l'inverse des effets recherchés. Ce serait regrettable !

En effet, le dispositif proposé se fonde sur la constatation suivante : les pathologies qui sont traitées en cabinets de ville sont similaires à celles prises en charge en centres de soins de suite et de réadaptation.

Dans ce contexte, l'idée de base a toujours été de procéder à un filtrage par accord préalable, ce mode opératoire permettant de différencier les deux. En outre, ce dispositif d'orientation a été basé sur les référentiels publiés par la Haute Autorité de santé.

Reste que l'extension de cette procédure risque fort de désorganiser la filière de soins, notamment du fait du rôle majeur assuré par le secteur SSR dans la chaîne sanitaire. En d'autres termes, la fluidité des transferts des hôpitaux vers les structures de soins ou de réadaptation risque d'être compromise.

Qui plus est, cette perspective est contraire à la recherche d'efficacité économique, puisqu'en attendant la prise en charge au sein de structures SSR le patient sera donc maintenu dans des services aigus qui sont plus onéreux. Et je ne parle pas des problèmes que ce maintien pose, en termes de régulation des lits de ces services...

Enfin, si nous considérons l'aval de ce dispositif, il est à craindre que cette disposition n'aboutisse à l'engorgement des cabinets médicaux et à l'essor de difficultés importantes pour gérer les attentes des patients. *In fine* ces derniers verraient la qualité de leur prise en charge nécessaire se dégrader. Ce serait pour le moins paradoxal !

Aussi, au regard des conséquences contreproductives que risque d'engendrer l'application de cette disposition, nous proposons de supprimer l'article 37. (*M. Guy Fischer applaudit.*)

M. le président. L'amendement n° 476 rectifié n'est pas soutenu.

Quel est l'avis de la commission sur les amendements n°s 203, 251 et 332 ?

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Ces trois amendements identiques sont motivés par la crainte de l'allongement des délais de prise en charge des patients.

En commission, nous avons adopté sans modification l'article 37. Celui-ci répond à la constatation, dressée par l'assurance maladie, que les recommandations de la Haute Autorité de santé relatives à la prise en charge en ville des soins de rééducation sont peu suivies. Une telle procédure n'est pas nouvelle : je vous rappelle, mes chers collègues, que sur l'initiative du Sénat les hospitalisations pour des interventions pouvant être réalisées en ambulatoire ont été mises sous entente préalable.

Cette expérience a montré que, sur le terrain, les choses ne se déroulaient pas si mal. Les établissements modifient leur pratique et ne demandent d'accord que dans les cas qui peuvent réellement justifier une hospitalisation. C'est pourquoi il n'y a pas lieu, semble-t-il, de s'inquiéter des conditions d'application de cette mesure qui, d'ailleurs, ne serait mise en œuvre que dans des cas très ciblés.

La commission suggère donc aux auteurs de ces amendements de les retirer, au bénéfice du maintien du dispositif de l'article 37.

Je relèverai tout de même l'une des motivations de ces amendements, car il s'agit d'un point auquel je ne suis pas insensible. On la trouve notamment dans l'exposé des motifs de l'amendement n° 203 de notre collègue Dominique Leclerc, qui est beaucoup plus explicite que les autres et qui permet de mieux comprendre les préoccupations exprimées par les auteurs de ces textes.

On lit notamment au dernier alinéa de cet exposé des motifs : « En effet [cette mesure] n'aurait aucune incidence financière sur les établissements publics de santé financés par dotation globale, ce qui n'est pas le cas des établissements de santé privés financés à la prestation journalière facturée. »

Nous voyons bien quelle est l'inquiétude de nos collègues : elle porte sur une éventuelle baisse d'activité en SSR dans les établissements privés. Ils craignent qu'il n'y ait un décalage dans le temps. En effet, les établissements publics étant financés de toute façon par la dotation globale, peu importe pour eux que l'activité baisse.

Il faut donc, me semble-t-il, que Mme la ministre nous apporte des précisions sur ce point qui nous paraît essentiel, car nous ne pouvons imaginer une politique de financement qui serait à deux vitesses, selon que l'on a affaire à un établissement privé ou à un établissement public.

Toutefois, l'essentiel n'est-il pas que le patient soit bien traité et que toutes ces mesures se traduisent par des économies pour notre système d'assurance maladie ?

Mme la ministre a fait valoir tout à l'heure que la part structurelle du déficit était estimée par ses services à environ 2 milliards d'euros, ce qui signifie que la dimension conjoncturelle de ce dernier, c'est-à-dire l'insuffisance de recettes suscitée par une situation économique et sociale difficile, serait de 8 milliards d'euros. Nous n'en sommes pas complètement persuadés. Nous pensons que le déficit structurel est beaucoup plus important. Nous sommes donc favorables à toutes les mesures permettant de mieux maîtriser les dépenses et de susciter des économies, et nous approuvons donc cet article 37.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Que s'est-il passé ? La Haute Autorité de santé, la HAS, a émis en mars 2006 et avril 2008 des recommandations relatives aux actes chirurgicaux et orthopédiques, pour lesquels la rééducation

peut être réalisée, avec une efficacité thérapeutique comparable, soit en SSR, soit en ville, par un masseur kinésithérapeute – sauf que, pour des soins équivalents, le coût est de 5 725 euros dans le premier cas et de 787 euros dans le second.

Mme Raymonde Le Texier. Eh oui !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cela signifie que la différence est de un à cinq selon que la prise en charge a lieu en SSR ou en ville, avec la même qualité de soins.

Bien entendu, à partir de ces recommandations de la Haute Autorité de santé, la CNAMTS, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, a lancé une importante campagne de sensibilisation auprès des prescripteurs hospitaliers, en leur demandant d'orienter les patients vers les cabinets de ville.

Malgré cela, aucun changement significatif n'a été observé chez ces prescripteurs, ce qui, naturellement, est à l'origine de surcoûts tout à fait injustifiés. En outre, on observe des disparités géographiques qui ne trouvent aucune justification. Par exemple, il y a deux fois plus de prescriptions dans les SSR en région PACA qu'en Île-de-France.

M. Guy Fischer. Eh oui.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le temps de la carotte est donc largement passé. Nous avons laissé aux prescripteurs hospitaliers le temps nécessaire pour se mettre dans les clous. L'objet de l'article 37 est donc d'inciter les prescripteurs hospitaliers à mieux respecter ces référentiels et à ne recourir aux services des SSR que lorsque l'état du patient le requiert.

Je signale que ces procédures sont parfaitement connues par les établissements, notamment en ce qui concerne la chirurgie ambulatoire, et je vous renvoie à l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale, que vous connaissez par cœur, mesdames, messieurs les sénateurs. *(Sourires.)*

M. Guy Fischer. Alain Vasselle sans doute !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Nous avons mené cette politique avec des résultats tout à fait encourageants en 2008, puisque nous avons observé une véritable dynamisation de la chirurgie ambulatoire dans les établissements qui appliquaient ce dispositif.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Il ne s'agit pas de demander une entente préalable pour toutes les prescriptions, bien entendu. Ce n'est pas du tout de cela qu'il est question !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Tout à fait.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. L'objectif, de même d'ailleurs que pour la chirurgie ambulatoire, consiste à cibler les établissements qui font véritablement preuve de mauvaise volonté et affichent les taux les plus atypiques, c'est-à-dire les plus éloignés de la moyenne, pour s'assurer que les fléchages vers les SSR sont bien motivés sur la base des recommandations émises par la HAS.

Évidemment, cette procédure ne vaudra pas en cas d'urgence et elle sera bien entendu contradictoire. Nous nous tournerons vers les établissements pour leur demander pourquoi leurs prescriptions sont systématiquement dirigées vers les SSR alors qu'ils pourraient les flécher vers les praticiens de ville.

Cette mesure aura bien entendu pour effet de favoriser une meilleure adéquation entre les pathologies dont souffrent les patients et les soins qui leur sont nécessaires.

Les établissements ne doivent pas craindre d'être contraints à une mise sous entente préalable pour chaque acte. Les discours qui leur ont été « vendus » – passez-moi l'expression, mesdames, messieurs les sénateurs – sur ce thème, sans doute par des personnes mal intentionnées ou mal informées, sont sans fondement. Il s'agit seulement d'optimiser des dépenses de l'assurance maladie pour exactement la même qualité de soins. C'est tout simple !

Par ailleurs, M. le rapporteur général s'est fait l'écho d'un certain nombre de préoccupations qui ne sont pas du domaine législatif mais que nous avons bien entendues et qui seront prises en compte lors de la prochaine campagne tarifaire.

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Très bien.

M. le président. Monsieur Leclerc, l'amendement n° 203 est-il maintenu ?

M. Dominique Leclerc. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 203 est retiré.

Monsieur Fischer, l'amendement n° 251 est-il maintenu ?

M. Guy Fischer. Oui, je le maintiens, monsieur le président.

M. le président. Monsieur Le Menn, l'amendement n° 332 est-il maintenu ?

M. Jacky Le Menn. Oui, je le maintiens, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 251 et 332.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. L'amendement n° 493, présenté par M. Milon, est ainsi libellé :

Alinéa 8

Remplacer les mots :

ou sans hospitalisation

par les mots :

ou en ambulatoire

La parole est à M. Alain Milon.

M. Alain Milon. Mes chers collègues, ce qui se conçoit bien... Vous connaissez la suite ! J'ajoute que la concision devient alors une qualité.

Je dirai donc tout simplement que je propose de supprimer le projet de mise sous entente préalable des séjours SSR dont les établissements MCO sont prescripteurs.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Je comprends bien le but de notre collègue Alain Milon, qui figure d'ailleurs dans la dernière phrase de l'objet de son amendement : « supprimer le projet de mise sous entente préalable des séjours SSR dont les établissements MCO sont prescripteurs. »

Toutefois, cette intention ne correspond pas à la rédaction de son amendement, qui vise à remplacer les mots : « ou sans hospitalisation » par les termes : « ou en ambulatoire ». En

effet, les deux expressions sont exactement synonymes ! Elles entraîneraient les mêmes conséquences, mais celles-ci ne seraient pas celles qui sont visées par l'objet de cet amendement. Ce dernier est donc inopérant dans sa rédaction actuelle. Nous pourrions l'accepter, puisqu'il ne change rien au fond, mais cela n'aurait aucun intérêt.

Je voulais simplement alerter Alain Milon, pour qu'il prévienne celles et ceux qui ont inspiré la rédaction de cet amendement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. La disposition que j'ai proposée vise toutes les situations. L'amendement présenté par Alain Milon n'est pas utile et son adoption pourrait même être à l'origine d'ambiguïtés. Le mieux serait donc de le retirer.

M. le président. Monsieur Milon, l'amendement n° 493 est-il maintenu ?

M. Alain Milon. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 493 est retiré.

L'amendement n° 333, présenté par M. Le Menn, Mme Jarraud-Vergnolle, M. Daudigny, Mme Le Texier, MM. Cazeau et Desessard, Mmes Demontès, Campion, Alquier, Printz et Schillinger, MM. Kerdraon, Godefroy, Jeannerot, S. Larcher et Gillot, Mmes San Vicente-Baudrin et Ghali et M. Teulade, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 10

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

3° Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Un rapport est établi et remis au Parlement le 1^{er} octobre 2011 concernant l'évaluation de la mesure d'accord préalable pour les activités de soins de suite et de réadaptation. Le rapport comporte l'analyse de l'impact sur le parcours de soins et la fluidité de la filière de prise en charge des patients en termes de délais de mise en œuvre des traitements et des transferts, de qualité de la prise en charge et du rapport bénéfices-risques pour le patient, ainsi que sur le coût de gestion administrative de la mesure pour les établissements concernés, les services des Agences régionales de la santé, et les organismes d'assurance maladie. »

La parole est à Mme Patricia Schillinger.

Mme Patricia Schillinger. Cet amendement s'inscrit dans une logique de recherche d'efficacité, de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre de la procédure d'accord préalable sur les transferts de patients des établissements de médecine, de chirurgie et d'obstétrique vers les centres de soins de suite et de réadaptation.

À cette fin, et compte tenu des arguments que nous avons développés précédemment, nous proposons donc, mes chers collègues, qu'un rapport soit établi et remis au Parlement le 1^{er} octobre 2011, ce qui nous permettra de l'intégrer aux travaux préparatoires à l'examen du prochain PLFSS.

Plus précisément, ce document devra comporter, notamment, une analyse de l'impact sur le parcours de soins et la fluidité de la filière de prise en charge des patients au regard tant des délais de mise en œuvre des traitements que de ceux qui sont afférents au transfert. En outre, il devra analyser les incidences sur la qualité de la prise en charge des patients,

mais aussi le coût suscité par cette procédure pour les établissements concernés et les services des ARS, ainsi que pour les organismes de santé.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Si vous le permettez, monsieur le président, je souhaiterais donner en même temps l'avis de la commission sur les amendements n° 333 et 492 rectifié.

M. le président. J'appelle donc en discussion l'amendement n° 492 rectifié, présenté par MM. Milon, P. Blanc, Laménie, J. Blanc et Revet, et ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - Un rapport est établi et remis au Parlement le 1^{er} octobre 2011 concernant l'évaluation de la mesure d'accord préalable prévu à l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale pour les activités de soins de suite et de réadaptation. Le rapport comporte l'analyse de l'impact sur le parcours de soins et la fluidité de la filière de prise en charge des patients en termes de délais de mise en œuvre des traitements et des transferts, de qualité de la prise en charge et du rapport bénéfices-risques pour le patient, ainsi que sur le coût de gestion administrative de la mesure pour les établissements concernés, les services des agences régionales de la santé, et les organismes d'assurance maladie.

La parole est à M. Alain Milon.

M. Alain Milon. Il est légitime, nous semble-t-il, de vouloir vérifier le bien-fondé de l'hospitalisation afin de maîtriser les indications de séjours dans les établissements en soins de suite et de réadaptation, les fameux SSR, comme dans les autres disciplines d'équipement.

Cela étant, et au-delà des apparences statistiques, certaines pathologies dites « simples » peuvent aussi justifier une admission en hospitalisation en raison du profil polyopathologique, des comorbidités associées, de pertes d'autonomie sévères associées ou de l'isolement géographique ou social du patient, en SSR comme en MCO.

En outre, il y a lieu de rappeler que le mécanisme de l'entente préalable à l'admission en SSR a suscité dans le passé une lourdeur administrative que la réforme de la réglementation des autorisations d'activité en SSR a voulu supprimer en 2008.

La crise sanitaire de la canicule de 2003 avait également conduit à suspendre cette logique d'entente préalable et de freins à l'admission directe en SSR, gage d'évitement de séjours en soins aigus évitables. Une réintroduction partielle peut susciter des difficultés dans la fluidité de la filière de prise en charge, donc dans la qualité de traitement global des patients.

L'amendement que j'ai cosigné avec plusieurs de nos collègues vise par conséquent à proposer une étude d'impact de la mesure introduite par l'article 36 du projet de loi de financement de la sécurité sociale, en dressant, sur une durée d'un an, le bilan bénéfice-risque pour le patient, ainsi que le bilan coût-avantage pour les établissements de santé, les services des ARS et les organismes d'assurance maladie.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur les amendements n° 333 et 492 rectifié ?

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Je comprends la préoccupation des auteurs de ces deux amendements.

Madame Schillinger, nous ne pouvons accepter en l'état l'amendement n° 333, car il vise à introduire cette disposition dans le code de la sécurité sociale, où elle n'a nullement sa place.

Monsieur Milon, votre amendement n° 492 rectifié n'encourant pas le même reproche, il est plus acceptable d'un point de vue juridique.

Toutefois, je laisserai à Mme la ministre le soin de nous expliquer comment le Gouvernement entend procéder à une évaluation du dispositif. En effet, il est clair qu'il serait intéressant, au terme d'une année d'application, de mesurer les conséquences, positives ou négatives, de cette mise sous entente préalable concernant les établissements de soins de suite.

J'ajouterai au passage que la MECSS va avoir du pain sur la planche, car nombre d'amendements, au demeurant tout à fait fondés, ont été déposés par nos collègues afin d'évaluer la mise en œuvre de maintes dispositions qui visent à réformer structurellement notre système d'assurance maladie, mais dont on ne saurait d'avance mesurer les effets. Madame la ministre, il faudrait pratiquement nous laisser une année sabbatique pour que nous puissions procéder à toutes ces évaluations !

M. Guy Fischer. C'est évident !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Pour ma part, je n'ai jamais considéré que la mission d'évaluation et de contrôle du Parlement se résumait à des questions orales avec débat ou à des questions cribles thématiques ! Évaluer et contrôler, cela suppose d'aller sur le terrain, de procéder à des contrôles sur pièce et sur place, à des auditions, d'établir un rapport et d'en débattre en séance publique.

M. Guy Fischer. Il faudrait que l'on fasse un tour de France !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Encore faudrait-il que l'on nous laisse le temps de le faire ! Or nous sommes complètement accaparés par le travail législatif : ne siégeons-nous pas parfois jusqu'à deux ou trois heures du matin ? De ce fait, le temps consacré à l'évaluation et au contrôle est réduit à sa plus simple expression et nous entendons ensuite nos administrés nous reprocher de voter n'importe quoi !

Monsieur le président, j'aimerais bien qu'un jour, en conférence des présidents, on puisse s'attaquer à ce sujet.

Cette remarque peut apparaître quelque peu collatérale, mais elle se justifie dans la mesure où nombre des amendements qui ont été déposés sont, de manière tout à fait légitime, porteurs de demandes tendant à nous permettre de remplir pleinement notre mission d'évaluation et de contrôle.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je suis tout à fait d'accord pour qu'un rapport soit établi et remis au Parlement le 1^{er} octobre 2011. Un conseiller général des établissements de santé en sera chargé. Ce travail portera sur des établissements cibles, à partir des informations recueillies par les ARS ; d'où l'avantage, d'ailleurs, de disposer de ces structures.

Nous allons fixer un certain nombre de critères relatifs à la fluidité du parcours de soins et à la prise en charge des patients en termes qualitatifs et quantitatifs.

Pour cette raison, le Gouvernement émet un avis favorable sur l'amendement n° 492 rectifié dans la mesure où ce dernier ne vise qu'à l'établissement d'un rapport ponctuel et ne prévoit pas de l'inscrire dans le code de la sécurité sociale. Cela me conduit à demander le retrait de l'amendement n° 333.

M. Jacky Le Menn. Nous le retirons, monsieur le président !

M. le président. L'amendement n° 333 est retiré.

La parole est à M. Jean-Pierre Fourcade, pour explication de vote sur l'amendement n° 492 rectifié.

M. Jean-Pierre Fourcade. Je voterai cet amendement parce qu'il faut que nous soyons informés de ce qui se passe sur le terrain.

Cependant, en allant sur le terrain, précisément, ainsi que le recommandait à l'instant le rapporteur général, je constate que les directeurs généraux des ARS sont surchargés. À l'heure actuelle, ils éprouvent des difficultés à prendre contact avec les élus et avec tous les organismes dont ils sont chargés de superviser le fonctionnement. Tous les matins, ils sont assaillis de demandes de renseignements, venant de tous les ministères.

Je crains donc que, en ajoutant de nouveaux rapports portant encore sur d'autres éléments, on ne fasse qu'accabler davantage ces malheureux directeurs des ARS.

Aujourd'hui, ils sont déjà chargés – et c'est à mon avis une tâche essentielle – de préparer les schémas régionaux et de mettre en place les communautés hospitalières de territoire, les CHT, qui commencent à fonctionner dans un certain nombre de régions.

Madame la ministre, je vous en conjure, ne les surchargez pas de tâches : ils en ont déjà de multiples et ils doivent gérer des administrations lourdes. Si nous ajoutons à leurs travaux de nouveaux rapports, ils ne parviendront pas à remplir les responsabilités de base pour lesquelles ils ont été nommés, à savoir organiser et développer de manière convenable les soins de proximité, en surveillant leur qualité.

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Très bien !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 492 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 37, modifié.

(L'article 37 est adopté.)

Article 38

- ① I. – À la première phrase du premier alinéa du I de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 28 décembre 2003), la date : « 1^{er} juillet 2011 » est remplacée par la date : « 1^{er} janvier 2013 ».
- ② II (*nouveau*). – Le dernier alinéa du II de l'article 54 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 est complété par une phrase ainsi rédigée :

③ « Un bilan de cette expérimentation est transmis pour information au Parlement avant le 15 septembre de chaque année. »

M. le président. Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 313 rectifié, présenté par MM. Barbier et Detcheverry et Mme Escoffier, est ainsi libellé :

Alinéa 1

Remplacer l'année :

2013

par l'année :

2012

La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. Il s'agit, là encore, d'un problème récurrent puisque nous le retrouvons chaque année depuis qu'a été adopté, en 2003, le principe de la procédure de facturation individuelle des hôpitaux. Il nous est une fois de plus demandé de repousser l'échéance de la mise en œuvre définitive de cette procédure : au 1^{er} janvier 2013, au lieu du 1^{er} janvier 2011.

Je comprends bien que, pour certains établissements, cela présente des difficultés techniques insurmontables. Je pense néanmoins que l'on pourrait avancer ne serait-ce que d'un an l'entrée en application de la facturation individuelle, c'est-à-dire la porter au 1^{er} janvier 2012.

M. le président. L'amendement n° 73, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 1

Remplacer la date :

1^{er} janvier 2013

par la date :

1^{er} juillet 2012

La parole est à M. le rapporteur général, pour présenter cet amendement et pour donner l'avis de la commission sur l'amendement n° 313 rectifié.

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Nous considérons que le Gouvernement pourrait « booster » la mise en place de la facturation individuelle de manière à ce que celle-ci soit effective non pas au 1^{er} janvier 2013, mais au 1^{er} juillet 2012.

On l'a compris, l'amendement n° 73 relève du même esprit que l'amendement n° 313 rectifié, que je demande donc à notre collègue Gilbert Barbier de bien vouloir retirer.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Bien entendu, je ne suis pas opposée au fait de « booster » la facturation individuelle. La mise en place de cette dernière nous permettra en effet de disposer de données détaillées sur les prestations des établissements concernés, de manière à mieux maîtriser les dépenses de santé et à simplifier les démarches qui s'imposent à tous les acteurs.

Nous avons donc mis en place, avec l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, une expérimentation du processus de facturation individuelle entre des établissements de santé volontaires, les caisses d'assurance

maladie et le réseau du Trésor public. L'expérimentation est maintenant en cours. Un chef de projet interministériel a été nommé. Un calendrier a été fixé et il est suivi.

L'expérimentation doit évidemment s'étaler sur une période suffisamment longue pour que nous puissions rassembler les éléments permettant d'en apprécier les résultats et il est impossible de mettre en œuvre la généralisation de la facturation individuelle aussitôt l'expérimentation achevée. Nous aurons au moins besoin du premier semestre de l'année 2012 pour en effectuer, dans un premier temps, l'évaluation, car ce n'est pas simple. Dans un second temps, nous devons en outre définir les modalités d'extension du dispositif au vu des résultats de cette évaluation.

Ces délais sont absolument indispensables pour mener l'expérimentation à bonne fin et faire en sorte que la généralisation du dispositif se fasse dans de bonnes conditions, notamment en ce qui concerne les systèmes d'information des établissements et leur organisation.

Dans ces conditions, fixer la généralisation de la facturation individuelle au 1^{er} janvier 2013 est déjà fort ambitieux.

À vouloir trop forcer le pas, nous risquons d'obtenir des effets contraires à nos attentes et même de déstabiliser un processus qui est aujourd'hui bien engagé, je peux en témoigner. Nous ne pourrions de toute façon pas faire mieux parce que le processus doit se dérouler complètement, et un amendement ne sera en rien susceptible de l'accélérer : il ne nous conduirait qu'à un constat d'échec.

M. le président. Monsieur Barbier, l'amendement n° 313 rectifié est-il maintenu ?

M. Gilbert Barbier. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 313 rectifié est retiré.

Monsieur le rapporteur général, l'amendement n° 73 est-il maintenu ?

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Si la majorité des membres de la commission ne s'y oppose pas, je serai conciliant avec Mme la ministre. D'autant que c'est, paraît-il, la journée de la gentillesse ! *(Sourires.)*

Cependant, pour d'autres de nos amendements, je serai moins conciliant. J'ai notamment l'intention de rester ferme sur nos positions s'agissant de ceux qui concernent la convergence, quand nous aborderons à nouveau ce thème.

Pour l'heure, j'accepte de retirer l'amendement n° 73, tout en espérant que, pour une fois, les engagements seront tenus, madame la ministre. *(Rires et exclamations sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.)*

M. Guy Fischer. Il est dur !

Mme Christiane Demontès. Tout est dit !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. En effet, les fameuses études sur la convergence ont été lancées en 2004. Mme Podeur nous avait promis qu'elles seraient rapidement réalisées. Nous sommes pratiquement en 2011 et seulement trois ou quatre études ont été menées. Toutes les autres sont annoncées pour 2012...

C'est la raison pour laquelle nous avons des raisons d'être suspicieux quant aux engagements donnés.

Cependant, madame la ministre, vous venez de prendre un engagement d'une très grande netteté et je suis persuadé qu'à la fin de l'année 2011 nous disposerons de tous les éléments nécessaires à la mise en œuvre de la facturation individuelle en 2013.

Dans ces conditions, j'accepte de retirer l'amendement de la commission : nous vous faisons crédit !

M. le président. L'amendement n° 73 est retiré.

L'amendement n° 74, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 3

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Le Gouvernement transmet au Parlement, avant le 15 septembre 2011, un rapport sur les conditions de mise en œuvre de cette expérimentation et sur ses premiers résultats. »

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Afin de tirer les leçons du retrait que nous venons d'effectuer, nous souhaitons rectifier l'amendement en modifiant la date de présentation du bilan de l'expérimentation : au lieu du 15 septembre 2011, il serait transmis au Parlement le 15 septembre de chaque année. (*Mme la ministre manifeste son incompréhension.*)

Nous souhaitons donc que le Gouvernement transmette « au Parlement, avant le 15 septembre de chaque année, un rapport sur les conditions de mise en œuvre de cette expérimentation et sur ses premiers résultats. »

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Mais à partir de quand ?

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. À partir de 2013, puisque le dispositif sera opérationnel au 1^{er} janvier 2013. Ce sera donc à partir du 15 septembre 2013.

M. Guy Fischer. Non !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Pardonnez-moi, madame la ministre : nous souhaitons simplement que vous fassiez, au 15 septembre 2011, au 15 septembre 2012 et au 15 septembre 2013, un point sur l'état d'avancement de votre étude sur la facturation individuelle. (*Mme la ministre s'exclame.*)

Vous m'avez demandé de retirer mon précédent amendement, madame la ministre ! Je suis donc obligé d'en tirer les conséquences !

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Vous avez modifié substantiellement le texte de votre amendement, monsieur le rapporteur général : j'ai donc besoin d'une petite clarification.

Si vous me dites : « À partir du moment où le dispositif est mis en place, le Gouvernement transmet au Parlement, avant le 15 septembre de chaque année, à partir de 2013... »

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ou alors « avant le 15 septembre 2012 » ? Pour être cohérents avec ce que nous venons de décider, je propose le libellé suivant : « Le Gouver-

nement transmet au Parlement, avant le 15 septembre 2012, un rapport sur les conditions de mise en œuvre de cette expérimentation et sur ses premiers résultats. »

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Madame la ministre, sauf erreur de ma part, vous venez de nous indiquer que vous lancez l'expérimentation au 1^{er} janvier 2011. Donc, ce que nous voudrions, c'est que vous nous présentiez un bilan d'évaluation au 15 septembre 2011, au 15 septembre 2012 et les années suivantes. Cela nous permettra de suivre l'avancée de l'expérimentation et ne me paraît pas insurmontable !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Franchement, nous demandons déjà aux services de préparer beaucoup de rapports !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Mme Podeur va nous faire ça ! Elle a dit qu'elle mettrait tous les moyens humains et financiers à notre service pour réaliser toutes les études que nous souhaitions. Donc il n'y a pas de problème ! (*Sourires.*)

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ne surchargez pas des agents qui font déjà beaucoup de travail dans ce domaine ! Vous savez que l'administration de la santé n'est tout de même pas pléthorique !

Écoutez, la rédaction que je vous ai proposée me semble convenable.

M. le président. Monsieur le rapporteur général, j'aimerais que vous me soumettiez un libellé définitif de l'amendement rectifié...

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Eh bien, je vais vous faire une proposition très simple : nous avons perdu suffisamment de temps sur cette question et je retire l'amendement.

M. le président. L'amendement n° 74 est retiré.

Je mets aux voix l'article 38.

(*L'article 38 est adopté.*)

Article additionnel après l'article 38

M. le président. L'amendement n° 75, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

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

I. - Dans la dernière phrase du II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, les mots : « également à la facturation des soins et de l'hébergement des patients non couverts par un régime d'assurance maladie, » sont supprimés.

II. - Le I est applicable à compter du 1^{er} mars 2011.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Les hôpitaux facturent les assurés qui ne sont pas couverts par un régime d'assurance maladie au tarif

journalier de prestation, ou TJP, qui est plus élevé que celui des GHS, c'est-à-dire les groupes homogènes de séjour, habituellement appliqué.

Cette disposition était transitoire dans le cadre de la mise en place de la tarification à l'activité, la T2A.

Or, depuis quelques années, les établissements ont beaucoup augmenté le TJP, et cela sans justification particulière. Qui plus est, l'accueil des publics précaires est couvert depuis deux ans par une dotation spécifique au sein des MIGAC, les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation. Je signale d'ailleurs que cette dotation a été financée par une baisse des tarifs des GHS.

Dans ces conditions, la commission des affaires sociales a souhaité, à tout le moins, obtenir quelques éclaircissements sur cette situation étrange en déposant un amendement de transparence puisqu'il vise à supprimer une tarification dérogatoire qui n'a plus lieu d'être.

Cette question n'est pas sans lien avec l'aide médicale d'état, l'AME, que nous avons évoquée devant vous en commission, madame la ministre.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le rapporteur général a mis cet amendement au cœur de la discussion, qui entre dans le cadre de l'examen du projet de loi de finances, sur l'aide médicale d'État, pour les soins délivrés aux patients non assurés sociaux. En effet, pour les patients assurés sociaux, la facturation des soins est établie sur la base des GHS et des tarifs journaliers de prestations. Par conséquent, on peut se demander, comme ce fut le cas en commission, si le fait de calculer les dépenses d'AME sur la base des TJP constitue le mode le plus pertinent.

Ce débat mérite une analyse approfondie.

Cependant, il serait extrêmement déstabilisant pour le secteur hospitalier de basculer aussi brutalement d'un mode de financement à un autre. Un tel changement du mode de tarification applicable aurait un effet massif sur les comptes des établissements de santé : l'économie réalisée par l'État aurait pour pendant un manque à gagner équivalent pour les établissements de santé, de l'ordre de 180 millions d'euros et de 60 millions d'euros pour l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris.

La disposition que vous proposez, monsieur le rapporteur général, opère en fait un transfert du budget de l'État vers les déficits hospitaliers. Je doute que ce soit le but visé. Au mieux, les établissements de santé les plus touchés demanderont des aides exceptionnelles pour compenser tout ou partie de cette perte de recettes. Il appartiendra donc à l'assurance maladie de supporter budgétairement une partie des économies réalisées au profit de l'État.

Or ma main droite n'ignore pas ce que fait ma main gauche ! Certes, je suis comptable des dépenses de l'État prévues dans le PLF au titre de l'AME. Pour autant, je ne peux me réjouir de réaliser des économies dans le cadre du PLF et faire fi des conséquences que cela entraîne dans le PLFSS ! C'est pourquoi il est indispensable de mesurer les effets financiers qu'entraînerait un tel changement de calcul pour les établissements de santé et pour l'État.

Avant de modifier le mode de tarification actuel, il faut se placer dans une perspective globale d'amélioration de la gestion des dépenses de l'AME et de l'efficacité de ce dispositif et des soins urgents, en ce qui concerne tant l'accès aux soins

que la juste rémunération des établissements. C'est précisément pour cela que François Baroin et moi-même avons confié une mission à l'IGAS et à l'IGF ; ses conclusions devraient rendre à la fin de ce mois.

Le rapport de cette mission nous permettra de déterminer s'il est pertinent de conserver le système actuel et, si nous décidons de basculer dans le système des GHS, d'envisager les mesures de compensation pour les établissements de santé et la façon dont s'opérera le transfert entre les comptes de l'État et ceux de l'assurance maladie.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Madame la ministre, je partage les préoccupations que vous venez d'exprimer, notamment en ce qui concerne les conséquences financières d'un tel changement pour l'assurance maladie.

Cela étant, lorsque la tarification a été mise en place, voilà trois ans, nous avons annoncé que nous nous acheminerions vers un tarif pour ce qui concerne l'AME. Il faudra y travailler.

Un rapport sera remis au Gouvernement à la fin de ce mois. Le Parlement pourra-t-il également en être le destinataire ? *(Mme la ministre acquiesce.)*

Sous le bénéfice des engagements que vous avez pris et dans la mesure où mon intention n'est pas de mettre le Gouvernement et les établissements de santé dans une situation inconfortable, je retire cet amendement. Toutefois, je souhaite que nous disposions, dès que possible, des éléments nous permettant de progresser, car cette situation ne saurait perdurer.

M. Guy Fischer. Un sacré débat en perspective !

M. le président. L'amendement n° 75 est retiré.

Article 39

- ① I. – L'article L. 1142-23 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Au neuvième alinéa (6°), après le mot : « articles », est insérée la référence : « L. 1221-14, » ;
- ③ 2° Au douzième alinéa (2°), après le mot : « articles », est insérée la référence : « L. 1221-14, » ;
- ④ 3° Au treizième alinéa (3°), les mots : « aux mêmes articles » sont remplacés par les références : « aux articles L. 1142-14 et L. 1142-15 » ;
- ⑤ 4° Au quatorzième alinéa (4°), après le mot : « articles », est insérée la référence : « L. 1221-14, » ;
- ⑥ 5° Le 7° est abrogé.
- ⑦ II. – L'article L. 1221-14 du même code est ainsi modifié :
- ⑧ 1° A (*nouveau*) Au premier alinéa, après le mot : « indemnités », sont insérés les mots : « au titre de la solidarité nationale » ;
- ⑨ 1° Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ⑩ « Il procède à toute investigation sans que puisse lui être opposé le secret professionnel. » ;
- ⑪ 2° Après le cinquième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

- ⑫ « La transaction intervenue entre l'office et la victime, ou ses ayants droit, en application du présent article, est opposable à l'assureur ou, le cas échéant, au responsable des dommages, sauf le droit pour ceux-ci de contester devant le juge le principe de la responsabilité ou le montant des sommes réclamées. L'office peut en outre obtenir le remboursement des frais d'expertise. Quelle que soit la décision du juge, le montant des indemnités allouées à la victime, ou à ses ayants droit, leur reste acquis. » ;
- ⑬ 3° L'avant-dernier alinéa est ainsi rédigé :
- ⑭ « L'action subrogatoire prévue à l'article L. 3122-4 peut être exercée par l'office, même sans faute lorsqu'elle est réalisée au titre des indemnités versées en application du présent article. » ;
- ⑮ 4° Après l'avant-dernier alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑯ « Lorsque l'office ou les tiers payeurs fondent leurs recours sur la responsabilité des structures reprise par l'Établissement français du sang en vertu du B de l'article 18 de la loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme, de l'article 60 de la loi de finances rectificative pour 2000 (n° 2000-1353 du 30 décembre 2000) et de l'article 14 de l'ordonnance n° 2005-1087 du 1^{er} septembre 2005 relative aux établissements publics nationaux à caractère sanitaire et aux contentieux en matière de transfusion sanguine, leur action subrogatoire ne peut être engagée directement que contre les assureurs de ces structures.
- ⑰ « Ces actions subrogatoires sont portées devant la juridiction administrative. »
- ⑱ III. – L'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales se substitue à l'Établissement français du sang dans les contentieux en cours à la date d'entrée en vigueur de la présente loi, au titre des préjudices mentionnés au premier alinéa de l'article L. 1221-14 du code de la santé publique, dirigés initialement par les tiers payeurs contre l'Établissement français du sang et n'ayant pas donné lieu à une décision irrévocable.
- ⑲ L'action subrogatoire de l'office au titre de ces créances s'exerce dans les conditions prévues aux huitième et neuvième alinéas du même article L. 1221-14.

M. le président. La parole est à M. Jacky Le Menn, sur l'article.

M. Jacky Le Menn. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, l'article 39, modifié à l'Assemblée nationale par quatre amendements d'origine gouvernementale, rectifie le dispositif d'indemnisation des personnes ayant contracté le virus de l'hépatite C, le VHC, à la suite d'une contamination transfusionnelle. En effet, il donne désormais la possibilité à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, l'ONIAM, chargé à la place de l'Établissement français du sang, l'EFS, de l'indemnisation des victimes au titre de la solidarité nationale, d'exercer un recours subrogatoire, même sans faute, contre les assureurs des anciennes structures de transfusion sanguine reprises par l'EFS.

Si cette disposition était définitivement votée, il en résulterait assurément une crise majeure de la responsabilité médicale. En effet, elle entraînerait *ipso facto* la disparition de la Société hospitalière d'assurances mutuelles, la SHAM, qui assurait un nombre important d'établissements de transfusion sanguine avant 1990 et pour laquelle le contentieux de la transfusion sanguine représenterait aujourd'hui une charge particulièrement importante.

Cette disposition obligerait cette société à constituer des provisions ne lui permettant plus, dès le 1^{er} janvier 2011, de poursuivre ses activités d'assurance. Or la SHAM est aujourd'hui le premier assureur de responsabilité médicale en France. Elle assure plus de 60 % des lits de MCO – médecine, chirurgie, obstétrique –, avec 80 % des établissements publics de santé MCO, 27 % des établissements de santé privés et plusieurs centaines de professionnels de santé libéraux exerçant dans des spécialités à risques.

Cette disposition entraînerait également la désaffection prévisible d'une majorité d'assureurs et de réassureurs intervenant sur le marché de la responsabilité médicale, en raison de l'absence de sécurité juridique du secteur, qui se caractérise par des engagements pris sur le long terme.

Il serait donc totalement inéquitable, aujourd'hui, pour tenir compte des contraintes budgétaires des comptes publics et de l'assurance maladie, de mettre à la charge des assureurs de responsabilité civile des anciens centres de transfusion sanguine les conséquences financières d'un guichet d'indemnisation ouvert au titre de la solidarité nationale et, pour cela, de récrire des règles de droit ayant un effet rétroactif sur les contrats d'assurance conclus à l'époque.

Au-delà du cas des contaminations transfusionnelles, ce dossier est exemplaire en ce qu'il illustre les difficultés que rencontrent plus généralement les assureurs et leurs réassureurs pour couvrir les risques de responsabilité médicale, en raison du changement constant du cadre juridique, qu'il soit le fait de la jurisprudence ou du législateur. Or la stabilité est indispensable pour gérer et porter les engagements concernant des risques pouvant se manifester sur le long terme.

En l'occurrence, l'article 39 du PLFSS remet en cause sur le plan juridique et financier la portée des garanties données par les assureurs voilà plus de vingt ou trente ans pour les activités de soins accomplies à l'époque ! Un tel projet ne peut que confirmer la désaffection de la majorité des assureurs pour l'assurance de la responsabilité civile médicale et provoquer le départ de ceux, déjà si peu nombreux, qui s'intéressent encore à la protection des professionnels et des organisations de santé.

Il convient de rétablir, au niveau de l'action subrogatoire de l'ONIAM, une logique de responsabilité tenant compte des mécanismes indispensables au fonctionnement de l'assurance.

Enfin, les dispositions envisagées encourent la critique sur le plan juridique, tant devant le Conseil Constitutionnel que devant la Cour européenne des droits de l'homme, notamment en raison de l'atteinte au principe de sécurité juridique.

Il faudrait, me semble-t-il, reprendre les dispositions prévues par l'article 67 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 du 17 décembre 2008 et calquer l'action subrogatoire de l'ONIAM et des tiers payeurs en matière d'indemnisation des victimes du VHC sur celle qui est actuellement prévue par l'article L. 3122-4 du code de la santé publique en matière de contamination par le VIH : l'Office ne peut engager d'action au titre de cette subrogation que lorsque le dommage est imputable à une faute.

Cette modification répondrait par ailleurs à la volonté exprimée dans l'exposé des motifs du PLFSS adopté en conseil des ministres : « La rédaction des dispositions en cause est en outre harmonisée avec celle retenue en matière d'indemnisation des victimes de préjudices résultant de contaminations par le virus d'immunodéficience humaine. »

Je souligne de nouveau que, paradoxalement, l'article 39, dans la rédaction résultant des amendements du Gouvernement votés par l'Assemblée nationale, prévoit exactement l'inverse s'agissant de l'action subrogatoire.

Toujours est-il que, dans un souci de sécurité juridique et de stabilisation de l'assurance de responsabilité civile médicale, une modification de cet article me paraît indispensable afin de stabiliser les règles juridiques et de réaffirmer, comme pour les contaminations par le VIH, que l'ONIAM ne peut exercer d'action subrogatoire qu'en cas de preuve d'une faute.

M. le président. L'amendement n° 596, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

I. - Alinéas 6 et 8

Supprimer ces alinéas.

II. - Alinéa 12

Rédiger ainsi cet alinéa :

« La transaction intervenue entre l'office et la victime, ou ses ayants droit, en application du présent article, est opposable à l'assureur, sans que celui-ci puisse mettre en œuvre la clause de direction du procès éventuellement contenue dans les contrats d'assurance applicables, ou, le cas échéant, au responsable des dommages, sauf le droit pour ceux-ci de contester devant le juge le principe de la responsabilité ou le montant des sommes réclamées. L'office et l'établissement français du sang peuvent en outre obtenir le remboursement des frais d'expertise. Quelle que soit la décision du juge, le montant des indemnités allouées à la victime, ou à ses ayants droit, leur reste acquis. »

III. - Alinéas 13 à 19

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cet amendement vise à mettre en place une « tuyauterie » un peu complexe, mais qui n'a – c'est le plus important – aucun impact sur l'indemnisation des victimes.

Depuis l'adoption de l'article 67 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, les victimes de contaminations par le VHC causées par une transfusion de produits sanguins ou une injection de médicaments dérivés du sang sont indemnisées des affections iatrogènes et des infections nosocomiales par l'ONIAM, qui reçoit une dotation de l'EFS pour couvrir les dépenses. Cet article est entré en vigueur au mois de juin 2010, les décrets d'application nécessaires étant parus au mois de mars de cette même année.

Le dispositif garantit ainsi pleinement l'indemnisation amiable des victimes, qui est en outre accélérée.

Le dispositif fonctionne de la façon suivante : l'ONIAM reçoit les demandes d'indemnisation des victimes et a six mois pour faire une offre amiable. Si la victime accepte, l'ONIAM l'indemnise, puis se fait rembourser par l'EFS.

Avec l'article 39 du présent PLFSS, le Gouvernement a souhaité compléter et simplifier ce dispositif.

Tout d'abord, il entend redonner des bases légales à des dispositions qui avaient été initialement prévues dans le décret en Conseil d'État pris pour l'application de l'article 67 et qui avaient été disjointes par le Conseil d'État, notamment la possibilité pour l'ONIAM de ne pas se voir opposer le secret médical.

Il fallait également que la transaction amiable conclue entre l'ONIAM et la victime puisse être, du moins sur son principe, opposable aux assureurs : cette disposition figurait aussi dans le projet initial de décret en Conseil d'État.

Ensuite, il paraît souhaitable de simplifier les flux financiers entre les différents acteurs, EFS, ONIAM, assurance maladie ; j'ai parlé de « tuyauterie », mais je ne suis pas allée jusqu'à évoquer une « usine à gaz »... (*Sourires.*)

Il est prévu que la procédure se déroule en trois temps. Premièrement, l'instruction des demandes d'indemnisation a lieu dans un délai de six mois maximum avant l'indemnisation des victimes par l'ONIAM. Deuxièmement, l'EFS rembourse l'ONIAM. Troisièmement, l'EFS fait jouer ses garanties d'assurance, comme il le faisait auparavant.

L'article 39, tel qu'il a été adopté par l'Assemblée nationale, prévoit ainsi de substituer l'ONIAM à l'EFS dans les droits que tenait l'EFS des anciens établissements de transfusion sanguine par rapport aux assureurs. Il était donc proposé d'établir une liaison directe entre l'ONIAM et les assureurs des anciens centres, notamment afin que l'EFS puisse se consacrer à son cœur de métier.

Cependant, afin de bien mesurer toutes les implications de ce second aspect de l'article 39 et, après analyse, le Gouvernement a préféré prendre le temps de la concertation avec les différents acteurs concernés.

Cet amendement a donc pour objet de maintenir uniquement les dispositions tendant à améliorer le fonctionnement du dispositif sur le secret professionnel et l'opposabilité de la transaction, en rétablissant la base légale de ces dispositions.

En conséquence, cette nouvelle version de l'article 39 ne modifie plus les flux financiers entre l'EFS et l'ONIAM : la dotation de l'assurance maladie à l'ONIAM sera revue à la baisse, une dotation étant créée à due concurrence au bénéfice de l'EFS, ainsi que le prévoit l'article 45 du présent PLFSS.

Le Gouvernement engagera dès les prochaines semaines des discussions avec l'ensemble des acteurs pour aboutir aux évolutions initialement envisagées.

Cette « tuyauterie », qui permet la concertation, n'a d'incidence ni sur le montant de l'indemnisation des victimes, je le répète, ni sur les procédures qui sont clairement fixées dans les textes législatifs et réglementaires.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Le moins que l'on puisse dire, c'est qu'entre le dépôt du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 et son examen en séance publique au Sénat nous avons assisté à un pas de danse un peu surprenant de la part du Gouvernement !

En effet, comme l'a rappelé Mme la ministre, un certain va-et-vient législatif a eu lieu puisque, à l'Assemblée nationale, le Gouvernement a jugé opportun d'amender le texte initial du PLFSS, avant de nous proposer finalement – peut-être ces

modifications avaient-elles suscité des réactions ici ou là – de revenir au dispositif initial en ce qui concerne les flux financiers, tout en maintenant les dispositions visant à sécuriser juridiquement l'indemnisation des victimes et à introduire le caractère d'opposabilité.

Je rappelle à nos collègues que la version initiale du texte visait à améliorer la procédure en déchargeant l'EFS des recours qu'il exerce encore contre les assureurs des anciens centres de transfusion sanguine. Cette rédaction soulevait de graves problèmes, car elle limitait les recours de l'ONIAM aux cas de faute, alors même que ces recours peuvent aujourd'hui être exercés par l'EFS en l'absence de faute.

M. Jacky Le Menn. Oui !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. En l'état actuel du droit, sans tenir compte de la rédaction issue de l'Assemblée nationale, les recours ne nécessitent aucune faute.

En outre, par cette rédaction, l'ONIAM devenait coresponsable du dommage, ce qui est contraire au principe de solidarité nationale en vertu duquel il intervient.

C'est pourquoi le Gouvernement a souhaité apporter plusieurs modifications au texte lors de son examen par l'Assemblée nationale.

Il nous propose maintenant une nouvelle rédaction de cet article, de manière à ne conserver que les améliorations apportées à la procédure d'indemnisation, en renonçant à transférer à l'ONIAM les missions de l'EFS. On revient donc bien à la case « départ » pour ce qui est des flux financiers.

Corrélativement, le Gouvernement nous propose de diminuer la dotation d'assurance maladie à l'ONIAM, les sommes correspondantes devant retourner à l'EFS.

Il me paraît souhaitable, pour l'avenir, que des articles de cette importance fassent l'objet, avant leur dépôt, d'une préparation plus approfondie. En effet, sur le fond, cet amendement aura pour effet de maintenir la situation actuelle : l'ONIAM indemnise les victimes et sera remboursé par l'EFS, qui exercera les recours à l'encontre des assureurs des anciens centres de transfusion sanguine de la même façon qu'aujourd'hui, avec ou sans faute.

J'observe, après avoir écouté attentivement la présentation de cet amendement, que le Gouvernement partage cette analyse.

Sous les réserves que je viens de formuler, la commission est favorable à cet amendement. J'espère que, malgré la complexité du sujet, l'on saura désormais éviter autant que possible les allers et retours de cette nature, qui démontrent le zèle du Gouvernement à étudier les dossiers, mais ne facilitent guère la tâche du Parlement.

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

M. Guy Fischer. Ce dossier est effectivement d'une grande complexité. C'est pourquoi notre avis, malgré l'expertise que nous avons pu recueillir, devra peut-être faire l'objet de rectifications. Néanmoins, nous souhaitons faire part de notre point de vue.

L'amendement du Gouvernement vise à revenir sur la rédaction actuelle de l'article 39 du PLFSS, lequel a déjà fait l'objet d'une importante modification à l'Assemblée nationale.

Pour notre part, nous étions favorables à la rédaction issue de l'Assemblée nationale puisqu'elle présentait un double avantage.

Tout d'abord, elle permettait de clarifier les mécanismes d'indemnisation et de remboursement. Il est en effet logique que l'on applique aux cas de contamination par transfusion à l'hépatite C les mêmes mécanismes d'indemnisation que pour l'ensemble des erreurs médicales, à savoir le remboursement par l'ONIAM, par ailleurs autorisé à engager une action récursoire contre les assureurs des professionnels de santé ou des établissements. On notera ici la présence discrète des assureurs, qui agissent à l'arrière-plan.

Or ce que vous nous proposez maintenant, madame la ministre, est plus complexe : indemnisation par l'ONIAM, remboursement par l'EFS, lequel peut alors engager une action récursoire. À nos yeux, cela n'est pas satisfaisant. En effet, il serait logique que celui qui indemnise puisse demander directement le remboursement.

Ensuite, la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale permettait de bénéficier d'une indemnisation même en cas de contamination sans faute. Le nouveau mécanisme est beaucoup moins clair pour les patients contaminés, même s'il est vrai qu'ils sont de moins en moins nombreux – et c'est tant mieux – à demander l'indemnisation, étant entendu que, à terme, de telles contaminations devraient disparaître.

Nous voterons donc contre cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, pour explication de vote.

M. Alain Milon. Nous voterons l'amendement du Gouvernement, mais je regrette que cet article 39 ait été adopté à l'Assemblée nationale.

Cet article, en effet, comme l'a dit M. Le Menn en reprenant l'argumentaire du SHAM, revient sur l'article 67 de la loi du 17 décembre 2008, qui visait à faciliter l'indemnisation du plus grand nombre de victimes en évitant, de la part de ceux-ci, le recours au juge.

Cet objectif semble avoir été atteint puisque, selon l'ONIAM, 830 dossiers de contentieux lui ont été transférés par l'EFS. En outre, il aurait ouvert, au 11 octobre 2010, 550 dossiers amiables. Toujours selon l'ONIAM, la moyenne s'établit donc aujourd'hui à une quarantaine de dossiers par semaine. Le succès du dispositif visant à créer un guichet pour l'indemnisation des personnes contaminées par le virus de l'hépatite C induit des conséquences budgétaires qui auraient, semble-t-il, entraîné le vote de l'article 39 à l'Assemblée nationale.

De tels articles, qui reviennent sur des lois votées il y a deux ans à peine, nuisent considérablement à la sécurité juridique et entraînent une déstabilisation de l'assurance de la responsabilité civile médicale. Nous souhaitons donc vivement que des articles de ce genre ne nous soient pas soumis aussi souvent.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 596.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 39, modifié.

(L'article 39 est adopté.)

Article additionnel après l'article 39

M. le président. L'amendement n° 335, présenté par M. Le Menn, Mme Jarraud-Vergnolle, M. Daudigny, Mme Le Texier, MM. Cazeau et Desessard, Mmes Demontès, Campion, Alquier, Printz et Schillinger, MM. Kerdraon, Godefroy, Jeannerot, S. Larcher et Gillot, Mmes San Vicente-Baudrin et Ghali et M. Teulade, est ainsi libellé :

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

Après l'article L. 6122-18 du code de la santé publique, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Art. ... - Un régime d'autorisation expérimental est mis en place par les agences régionales de santé sur la base du volontariat, de manière à constituer au sein des territoires de santé des plateaux d'imagerie complets, mutualisés, faisant intervenir des équipes spécialisées. »

La parole est à Mme Annie Jarraud-Vergnolle.

Mme Annie Jarraud-Vergnolle. Le régime d'autorisation pour appareil en imagerie est devenu un dispositif par exception, qui ne répond pas aux objectifs de régulation attendus. On constate en effet, pour certains équipements, une sous-activité faute de professionnels en nombre suffisant pour les faire fonctionner. À l'inverse, pour certains examens, il y a surutilisation d'équipements coûteux et inadaptés.

En outre, dans son rapport de 2010 sur la sécurité sociale, la Cour des comptes met en avant des inégalités persistantes entre régions en matière d'équipements. Il y a ainsi une IRM pour 456 nouveaux cas de cancer en Île-de-France, contre une IRM pour 970 nouveaux cas dans les Pays de la Loire.

À terme, ces phénomènes, conjugués à la baisse prévisionnelle des effectifs de professionnels – d'environ 25 % à horizon 2025, d'après l'Observatoire national des professions de santé – s'avèrent préoccupants. Ils illustrent la nécessité de modifier le régime d'autorisation, afin de mieux répondre aux objectifs sanitaires.

Selon la Cour des comptes, dans la mesure où « il n'assume pas son rôle de régulation, l'objectif du régime des autorisations n'est plus de garantir l'égalité de soins mais de contribuer à la maîtrise des dépenses de santé ; il se trouve finalement au service d'une politique de contingentement de l'accès aux soins pour les patients ».

Le dispositif expérimental de plates-formes communes d'imagerie aurait l'avantage d'instaurer une régulation « raisonnable », s'appuyant sur la volonté de dépasser le clivage ville-hôpital en exploitant mieux leurs complémentarités. En outre, il permettrait d'optimiser l'utilisation des installations de manière à répondre aux besoins définis dans les différents plans de santé publique, notamment le Plan cancer et le dispositif de prise en charge des accidents vasculaires cérébraux.

Il était déjà en germe dans la circulaire d'avril 2002 relative au développement de l'imagerie en coupe, qui prévoyait de privilégier les demandes d'autorisation associant un nombre significatif de radiologues, tant hospitaliers que libéraux, dans le cadre d'une structure de coopération adaptée. Il s'agissait d'intégrer la contribution des différents partenaires à la continuité des soins.

Le dispositif envisagé répondrait aux préoccupations exprimées par les professionnels dans la mesure où il correspond aux propositions faites par la Fédération nationale des médecins radiologues, la Société française de radiologie et le Syndicat des radiologues hospitaliers de constituer des pôles sectoriels d'imagerie médicale, ou POSIM. Fondé sur un projet médical commun, le POSIM vise à assurer le fonctionnement d'un plateau d'imagerie complet et diversifié, de taille suffisante, mutualisé, tout en assurant la radiologie de proximité.

Le dispositif permettrait également aux radiologues publics de bénéficier de rémunérations attrayantes, en fonction de leur activité, qui serait décomptée de leur temps hospitalier. Ceci contribuerait à leur fidélisation et, au-delà, à l'attractivité des carrières hospitalières.

Un cadre expérimental et un accompagnement spécifique s'avèrent nécessaires pour résoudre les difficultés auxquelles se heurtent les coopérations actuellement mises en œuvre, tant du fait des distorsions de tarification entre secteurs qu'en raison des différences de statut des professionnels impliqués. Il est donc proposé d'organiser la mise en œuvre expérimentale de plateformes d'imagerie.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. C'est là une suggestion intéressante. Ce dispositif mériterait effectivement d'être expérimenté. Cependant, la rédaction de l'article additionnel est insuffisamment précise, et je crains qu'il ne soit peu opérationnel. Cette rédaction mériterait donc sans doute d'être revue.

Il s'agit ici d'adopter le principe de ce type d'expérimentations. Il conviendrait évidemment d'en définir ensuite les modalités. Est-ce que cela doit être fait par la loi ou par décret ? Je l'ignore. Mais nous attendons avec intérêt la réponse du Gouvernement et nous en remettons à son avis.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Mme Jarraud-Vergnolle pose un bon diagnostic, mais le traitement qu'elle propose ne me paraît pas être le plus adéquat. En effet, les enjeux en matière d'imagerie portent sur la juste utilisation des appareils et l'efficacité des organisations des offreurs de soins. La régulation repose de fait sur des efforts de mutualisation des ressources médicales.

Il appartient aux ARS de définir le maillage territorial, avec une gradation des plateaux d'imagerie, évaluant les moyens nécessaires, notamment sur la base d'une coopération, de manière à répondre aux besoins et à assurer la permanence des soins. Bien entendu, dans le cadre des futurs SROS et PRS, l'ARS va mobiliser les moyens permettant de répondre aux objectifs nationaux d'amélioration de l'accès à l'imagerie médicale.

Une réflexion est en cours sur l'évolution du régime d'autorisation des équipements matériels lourds d'imagerie médicale – IRM, scanner, TEP – sous la forme d'une autorisation d'activité de soins ou de plateau d'imagerie. L'idée est de permettre de regrouper dans une même autorisation plusieurs équipements déterminés en fonction du niveau de plateau requis, en lien avec la gradation de l'offre territoriale de soins en imagerie.

Nous souhaitons favoriser la complémentarité, la substitution entre les techniques d'imagerie et la mutualisation des moyens et des équipes. Cette démarche d'élaboration d'un nouveau cadre réglementaire des conditions d'implantation

applicables à l'imagerie – dispositions qui font actuellement défaut pour les équipements lourds – devrait aboutir à court terme, à horizon 2011-2012.

Compte tenu de ces perspectives extrêmement proches, il n'est pas envisagé de mettre en place un régime expérimental d'autorisation. La démarche que je vous propose permettra d'avancer à partir du diagnostic que vous avez établi, madame la sénatrice, et que je partage complètement. Je suis donc défavorable à votre amendement.

M. le président. La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote.

M. Bernard Cazeau. L'idée présentée par Mme Annie Jarraud-Vergnolle me paraissait intéressante. Madame la ministre, vous nous en présentez une autre : j'espère qu'elle se concrétisera rapidement.

Pour l'instant, en effet, le mode de délivrance des autorisations est pour le moins curieux.

Je vous donne un exemple, observé dans une région que je connais bien, l'Aquitaine, mais qui doit se retrouver ailleurs dans notre pays : s'agissant des autorisations d'implantation d'un appareil IRM qui ont été délivrées récemment, la Gironde, forte de 1 300 000 habitants, s'est vue attribuer six appareils, alors qu'elle était déjà bien pourvue en la matière, tandis que la Dordogne, qui compte 410 000 habitants, en a reçu un seul. Or, dans ce département, le délai pour obtenir un rendez-vous pour un examen par IRM est actuellement de deux mois. De ce fait, les Périgourdiens qui en ont besoin doivent se rendre en Gironde, ce qui n'est tout de même pas très pratique !

J'aimerais bien comprendre comment fonctionne le système d'attribution des autorisations d'implantation d'IRM. L'ARS, à laquelle je m'en suis ouvert, m'a indiqué que la gestion des autorisations s'effectuait à l'échelon national.

Vous nous promettez une amélioration, madame la ministre. Toutefois, quand on sait qu'il faut environ un an et demi pour installer un appareil d'IRM, on se dit qu'en Dordogne les habitants vont devoir patienter et prendre leur voiture pendant encore assez longtemps pour aller passer des examens d'IRM en Gironde, en cas d'urgence.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Voici le calendrier : nous avons entamé voilà un mois la réflexion sur ces nouvelles modalités, ce qui signifie que la réflexion est commencée. Elle devrait aboutir dans le courant de 2011.

Il faudra évidemment mettre au point un certain nombre de textes pour finaliser cette réflexion.

Le sujet, je le rappelle, est lourd et complexe. Nous sommes confrontés à deux problèmes.

Premièrement, il s'agit de matériels lourds, que les fabricants n'ont pas la possibilité de livrer dès réception de l'autorisation. Ils demandent un certain délai de livraison.

M. Guy Fischer. Le marché est très concentré et il n'y a que quelques fabricants.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Absolument ! Il s'agit d'un marché extrêmement restreint et le ministère de la santé ne peut rien y faire !

Deuxièmement, derrière les appareils, il faut des radiologues et des médecins. Nous retrouvons là un problème dont nous avons déjà largement débattu.

S'il suffisait que la ministre de la santé donne une autorisation pour faire en sorte que l'appareil soit livré et qu'il y ait un radiologue derrière, les choses seraient beaucoup plus faciles !

M. le président. La parole est à M. Alain Houpert, pour explication de vote.

M. Alain Houpert. En tant que radiologue professionnel, je considère que cet amendement part d'un constat juste et qu'il est bienvenu.

Il faut savoir que la France se situe encore au niveau de la Turquie dans le domaine de l'imagerie lourde.

Cet amendement mériterait sans doute d'être détaillé. Le nombre des autorisations est actuellement fonction de la population. Il devrait dépendre, à mon sens, de la population des radiologues.

En outre, l'avènement de la télémédecine permettra, me semble-t-il, un rééquilibrage entre les territoires.

J'ajoute, enfin, que les autorisations, même si elles sont régionales, sont inadaptées aux territoires, car elles ne sont pas en empathie avec ces derniers.

Je voterai donc cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 335.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 39. *(M. Guy Fischer applaudit.)*

Article 39 bis (nouveau)

À la première phrase de l'article L. 1142-21-1 du même code, après le mot : « réanimation, », sont insérés les mots : « ou lorsqu'une sage-femme, régie au moment des faits par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-9 du même code, et exerçant dans un établissement de santé, ». – *(Adopté.)*

Articles additionnels après l'article 39 bis

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 437 rectifié est présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche.

L'amendement n° 497 est présenté par M. Milon.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

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

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

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

La parole est à Mme Annie David, pour présenter l'amendement n° 437 rectifié.

Mme Annie David. Les inégalités territoriales au regard de la santé sont une réalité que subissent nos concitoyennes et concitoyens, au même titre, semble-t-il, que les inégalités sur le plan matériel.

Cette réalité nous incite à nous interroger sur notre capacité à assurer l'égal accès de tous à la santé.

À ces inégalités s'ajoutent celles que vous avez vous-mêmes citées, madame la ministre.

Dans mon propos, je m'attacherai à évoquer les inégalités géographiques et territoriales dans le domaine de la santé.

En effet, si chacun sait que l'espérance de vie d'un ouvrier est inférieure de dix ans à celle d'un cadre, on oublie régulièrement que plus de dix ans d'espérance de vie à la naissance séparent les populations des zones d'emploi du nord et du sud de la France. Autrement dit, comme le souligne l'économiste Sylvain Allemand, « un ouvrier de Toulouse vivra en moyenne nettement moins longtemps qu'un cadre supérieur de son entreprise, mais un peu plus longtemps que son collègue de Tourcoing ».

Madame la ministre, le 11 janvier dernier, à l'occasion du colloque « Réduire les inégalités de santé », vous disiez que « le temps n'est plus simplement au constat, mais à l'action ». Vous ajoutiez : « Pour être plus justes dans leurs effets, les actions engagées doivent être mieux ciblées. ». Je partage ces propos.

En effet, c'est précisément ce que nous proposons avec cet amendement, qui tend à moduler la régulation prix-volume, en intégrant dans le texte une disposition visant à corriger, sous l'égide des ARS, les inégalités entre régions.

Il n'est pas logique qu'actuellement le système de régulation prix-volume s'applique sans tenir compte ni du périmètre du tarif, ni de la nature des activités au sein du champ médecine-chirurgie-obstétrique, ni des indicateurs de santé.

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, pour présenter l'amendement n° 497.

M. Alain Milon. Monsieur le président, les arguments présentés par M. le rapporteur général m'ayant convaincu, je retire cet amendement.

M. le président. L'amendement n° 497 est retiré.

Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 437 rectifié ?

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Les disparités territoriales constituent, à l'évidence, un sujet important.

Toutefois, l'adoption de cet amendement aboutirait à ce que l'ensemble des tarifs soient différenciés selon les régions. Ce serait une réforme majeure, dont je ne suis pas du tout sûr qu'elle soit souhaitable.

En tout cas, comme le disait Jean-Pierre Fourcade, compte tenu travail qu'ont déjà les ARS, mieux vaut laisser la réforme HPST se mettre en place ; nous verrons ensuite s'il y a lieu d'évoluer vers une régionalisation des tarifs !

À ce stade, l'avis de la commission est donc plutôt défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Vous êtes vous-même, cher Alain Milon, issu de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

M. Alain Milon. Je vous remercie de ne pas recourir, cette fois, à l'acronyme PACA! (*Sourires.*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je vous présente toutes mes excuses pour l'avoir fait tout à l'heure! (*Nouveaux sourires.*)

Quoi qu'il en soit, le cas de votre région montre bien que le niveau régional n'est absolument pas pertinent, eu égard à l'évidente hétérogénéité des territoires qui la composent : les indicateurs de santé publique de la côte n'ont véritablement rien à voir avec ceux de l'arrière-pays varois ou du haut pays niçois. Par conséquent, une modulation selon des indicateurs régionaux n'aurait guère de sens.

Plutôt qu'une régulation prix-volume, qui est d'ailleurs potentiellement très déstabilisante pour les établissements de santé, le Gouvernement privilégie des mesures préventives, comme une estimation plus réaliste des besoins hospitaliers au moment de fixer l'ONDAM et des mises en réserve de crédits budgétaires en début d'exercice.

Une telle démarche me paraît moins déstabilisante et plus opérationnelle que celle qui est proposée par les auteurs de l'amendement n° 437 rectifié. D'ailleurs, l'amendement n° 497, qui allait dans le même sens, vient d'être retiré par M. Alain Milon, qui a sans doute bien perçu les difficultés de cette ténébreuse affaire...

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 437 rectifié.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 315 rectifié, présenté par MM. Barbier, Collin, de Montesquiou et Detcheverry et Mme Escoffier, est ainsi libellé :

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

Dans les six mois à compter de la publication de la présente loi, le Gouvernement remet un rapport au Parlement sur les modalités d'une réforme de la législation sur l'assurance de la responsabilité civile médicale des praticiens conventionnés avec l'assurance maladie, prévoyant notamment l'intervention de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux dans tous les cas où la couverture d'assurance médicale est épuisée ou expirée et sans que l'Office ne puisse obtenir remboursement des sommes pour lesquelles le praticien ne pouvait s'assurer.

La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. Pour une fois, je demande un rapport !

Il s'agit d'un sujet que nous souhaitions évoquer par le biais d'autres amendements, mais ces derniers ayant été déclarés irrecevables par la commission des finances, nous risquions cette fois encore de nous priver d'un débat sur un problème pourtant important.

En effet, l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 n'a pas réglé le problème des « trous » d'assurance de la responsabilité civile professionnelle médicale. Les médecins restent ainsi exposés à un risque de ruine, tandis que les patients demeurent, eux, soumis au risque d'insolvabilité des praticiens.

Pour régler définitivement ce problème vieux de huit ans déjà, le présent amendement demande la remise d'un rapport au Parlement sur les modalités d'une réforme prévoyant l'intervention de l'ONIAM dans tous les cas où la couverture

d'assurance médicale est épuisée ou expirée et sans que l'Office puisse obtenir remboursement des sommes pour lesquelles le praticien ne pouvait s'assurer.

On sait ce qu'il en est, notamment, pour les gynécologues-obstétriciens qui, se trouvant avec une épée de Damoclès au-dessus de la tête, renoncent à pratiquer l'obstétrique dans les établissements privés.

À l'heure actuelle, la couverture assurantielle, déjà très importante puisqu'elle est fixée à 3 millions d'euros, entraîne des primes considérables. Au-delà de ce seuil, l'ONIAM peut avoir une action récursoire contre le praticien dix ans après l'arrêt de ses activités et, éventuellement, exercer un recours sur sa succession.

Par conséquent, l'assurance pour couvrir le risque est tout à fait disproportionnée.

Il s'agit donc, par cet amendement, d'attirer l'attention sur ce problème, qui touche particulièrement les obstétriciens, mais aussi les chirurgiens et les anesthésistes. Bien entendu, il s'agit ici de ne prendre en compte que les cas où il n'existe pas de faute pénalement sanctionnable.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Voilà un sujet récurrent, dont nous avons débattu longuement l'année dernière, avec moult suspensions de séance, réunions de commission, navettes entre le Gouvernement et nous-mêmes, pour aboutir à une rédaction qui n'a pas réglé définitivement le problème que vous évoquez, monsieur Barbier.

Il nécessite pourtant une réponse dans un délai rapproché, la situation ne pouvant durer plus longtemps.

Est-ce une simple coïncidence ? Toujours est-il que les professionnels s'émeuvent du fait que la mortalité infantile en France progresse par rapport à celle de nos voisins,...

Mme Marie-Thérèse Hermange. Absolument !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. ... et craignent le risque de mortalité des femmes en couches. Est-ce vrai ou faux ? (*Mme la ministre fait un signe de dénégation.*)

Madame la ministre, je vous vois protester contre ces affirmations. Comme les professionnels nous alertent sur ce point, il serait intéressant que vous nous communiquiez les données statistiques permettant d'appréhender la réalité de la situation à cet égard.

J'en viens au rapport que vous proposez, monsieur Barbier, tendant notamment à envisager la solution souhaitée par les professionnels de santé, à savoir que l'ONIAM puisse assurer la couverture de l'indemnisation au-delà du montant assurable par les professionnels, tout en évitant le recours par l'ONIAM auprès des professionnels eux-mêmes au titre de la responsabilité civile.

Il semble que le Gouvernement soit en mesure aujourd'hui de nous apporter des informations qui devraient aboutir à une solution consistant à constituer un fonds de mutualisation, avec le concours des assureurs.

Cette solution devrait entrer dans les faits au plus tard à la fin de l'année 2011 ; si c'est plus tôt, ça n'en serait que mieux. L'essentiel, madame la ministre, est que vous nous donniez un calendrier et que vous preniez des engagements très clairs de manière que M. Barbier, sous le bénéfice de ces informations, puisse retirer son amendement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Monsieur le rapporteur général, le calendrier dont je vais vous faire part est beaucoup plus resserré.

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Tant mieux !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. J'ai anticipé votre souhait, monsieur Barbier, puisque Christine Lagarde, François Baroin et moi-même avons demandé à Gilles Johanet de poursuivre sa mission sur ce dossier.

Je lui ai demandé de faire en sorte que son rapport – un rapport complet, comme vous le demandez, monsieur le sénateur – soit prêt à la fin janvier 2011, de sorte que nous puissions prendre des dispositions dans la foulée, c'est-à-dire dès le milieu du premier semestre de 2011.

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Très bien !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je veux en effet que cette affaire trouve sans retard une solution, car elle n'a que trop duré.

Je m'engage donc devant vous sur ce calendrier : finalisation du rapport Johanet en janvier 2011 et mise en œuvre des mesures d'application dans les trois mois suivants.

Mme Muguette Dini, et M. Alain Vasselle, présidente de la commission des affaires sociales, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Très bien !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Sous le bénéfice de cet engagement, acceptez-vous, monsieur Barbier, de retirer votre amendement, qui a pour objet de proposer une remise de rapport à la fin de juin 2011, soit à une date, vous en conviendrez, moins favorable que celle que je propose ?

M. Gilbert Barbier. Oui, madame la ministre.

M. le président. L'amendement n° 315 rectifié est retiré.

L'amendement n° 382, présenté par M. Desessard, Mmes Blandin, Boumediene-Thiery et Voynet et M. Muller, est ainsi libellé :

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

Avant le 31 décembre 2011, le Gouvernement remet au Parlement un rapport étudiant la couverture par un contrat d'assurance responsabilité professionnelle spécifique à un tarif abordable de l'activité de toute sage-femme qui souhaiterait pratiquer des accouchements en dehors du cadre de l'hôpital.

Cet amendement n'est pas défendu.

Article 40

① Au code de la santé publique, il est rétabli un article L. 6122-19 ainsi rédigé :

② « *Art. L. 6122-19.* – À partir du 1^{er} septembre 2011 et pendant une période de deux ans, le Gouvernement est autorisé à engager l'expérimentation de nouveaux modes de prise en charge de soins aux femmes enceintes et aux nouveau-nés au sein de structures dénommées : "maisons de naissance", où des sages-femmes réalisent l'accouchement des femmes enceintes dont elles ont assuré le suivi de grossesse, dans les conditions prévues aux articles L. 4151-1 et L. 4151-3. Ces expérimentations ont une durée maximale de cinq ans.

- ③ « À cet effet, il est dérogé aux articles L. 1434-2, L. 1434-7 et L. 6122-1.
- ④ « Les maisons de naissance ne sont pas des établissements de santé au sens de l'article L. 6111-1 et ne sont pas soumises au chapitre II du titre II du livre III de la deuxième partie.
- ⑤ « Le décret en Conseil d'État visé au dernier alinéa du présent article précise notamment que la maison de naissance doit être attenante à une structure autorisée à l'activité de gynécologie-obstétrique avec laquelle elle doit obligatoirement passer une convention.
- ⑥ « L'activité de la maison de naissance est comptabilisée avec celle de la structure autorisée à l'activité de gynécologie-obstétrique autorisée attenante.
- ⑦ « Il peut être dérogé aux dispositions du code de la sécurité sociale relatives aux modalités d'application de la prise en charge de certains actes inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 de ce même code.
- ⑧ « Par dérogation à l'article L. 162-22-13 du même code, les dépenses nécessaires au fonctionnement des maisons de naissance peuvent être prises en charge en tout ou partie par la dotation annuelle prévue à l'article L. 162-22-14 du même code.
- ⑨ « Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner à titre expérimental en fonction notamment de l'intérêt et de la qualité du projet pour l'expérimentation et de son intégration dans l'offre de soins régionale en obstétrique. La suspension de fonctionnement d'une maison de naissance inscrite sur la liste peut être prononcée par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les motifs et dans les conditions prévues par l'article L. 6122-13. Le retrait d'inscription à la liste est prononcé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en cas de manquement grave et immédiat à la sécurité ou lorsqu'il n'a pas été remédié aux manquements ayant motivé la suspension.
- ⑩ « Un premier bilan de l'expérimentation est établi au 31 décembre 2014 par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en vue de la poursuite ou de l'abandon de l'expérimentation. Le Gouvernement adresse au Parlement un bilan définitif de l'expérimentation dans l'année qui suivra sa fin.
- ⑪ « Les conditions de l'expérimentation et notamment les conditions d'établissement de la liste susmentionnée, les conditions de prise en charge par l'assurance maladie de la rémunération des professionnels, les conditions spécifiques de fonctionnement des maisons de naissance ainsi que les modalités d'évaluation de l'expérimentation à son terme sont fixées par décret en Conseil d'État. »

M. le président. La parole est à Mme Claire-Lise Champion, sur l'article.

Mme Claire-Lise Champion. Cet article vise à expérimenter, au sein de maisons de naissance, moins médicalisées que les maternités, le suivi par des sages-femmes des grossesses et des naissances. Cette proposition d'expérimentation a fait l'objet d'un long débat à l'Assemblée nationale, la commission des affaires sociales allant même jusqu'à voter un amendement de suppression.

Nous demeurons, pour notre part, très réticents à l'égard de cet article, qui a, je le reconnais bien volontiers, fortement évolué au cours des débats.

Je peux tout à fait comprendre qu'il convient de ne pas surmédicaliser l'accouchement. Je suis très attentive aux reproches des femmes qui estiment que l'accouchement ne prend pas assez en compte la dimension humaine. Cela tient souvent à deux raisons.

Tout d'abord, il arrive que le personnel médical soit soumis à des protocoles qui favorisent des actes médicaux parfois inutiles. Ce sont les médecins eux-mêmes qui nous le disent !

Ensuite, le personnel médical, parfois malmené par le manque de moyens, ne peut pas toujours prendre le temps suffisant pour accompagner les couples.

Néanmoins, il ne faut évidemment pas oublier les risques susceptibles de survenir à l'occasion d'un accouchement et dont l'issue peut être dramatique. En d'autres termes, il ne faudrait pas que le travail mis en place depuis des années, à travers les plans de périnatalité, pour améliorer la sécurité de la mère et de l'enfant soit mis à mal à l'occasion d'une décision prise avec une trop grande précipitation.

Certes, en exigeant que ces maisons de naissance soient attenantes à une structure autorisée à l'activité de gynécologie-obstétrique avec laquelle elle doit obligatoirement passer une convention, un début de réponse a été apporté aux inquiétudes exprimées. Cependant, des questions demeurent. Je n'en citerai qu'une, mais elle est essentielle. Qui assumera l'investissement lié la création de ces structures ? Nous ne le savons pas !

Enfin, mes chers collègues, l'attitude du Gouvernement est tout de même assez paradoxale ! D'un côté, il ferme des maternités de proximité au prétexte qu'elles étaient dangereuses et, de l'autre, il nous propose aujourd'hui la mise en place de maisons de naissance qui n'apportent pas, à ce jour, toutes les garanties que nous sommes en droit d'attendre.

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, sur l'article.

M. Alain Milon. L'absence de garanties de nature à préserver un haut niveau de sécurité des soins prodigués aux parturientes et aux nourrissons s'oppose à la mise en place de cette expérimentation.

L'objectif des pouvoirs publics, *via* les plans périnatalité successifs, a été d'accroître la sécurité de la mère et de l'enfant lors de la naissance par le recours à des normes précises de fonctionnement et par une restructuration importante de l'offre obstétrico-pédiatrique. L'un des axes du plan de périnatalité de 1970-1976 consistait en la sécurisation de la naissance avec trois principales mesures : le renforcement des moyens techniques adéquats dans les maternités, notamment pour réanimer les nouveau-nés, la formation des professionnels et, surtout, la disponibilité immédiate de ces derniers.

Le plan 1995-2000 a privilégié la sécurisation de l'accouchement par la restructuration des maternités et, concrètement, la fermeture des plus petites d'entre elles, celles qui pratiquaient moins de 300 accouchements, sous l'effet de normes renforcées.

S'il est nécessaire d'éviter une surmédicalisation de la naissance et de répondre au problème de la démographie médicale en obstétrique, les résultats médiocres de la France en termes de morbidité et de mortalité maternelle et foetale doivent nous interdire de baisser notre niveau d'exigence en matière de sécurité des soins.

L'expérimentation de maisons de naissance ne permet pas de répondre à ces objectifs. La littérature médicale récente montre en effet que la pertinence de la définition de la

grossesse à bas risque est très difficile à établir et que tout accouchement peut exiger une prise en charge pluridisciplinaire en urgence, ce que ne permettraient pas les maisons de naissance.

M. le président. La parole est à M. Gilbert Barbier, sur l'article.

M. Gilbert Barbier. Cette volonté d'expérimentation des maisons de naissance semble, dans l'état actuel de notre système hospitalier, public et privé, pour le moins inopportune, hâtive et agressive vis-à-vis des unités de gynécologie-obstétrique de nos établissements, et ce à plusieurs titres.

M. Guy Fischer. Très bien !

M. Gilbert Barbier. Pour moi, le point essentiel est celui de la sécurisation des accouchements, qui est au cœur de la spécialité obstétricale. C'est si vrai que le projet actuel vise à un adossement d'un tel établissement à un service de gynécologie-obstétrique, qui devra intervenir en cas de complications survenues avant ou pendant l'accouchement.

Il importe de définir la notion de grossesse et d'accouchement à bas risque, comme l'a souligné Alain Milon, puisque c'est elle qui sera à l'origine d'une orientation de la femme vers un service classique ou vers une maison de naissance.

Il s'agit donc de mesurer les dangers qu'il y a à laisser accoucher dans un lieu distinct d'une salle d'accouchement classique une grossesse classée jusqu'au début du travail comme à bas risque mais qui peut se terminer par un accouchement à haut risque.

Parmi les expériences menées sur des effectifs significatifs, je retiendrai celle de Howett, sur la Cochrane Database. Elle fait apparaître un taux relativement élevé de transfert de la maison de naissance vers la salle d'accouchement classique soit avant, soit durant le travail. Ce taux se situe entre 29 % et 87 %.

Les principales raisons de transfert *per partum* retenues étaient l'absence de progression du travail, la suspicion de détresse fœtale ou la demande d'analgésique pharmacologique.

Toujours d'après cette étude, on observe une mortalité périnatale significativement plus importante dans les maisons de naissance, tout spécialement là où le personnel était différent de celui des salles d'accouchement classique.

Si j'ai bien compris la proposition qui est faite, les services de gynécologie-obstétrique auxquels seront adossées ces maisons devront assurer une permanence de soins par du personnel médical et paramédical, un personnel dont l'activité sera forcément moindre, car je ne pense pas que les accouchements en maison de naissance viendront en plus des activités du service. Cette diminution d'activité ne sera pas sans conséquence dans le cadre de la T2A, actuellement appliquée à l'obstétrique.

Par ailleurs, sous quel contrôle les activités de ces maisons de naissance seront-elles placées ? Le chef du service de gynécologie obstétrique aura-t-il droit de cité et comment ? Tout cela n'est pas clair !

Enfin, comment ces établissements fonctionneront-ils sur les plans financier et technique ? Seront-ils soumis à la T2A ? Y aura-t-il un prix de journée comprenant les rémunérations des sages-femmes ?

Je pense très sérieusement qu'après avoir fermé plusieurs petites maternités rurales sous le prétexte de sécurité, il est bien difficile d'expliquer cette nouvelle orientation, sinon par la pression de certains lobbies de tous bords !

M. Guy Fischer. Et voilà !

M. Gilbert Barbier. Avant de se lancer dans une telle expérimentation, il serait sage, madame le ministre, de procéder à une étude objective des avantages et inconvénients de ces maisons de naissance dans notre pays, dont le système ne peut être comparé aux autres, notamment à celui des États-Unis.

Peut-être faut-il tout simplement repenser le service aujourd'hui offert à la population dans nos actuels lieux de naissance.

M. le président. Je suis saisi de cinq amendements identiques.

L'amendement n° 121 est présenté par M. Lardeux, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 252 est présenté par M. Fischer, Mmes David et Pasquet, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche.

L'amendement n° 316 rectifié est présenté par MM. Barbier, Collin et les membres du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen.

L'amendement n° 355 est présenté par M. Le Menn, Mme Jarraud-Vergnolle, M. Daudigny, Mme Le Texier, MM. Teulade et Cazeau, Mmes Demontès, Campion, Alquier et Printz, MM. Kerdraon, Godefroy, Jeannerot, S. Larcher et Gillot, Mmes Ghali, San Vicente-Baudrin et les membres du groupe Socialiste et apparentés.

L'amendement n° 495 rectifié est présenté par MM. Milon, P. Blanc, Laménie, J. Blanc et Revet.

Ces cinq amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. André Lardeux, rapporteur, pour présenter l'amendement n° 121.

M. André Lardeux, rapporteur de la commission des affaires sociales pour la famille. Cet amendement de suppression de l'article 40 est la synthèse des avis entendus par la commission des affaires sociales. Malgré l'importance du sujet, qui vient d'être largement évoqué, je vais tenter de ne pas tomber dans le travers des orateurs qui donnent en longueur ce qui leur manque en profondeur ! (*M. Alain Milon applaudit. – Exclamations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

Mme Catherine Procaccia. M. Lardeux n'a visé personne en particulier ! (*Sourires sur les travées de l'UMP.*)

M. André Lardeux, rapporteur. La formule n'est pas de moi ! Mais Montesquieu connaissait la nature humaine... (*Sourires.*)

M. Guy Fischer. Et voilà, vous nous attaquez tout de suite ! (*Nouveaux sourires.*)

M. André Lardeux, rapporteur. Pourquoi vous sentez-vous visé, monsieur Fischer ?

La commission pense qu'il serait judicieux de ne pas maintenir cet article pour plusieurs raisons.

D'abord, l'information de la représentation nationale est, pour l'instant, nettement insuffisante.

Ensuite, nos performances dans le domaine de la périnatalité devraient nous inciter à la prudence.

Enfin, cela a été dit, je tiens à la cohérence de nos positions. On nous explique, depuis de très nombreuses années, qu'il faut absolument fermer les petites maternités en raison de leur manque de sécurité, ce que je peux parfaitement comprendre, même si ce n'est pas sans poser des difficultés aux populations les plus éloignées des centres urbains.

Si, comme le texte l'indique, ces équipements doivent se trouver quasiment à l'intérieur des maternités, pourquoi ne pas demander aux responsables de ces maternités de proposer une nouvelle organisation de leur service, répondant aux préoccupations des femmes qui souhaitent accoucher dans des conditions un peu moins médicalisées, dès lors, bien sûr, que leur état de santé le leur permet ?

La toute dernière raison est plus personnelle. Avant que cet article 40 ne soit débattu en commission, on ne nous en a pas beaucoup parlé. Ensuite, bien entendu, il y a eu du lobbying direct et indirect : c'est la règle du jeu et ce n'est pas très grave. Mais je voudrais être certain que, derrière ce lobbying, ne s'avancent pas masqués certains groupes dont les objectifs ne sont pas clairement affichés. D'où parlent leurs représentants ? Je n'ai pas encore pu le déterminer !

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, pour présenter l'amendement n° 252.

M. Guy Fischer. À l'instar de la commission des affaires sociales, les sénatrices et sénateurs du groupe CRC-SPG proposent la suppression de cet article 40, qui a pour objet d'autoriser l'expérimentation des maisons de naissance.

Avant d'en venir au fond, je voudrais vous dire notre surprise de voir un tel article apparaître dans un projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Cette disposition, si elle devait être adoptée, ne manquerait pas d'être censurée par le Conseil constitutionnel au motif que cette expérimentation n'a pas de lien direct avec la sécurité sociale. C'est en tout cas ce que l'on voudrait croire, comme pour se rassurer... Car si un tel lien existait, ce serait l'aveu bien involontaire du Gouvernement qu'il s'agit là d'une mesure destinée à concurrencer le secteur hospitalier, dans le seul but de faire des économies, potentiellement, sur la santé des femmes et de leurs enfants.

Par ailleurs, bien que cette expérimentation ait été prévue dans le plan périnatalité 2005-2007, il semble que sa transposition dans le présent projet de loi n'ait pas fait l'objet d'une concertation, y compris avec ceux qui défendent cette proposition. Je pense particulièrement à l'association CALM, Comme à la maison, laquelle – d'après l'une de ses représentantes qui a contacté notre groupe – n'aurait pas même été informée du dépôt de cet article 40. Reconnaissez qu'il s'agit d'une conception assez particulière de la concertation !

Toutefois, si nous sommes opposés à cet article, c'est que nous redoutons les conséquences qu'aurait son adoption. Nous comprenons que des femmes puissent vouloir bénéficier d'un accouchement moins médicalisé, moins technicisé que ceux qui sont réalisés au sein des plateaux techniques propres aux établissements de santé, mais nous ne pouvons souscrire à la proposition d'expérimentation telle qu'elle est proposée ici, considérant qu'elle est en incohérence complète avec la politique hospitalière que mène le Gouvernement en matière de politique, plus particulièrement en ce qui concerne les maternités.

En effet, vous n'hésitez pas à fermer des maternités publiques sous prétexte que, réalisant un nombre d'actes insuffisants, elles présenteraient des risques pour les femmes comme pour les enfants.

Or, par cet article 40, vous nous proposez d'ouvrir des structures totalement dérogoires, non soumises aux mêmes obligations que les établissements publics de santé. Je pense, par exemple, aux tarifs opposables ou encore au fait que de telles structures puissent se soustraire aux règles définies dans les schémas régionaux d'organisation des soins, qui doivent pourtant garantir à nos concitoyens un véritable accès aux soins, correspondant – c'est important de le souligner – à leurs besoins en santé.

C'est à croire que vous savez déjà que ces structures ne parviendront pas à trouver un public suffisamment large !

Il y a une autre source d'inquiétude pour notre groupe. C'est sans doute la question la plus importante, et nous la développerons si nécessaire : je veux parler de la sécurité.

L'adossement à un établissement de santé, tel qu'il a été adopté à l'Assemblée nationale, atteste, s'il en était besoin, qu'il peut y avoir des risques.

Mme Annie David. Bien sûr !

M. Guy Fischer. C'est la raison pour laquelle il faudrait pouvoir disposer rapidement d'un plateau technique. Or, même si les risques sont inhérents à la pratique médicale, nous considérons qu'il n'y a pas lieu de les multiplier.

Madame la ministre, mes chers collègues, fortement opposés à ces maisons de naissance, nous proposons donc la suppression de l'article 40.

M. François Autain. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Gilbert Barbier, pour présenter l'amendement n° 316 rectifié.

M. Gilbert Barbier. Il est défendu.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Il faudrait tout de même connaître le point de vue des femmes dans ce débat : on n'entend que des hommes !

Mme Christiane Demontès. Ne vous inquiétez pas, des femmes, vous allez en entendre !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Mme Campion est intervenue sur l'article !

M. Guy Fischer. Qu'est-ce que c'est que ce féminisme, madame la ministre ? (*Sourires.*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. C'est tout de même nous qui accouchons !

M. le président. La parole est à Mme Raymonde Le Texier, pour présenter l'amendement n° 355.

Mme Raymonde Le Texier. Vous voyez, madame la ministre, votre vœu est exaucé : vous allez entendre une femme, et une femme qui s'est battue bec et ongles, voilà cinquante ans, à l'occasion de ses premiers accouchements, en faveur de l'accouchement sans douleur.

Si notre amendement vise à écarter l'expérimentation des maisons de naissance telle que vous la proposez, c'est-à-dire sans présenter toutes les garanties en matière de sécurité, je tiens à être claire d'emblée : les socialistes ne sont pas opposés au principe des maisons de naissance.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ah, tout de même !

Mme Raymonde Le Texier. Toutefois, en l'état de la demande des règles de sécurité médicales, envisagées ou non, et des priorités de la ventilation budgétaire, nous estimons que cette expérimentation n'est ni opportune ni urgente.

À celles, voire à ceux qui militent ardemment, comme c'est leur droit, pour les maisons de naissance, où l'on accoucherait plus « naturellement », de façon moins « médicalisée », je voudrais dire que, si la mortalité infantile a été divisée par trois au cours des trente dernières années, c'est précisément parce que le suivi de la grossesse, le déroulement de l'accouchement et le suivi post-natal ont été médicalisés.

Nous n'entendons donc pas faire marche arrière, en particulier aujourd'hui, alors que le taux de mortalité au cours des premières semaines de la vie est reparti légèrement à la hausse depuis 2006. En 2009, on a enregistré 3,7 décès de nourrissons pour mille naissances. S'agissant du taux de mortalité infantile, la France est passée du cinquième au quatorzième rang mondial.

Les promoteurs du projet prétendent que les maisons de naissance ne concerneraient que les femmes présentant des grossesses « sans situation de risque ». Permettez-moi d'être dubitative. Chacun le sait, si certaines grossesses semblent effectivement moins à risque que d'autres, les critères de risque de la grossesse ne présagent en rien l'absence de complications graves pouvant apparaître pendant l'accouchement. Les grossesses « sans situation de risque » sont tout autant susceptibles de se terminer par un accouchement avec une hémorragie de la délivrance, une rétention de tête ou encore des circulaires du cordon. Ce sont autant de complications qui, en l'absence de personnels et équipements médicaux adéquats, peuvent se révéler extrêmement dangereuses, voire létales.

Les risques sont encore accrus par l'augmentation continue des primipares âgées : accouchement difficile, prématurité...

En outre, se pose la question du financement de ces maisons, de leur statut, de leur organisation, de leurs conditions d'implantation. Tout cela est vraiment trop flou !

À l'inverse, il y a une certitude : au vu de l'état catastrophique de nos finances publiques et des coupes budgétaires qui se multiplient, PLFSS après PLFSS, comment ne pas craindre que vous n'utilisiez, à terme, les maisons de naissance, logiquement moins coûteuses puisque disposant de moins de personnels et de moins d'équipements, pour justifier la fermeture de quelques maternités supplémentaires ?

Cela a déjà été dit, des maternités ont d'ores et déjà été fermées précisément parce qu'elles ne présentaient pas toutes les garanties en matière de sécurité.

Sur le fond, nous considérons que la priorité ne saurait être donnée à ces nouvelles structures.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ce n'est pas une priorité !

Mme Raymonde Le Texier. D'ailleurs, qui, ici, peut penser qu'il vaut mieux investir dans les maisons de naissance plutôt que dans la création de nouvelles places en services de néonatalité ?

Entre, d'une part, l'amélioration des moyens consacrés à la prise en charge des naissances dans les maternités publiques, en particulier dans les situations les plus difficiles, ainsi qu'à un accompagnement de qualité afin d'humaniser au maximum ce moment essentiel de la vie, et, d'autre part, la

demande de quelques milliers de femmes ne souhaitant accoucher ni chez elles ni à l'hôpital, nous choisissons évidemment la première option.

C'est ce qui justifie notre amendement de suppression de l'article 40.

M. le président. La parole est à M. Marc Laménie, pour présenter l'amendement n°495 rectifié.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Encore un homme !

M. Marc Laménie. J'irai dans le sens de l'intervention de mon collègue Alain Milon, premier des cosignataires de cet amendement.

Sans revenir sur les arguments qui ont été présentés, je me contenterai de souligner que l'expérimentation des maisons de naissance ne permet pas, à notre sens, de répondre aux différents objectifs fixés.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Mes chers collègues, la commission m'a évidemment chargé d'émettre un avis favorable sur ces amendements puisque l'un d'entre eux est présenté par la commission elle-même. Mais attendons l'intervention de Mme la ministre : peut-être sera-t-elle suffisamment convaincante pour inciter les auteurs des amendements à les retirer ou pour amener une majorité d'entre vous à s'y opposer.

Mme Raymonde Le Texier. C'est insupportable d'entendre de tels propos !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Si, d'aventure, pareille situation se produisait, je précise qu'il y a des amendements de repli permettant de sécuriser les maisons de naissance. (*Protestations sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.*)

M. Guy Fischer. Trahison de la position de la commission !

Mme Raymonde Le Texier. Absolument !

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Mesdames, messieurs les sénateurs, la multiplicité des interventions montre que ce sujet vous intéresse, et j'en suis fort heureuse.

Je ferai un certain nombre d'observations.

Premièrement, je n'admets pas que l'on puisse balayer d'un revers de main la volonté de certaines femmes d'avoir un accouchement moins médicalisé, moins technicisé, et, qui plus est, de le faire en évoquant les lobbies ou les sectes.

M. Guy Fischer. Ce n'est pas nous !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je ne dis pas que vous l'avez fait, vous, mais cela a été dit !

Je considère que ridiculiser certaines femmes et les renvoyer en touche en leur disant : « Mes petites chéries, vous êtes manipulées par des lobbies », c'est quand même un peu osé !

Dans notre pays, 1 % des naissances ont lieu à domicile. C'est un phénomène qui connaît d'ailleurs une progression continue, avec un quasi-doublement en quelques années.

En outre, 3 % à 5 % des femmes interrogées souhaiteraient un accouchement plus « naturel », moins médicalisé.

Il importe, par conséquent, de prendre en considération et de respecter une telle volonté. Cessons de ridiculiser ces femmes en les présentant comme des mineures qui seraient

manœuvrées par des gourous. Mais, même en admettant que cela soit vrai, force est de reconnaître que l'absence, dans notre système de santé, d'offres moins médicalisées et technicisées, a ouvert un boulevard à certaines sectes : chaque fois que le système ne répond pas à la demande, s'y engouffrent les lobbies qu'à juste titre d'aucuns condamnent.

Il est donc tout à fait intéressant de pouvoir répondre à la volonté de ces femmes – très minoritaires, j'en conviens – et de prévoir un dispositif présentant toutes les garanties possibles. Vous avez certainement eu connaissance de professionnels n'apportant pas les garanties suffisantes – ils s'autoproclamaient « sages-femmes » sans l'être vraiment – ou de sectes qui, précisément, s'engouffraient dans la brèche.

Deuxièmement, nous ne nous sommes pas avancés sur la voie de l'expérimentation au hasard. Voilà à peu près quinze ans que nous y réfléchissons ! D'ailleurs, une telle expérimentation était proposée dans le plan périnatalité 2005-2007. De grâce, ne prétendez pas que cette idée a surgi quasiment du néant, après un quart d'heure de réflexion : toutes les instances et les autorités de notre pays œuvrant dans le domaine de la néonatalogie ont été consultées.

Nous avons, de plus, étudié les démarches et les procédures suivies à l'étranger, qui sont riches d'enseignements. Tout près de chez nous, aux Pays-Bas, 30 % des naissances ont lieu de cette façon et les indicateurs de mortalité et de sécurité périnatales y sont exactement les mêmes que dans les autres pays les plus avancés. Dans de nombreux pays nordiques, où l'éloignement des maternités et le taux de naissance à domicile sont évidemment beaucoup plus importants, les indicateurs affichent même des performances supérieures aux nôtres.

Pour en revenir à l'exemple des Pays-Bas, je signale que les maisons de naissance, sans être attenantes aux maternités, n'y sont pas distantes de plus de vingt minutes. Elles se révèlent au moins aussi performantes que nos propres structures.

Troisièmement, il y aurait, à vous entendre, une certaine incohérence à promouvoir tout autant un haut niveau d'exigence dans les maternités, publiques comme privées, avec un personnel en nombre suffisant et tout le matériel nécessaire, et l'expérimentation des maisons de naissance. Mais c'est tout le contraire !

L'accouchement est évidemment un acte naturel et, dans l'immense majorité des cas, fort heureusement, tout se passe bien. Sans doute comme un certain nombre d'entre vous, je suis née au domicile de mes parents, et je crois savoir que cela s'est bien passé.

M. Nicolas About. Il n'y a pas de traces ! (*Sourires.*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Visibles, du moins... (*Nouveaux sourires.*)

Ce fut aussi le cas pour mon frère et ma sœur.

Mme Annie David. C'était une autre époque !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. C'est parce que peut survenir une difficulté qu'un plateau technique de haut niveau est nécessaire, même s'il ne sert que dans 1 %, 2 %, voire 3 % des cas. Le niveau d'exigence est très élevé, car il faut pouvoir répondre à des situations qui, pour être extrêmement rares, n'en existent pas moins. Mais en quoi cela serait-il incohérent avec la volonté de développer une expérimentation sur les maisons de naissance ?

En aucun cas une telle expérimentation ne se fera au détriment des maternités ! Notre pays ne souffre d'aucun problème d'offre pour ce type de structures : le nombre de places est

suffisant, notamment en néonatalogie ; les capacités d'accueil sont largement au niveau, et elles sont même excédentaires. Il ne faut pas dire n'importe quoi ! La question du choix entre un système et un autre ne se pose pas.

Par ailleurs, il n'y aura aucun fléchage vers ces maisons de naissance. À qui s'adressent-elles ? À des personnes qui en font la demande, souhaitant une prise en charge moins médicalisée. Si une primipare âgée demande à accoucher dans une maison de naissance, on ne va évidemment pas lui dire oui. Voilà l'exemple typique d'une femme présentant des facteurs de risque maximum : elle sera très attentivement suivie et naturellement orientée, pour son accouchement, vers un plateau technique de première qualité.

Le fait qu'il s'agisse d'une expérimentation va justement permettre de dire à ces femmes un certain nombre de choses que l'on ne leur aurait peut-être pas dites si l'on avait laissé se développer des offres alternatives à ces maisons de naissance. C'est la meilleure façon d'assurer la sécurité !

Bien entendu, je suis tout à fait d'accord pour considérer qu'un certain nombre de difficultés surgissent au moment de l'accouchement, et qu'un accouchement se révèle difficile au moment même où il a lieu. C'est la raison pour laquelle nous n'avons pas voulu suivre strictement l'exemple des Pays-Bas, où une maison de naissance peut se trouver à vingt minutes d'une maternité. Nous n'avons même pas voulu suivre l'exemple d'autres pays où la maison de naissance doit simplement se trouver dans l'enceinte de l'hôpital. En effet, la superficie couverte par un hôpital – pour certains hôpitaux parisiens, elle peut atteindre 10 ou 15 hectares – est telle que, avec cette seule exigence, la maison de naissance pourrait se trouver passablement éloignée de la maternité. C'est pourquoi nous prévoyons que la maison de naissance doit être attenante à la maternité,...

M. Bernard Cazeau. Alors, où est l'intérêt d'en créer une ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. ... ce qui permettra de garantir aux femmes et aux nouveau-nés l'accès à des soins de qualité.

Du reste, dans notre pays, 2 000 naissances ont déjà lieu dans des maisons de naissance de ce type, qui sont comme des annexes des maternités. Alors, arrêtez de vous faire peur !

Nous préconisons une expérimentation, assortie des garanties préconisées par le Conseil national de la naissance. D'ailleurs, conformément à l'engagement que j'ai pris au cours de la discussion générale, l'avis du Gouvernement sera favorable aux amendements qu'a évoqués le rapporteur général, afin que la Haute Autorité de santé donne son avis sur le cahier des charges et que vous puissiez disposer d'un bilan avant la fin de l'expérimentation.

Sincèrement, notre démarche est une démarche de sécurité. Elle vise simplement à répondre à la volonté d'un certain nombre de femmes, car il existe une dynamique de la demande à cet égard. Si nous ne répondons pas à cette volonté par une offre de soins, croyez bien que nous laisserons ces femmes se confronter à des risques potentiels bien plus importants. Je vous propose donc précisément d'encadrer les naissances moins médicalisées afin d'assurer la qualité des soins.

Cette façon d'accoucher ne sera probablement jamais majoritaire, je le reconnais bien volontiers. Mais il ne faut pas ridiculiser ces femmes : elles ne vous le pardonneront pas !

M. François Autain. Des menaces ?

M. le président. La parole est à Mme Marie-Thérèse Hermange, pour explication de vote.

Mme Marie-Thérèse Hermange. Je sais que certaines expériences intéressantes sont menées à l'étranger. Je sais également que, depuis quelque temps, les différents plans de périnatalité permettent de réfléchir à ces expérimentations, qui sont aussi conduites, bien souvent, par des gynécologues-obstétriciens responsables de maternités de niveau 3.

Je m'interroge malgré tout. Puisqu'il s'agit d'offrir à ces femmes qui désirent accoucher à domicile un cadre moins médicalisé, pourquoi ne maintient-on pas certains lits de maternité de niveau 1 ? (*Très bien ! sur les travées du groupe socialiste.*) Il serait possible de les adosser à des maternités de niveau 3.

À l'AP-HP et dans les grands CHU, des lits de maternité de niveau 1 ont été supprimés pour faire quasi exclusivement des maternités de niveau 3.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Par définition, une maternité est médicalisée.

Mme Marie-Thérèse Hermange. Il en résulte qu'un certain nombre de femmes, aujourd'hui, ne peuvent plus accoucher à l'hôpital public parce que les grands CHU sont spécialisés en maternités de niveau 3.

Par ailleurs, je ne dispose pas des chiffres relatifs à la mortalité maternelle, mais il me semble que le problème, actuellement, tient moins à est la mortalité périnatale qu'à la mortalité maternelle. Si celle-ci demeure faible chez nous, elle se maintient néanmoins à un niveau tel que l'on est conduit à se préoccuper de la prévention de certaines pathologies comme l'hémorragie de la délivrance.

Enfin, je me suis récemment intéressée à un chiffre donné par l'INSEE sur l'augmentation de la mortalité infantile. Bien que cette augmentation n'ait pas de lien direct avec le taux de mortalité périnatale, n'est-il pas possible de voir, à travers les indications que vous nous donnez, une conjonction entre l'augmentation de la mortalité infantile et l'augmentation du nombre de naissances à domicile ? (*Mme Françoise Henneron applaudit.*)

M. François Autain. Vous avez raison !

M. Guy Fischer. Très bien !

M. le président. La parole est à Mme Muguette Dini, pour explication de vote.

Mme Muguette Dini. Mes chers collègues, je précise bien que c'est en mon nom propre, et non pas en tant que présidente de la commission des affaires sociales, que je m'exprime en cet instant. Au reste, en commission, je n'ai pas voté pour la suppression de l'article 40.

En effet, il me semble que la création de ces maisons de naissance correspond à une réelle demande.

Même si ces établissements ne sont pas des établissements de santé, comme le précise le texte, la sécurité y sera néanmoins garantie puisque ces maisons seront attenantes à des services de gynécologie-obstétrique.

Il s'agit de surcroît d'une expérimentation dont le bilan doit être fait avant le 31 décembre 2014. Combien de maisons de naissance auront été créées d'ici là ? Combien de naissances auront eu lieu dans ces établissements ? Nous n'ouvrirons pas 150 maisons de naissance ! Nous allons simplement en ouvrir quelques-unes,...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cinq !

Mme Muguette Dini. ... pour voir comment le système fonctionne. Si nous ne sommes pas satisfaits, ou bien nous améliorerons les maisons ou bien nous les fermerons.

Bien entendu, lorsqu'on choisit d'aller dans une maison de naissance, il s'agit d'une décision tout à fait personnelle, mais j'imagine que, s'il y a le moindre risque, une femme ne sera pas autorisée à accoucher dans une maison de naissance.

Je ne comprends donc pas bien pourquoi nous ne pourrions pas procéder une telle expérimentation.

Madame la ministre, si j'ai un reproche à vous faire, c'est peut-être d'avoir placé cette disposition dans le PLFSS, laissant ainsi penser qu'il y avait un aspect financier. Peut-être aurait-il été plus approprié d'introduire ces dispositions dans un texte traitant strictement de questions de santé.

Cela étant dit, je ne voterai pas les amendements tendant à la suppression de cet article.

M. le président. La parole est à M. Nicolas About, pour explication de vote.

M. Nicolas About. Je partage les remarques de Mme Dini et je pense que ce dispositif est attendu depuis longtemps.

Mme Patricia Schillinger. Mais qui le demande ?

M. Nicolas About. Comme interne des hôpitaux, je me suis longtemps trouvé au contact de femmes qui accouchaient. J'ai appris ce qu'était un accouchement grâce aux sages-femmes. Je connais leur sérieux et je sais que c'est souvent sur elles seules que repose le bon déroulement d'un accouchement ou la réanimation d'un nouveau-né. Je tiens à dire, après la remarque de Marie-Thérèse Hermange, que la classification des maternités repose souvent sur leur capacité à réanimer des nouveau-nés.

Bien entendu, lorsque le risque materno-foetal existe, une femme est plutôt envoyée dans une maternité de niveau 3 afin que soit garantie sa sécurité, de même que celle du nouveau-né.

Durant toutes ces années passées en clinique, dans des services de chirurgie et de maternité, j'ai pu observer que, très souvent, la présence de cette personne compétente qu'est la sage-femme était essentielle. En effet, la plupart des médecins accoucheurs arrivaient pour signer la feuille de maladie alors que l'enfant était réanimé et en bonne santé. Lorsqu'une intervention chirurgicale ou une anesthésie étaient nécessaires, s'écoulait un temps certainement supérieur à celui que prendra le transfert vers le service approprié d'une femme se trouvant dans une structure attenante à un plateau technique de haut niveau.

Je crois que, dans ces conditions, il y aura plus de sécurité dans les maisons de naissance que dans un certain nombre de cliniques, à en juger par ce que j'ai vu durant toute ma carrière.

Je considère que cette innovation va dans le sens de l'intérêt des femmes et des enfants.

Je suis, comme Mme la ministre, né à la maison. Dans mon cas, il y a peut-être des traces ! (*Sourires.*) Lorsqu'on n'est pas en présence d'une naissance à risque – ni pour la mère ni pour l'enfant –, compte tenu de la compétence des sages-femmes et de la proximité de la structure hospitalière, il n'y a pas plus de risque à accoucher dans ce type de structure.

L'expérimentation suppose une limite dans le temps. Il y aura lieu de faire un bilan à l'issue de la période d'expérimentation. Il est de plus possible de mettre fin à l'expérimentation à tout moment si cela se révèle nécessaire. Tout cela est prévu dans le texte.

Enfin, les chiffres présentés par les uns ou les autres reposent sur des études étrangères qui portaient non sur des structures attenantes, mais sur des structures situées parfois à plusieurs kilomètres de la structure hospitalière. Ces chiffres ne m'ont pas permis de revenir sur ma position ni sur mon souhait de voir ces structures se créer. En effet, ils ne sont pas applicables au projet qui nous est soumis, qui élimine les risques découlant des expériences menées à l'étranger.

Cette proposition se rapproche de l'expérience des Pays-Bas. Je souhaite qu'une telle offre existe aussi en France, sachant qu'un certain nombre de femmes, aujourd'hui, refusent purement et simplement de se rendre dans les structures hospitalières pour accoucher.

J'ajoute que, dans ces maisons de naissance, l'ambiance serait plus agréable pour la mère et pour l'enfant, d'autant que la mère sera évidemment rassurée par la présence, à proximité immédiate, d'une structure hospitalière de bon niveau. Il suffit d'avoir fréquenté, à un titre ou à un autre, des hôpitaux pour savoir que ce ne sont pas les lieux où l'on se repose le plus. La grossesse et l'accouchement, lorsqu'ils se déroulent bien, n'ont rien à voir avec des pathologies; ils méritent simplement une surveillance et un accompagnement, ainsi que le respect du calme et du repos dus à une parturiente et à son enfant.

M. le président. La parole est à M. Adrien Giraud, pour explication de vote.

M. Adrien Giraud. Je suis, moi aussi, madame la ministre, conduit à vous demander qui est à l'origine de la demande de cette expérimentation des maisons de naissance. Pourquoi ces maisons de naissance sont-elles voulues aujourd'hui par certaines personnes?

Ce qu'il faut aujourd'hui, c'est plutôt créer des maternités de haut niveau ou améliorer l'équipement des maternités existantes. Et j'en parle en connaissance de cause, car Mayotte peut être considérée comme la plus grande « maternité » de France.

J'ai l'impression, comme beaucoup de mes collègues – car je suis, sur ce point, en désaccord avec le président de mon groupe, Nicolas About –, que, avec ces maisons de naissance, le Gouvernement va mettre le doigt dans un engrenage en quelque sorte idéologique: il faut le dire, certaines femmes ne veulent pas que leur accoucheur soit un homme. Voilà la vérité!

Pour ma part, je considère que les questions idéologiques et religieuses ne devraient pas entrer en ligne de compte lorsqu'il s'agit de la politique à mener en matière de structures d'accouchement et qu'il faut avant tout créer des maternités de qualité et favoriser l'évolution de celles qui existent.

M. le président. La parole est à Mme Christiane Demontès, pour explication de vote.

Mme Christiane Demontès. Je suis heureuse que nous ayons un débat de fond sur une question importante.

On peut d'abord se demander, comme Mme Dini tout à l'heure, s'il fallait introduire cet article dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale?

Quoi qu'il en soit, après les propos des uns et des autres, et particulièrement de mes collègues Claire-Lise Campion et Raymonde Le Texier, je vous redis, madame la ministre, notre opposition à ces maisons de naissance telles que vous nous les présentez et notre très grande interrogation sur les raisons qui vous ont poussée à faire cette proposition. On a entendu ici, à ce sujet, un certain nombre de remarques.

Il ne s'agit évidemment pas pour nous de mettre en cause les personnels de santé, quels qu'ils soient, et particulièrement les sages-femmes. Je suis bien placée, en tant que mère, pour savoir combien leur rôle est important dans un grand nombre d'accouchements.

Bien sûr, Claire-Lise Campion l'a dit, il convient de ne pas surmédicaliser l'accouchement, qui est avant tout un acte de vie. Cette dimension humaine doit être prise en compte, et elle ne l'est malheureusement pas toujours. Mais il ne faut pas oublier que des problèmes très sérieux peuvent surgir au cours de l'accouchement, avec une issue parfois tragique.

Je me permettrai, une fois n'est pas coutume, de citer un cas particulier dont j'ai eu récemment connaissance puisqu'il s'agit de la belle-fille de l'un de mes adjoints à la mairie de Saint-Fons. Son accouchement s'est mal passé et l'issue aurait pu être dramatique pour elle, alors qu'elle est âgée de seulement de vingt-cinq ans, qu'elle est en bonne santé, sportive, et que sa grossesse s'était vraiment déroulée dans le bonheur de l'attente. Heureusement, cette jeune femme avait choisi d'accoucher dans la maternité d'un grand hôpital lyonnais, qui a pu et su mobiliser rapidement l'ensemble des moyens pour la sauver.

Selon Jacques Lansac, président du collège national des gynécologues et obstétriciens français, l'accouchement non médicalisé comporte un danger réel dès lors que l'on quitte le cadre du plateau technique des hôpitaux et des cliniques. Le plateau technique implique en effet un appareillage adapté au risque médical estimé pour le fœtus. Il est impossible d'affirmer qu'un accouchement se passera bien avant son terme, insiste-t-il. On n'est jamais à l'abri d'une hémorragie, d'une déchirure du col de l'utérus ou d'une asphyxie du bébé.

Madame la ministre, il n'est pas concevable que tout le travail qui est accompli depuis des années afin d'améliorer la sécurité de la mère et de l'enfant et qui a permis d'enregistrer de vrais progrès en la matière soit mis à mal par la précipitation dont vous faites preuve pour mettre en place ces maisons de naissance.

Trop de questions demeurent: celle, bien sûr, de la prévention pendant la grossesse, pour l'enfant et la mère; celle du portage de l'investissement relatif à ces structures; celle de la responsabilité des professionnels et de l'établissement.

Je le dis à mon tour, la position du Gouvernement est absolument paradoxale. D'un côté, madame la ministre, vous avez décidé de fermer des maternités de proximité – notre collègue Annie David citait ce matin le cas du plateau Matésin, dans l'Isère – sous prétexte que celles-ci ne permettraient pas d'assurer la sécurité des femmes et, de l'autre, alors que certaines maternités sont en train de fermer, vous nous proposez ces maisons de naissance. Mais quelle sécurité offriront-elles?

Ne serait-ce que pour ces raisons-là, je pense décidément qu'il faut supprimer cet article 40. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG. – M. Adrien Giraud applaudit également.*)

M. le président. La parole est à Mme Annie David, pour explication de vote.

Mme Annie David. Je vous avoue que je suis vraiment perplexe, madame la ministre, devant cette politique de fermeture des maternités qui n'assurent pas une sécurité suffisante.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Vous n'êtes pas d'accord pour qu'on les ferme ?

Mme Annie David. Non, je n'approuve pas la fermeture de tant de nos maternités. Moi, je serais favorable à la mise en place d'une plus grande sécurité dans ces services. Or vous nous proposez la création de maisons de naissance.

Je me permettrai de revenir sur quelques points, même s'ils ont déjà été évoqués.

Tout d'abord, et je rejoins en cela ce que disait Mme Dini, vous commettez une maladresse en nous proposant cette mesure dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale, avec lequel elle n'a rien à voir : elle aurait dû figurer dans un texte de santé publique. Sauf à admettre, madame la ministre, que son objectif n'était que de faire réaliser des économies à la sécurité sociale... Et là, pour le coup, on ne pourrait absolument pas vous suivre : s'il s'agit de faire des économies sur la santé des mères et de leur nourrisson, c'est plus que mesquin !

Par ailleurs, madame la ministre, vous auriez pu nous donner plus d'explications, notamment sur les conditions dans lesquelles ces maisons de naissance vont être créées et sur leur fonctionnement.

Vous nous parlez des Pays-Bas. Mais, dans ce pays, ces structures n'ont pas un but commercial, me semble-t-il. Or, en France, ce sera différent puisqu'elles ne seront pas créées dans des établissements publics.

Je souhaite également évoquer la démedicalisation des accouchements. À cet égard, vous ne pouvez rien reprocher au groupe CRC-SPG puisque nous avons à plusieurs reprises plaidé pour cette démedicalisation, notamment lors de l'examen de la loi HPST. Je rejoins là Mme Hermange : nous pourrions prévoir, au sein des maternités, un niveau technique tel que tous les accouchements ne soient pas médicalisés à outrance.

Nous avons aussi demandé ici même, au cours de la discussion du texte HPST, que la profession de sage-femme, qui est l'une des quatre professions médicales, voie enfin reconnu son pouvoir de diagnostic et de prescription en matière de suivi des grossesses et de réalisation des accouchements « physiologiques », par opposition aux accouchements « pathologiques ».

Puisque vous nous dites que les femmes désirent un accouchement moins médicalisé...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Certaines !

Mme Annie David. ... cela montre bien que nous ne sommes pas dans une posture d'opposition systématique à tout ce que vous suggérez.

Ce qui nous soucie le plus, c'est que, dans ces maisons de naissance, le niveau de sécurité sera insuffisant pour intervenir le cas échéant.

Monsieur About, vous qui êtes médecin, vous savez bien que, à partir du moment où la femme aura commencé le travail dans la maison de naissance, il sera difficile d'agir si un problème survient. Transporterez-vous la patiente en ambulance dans la maternité la plus proche ?

M. Nicolas About. Mais non ! Elle sera attenante ! C'est dans certaines cliniques que les choses se passent aujourd'hui comme cela !

Mme Annie David. Vous avez vous-même dit qu'une femme qui n'a *a priori* aucun souci peut en avoir au moment de l'accouchement ! Lorsque l'accouchement aura commencé, comment pourra-t-on assurer un bon niveau de sécurité dans la maison de naissance ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Elles seront mitoyennes d'un service de gynécologie-obstétrique !

M. Nicolas About. Nous ferons comme aujourd'hui en chirurgie !

Mme Annie David. Pourriez-vous me laisser parler, monsieur About !

M. Nicolas About. Vous m'interpellez !

Mme Annie David. C'est vous qui m'interpellez, en me disant que ce que je dis n'est pas vrai ; donc je vous réponds !

Vous nous dites aussi, madame la ministre, que de plus en plus de femmes accouchent chez elles. Mais pourquoi le font-elles ? Ce n'est pas toujours par choix !

Je citerai, comme ma collègue Christiane Demontès, un cas qui m'est proche. Une de mes amies a accouché très récemment à son domicile, dans la plus grande panique. Ce sont les pompiers qui l'ont fait accoucher, tout simplement parce qu'elle n'a pas pu se rendre à la maternité. Elle fait effectivement partie de ces femmes qui ont accouché chez elles, mais, croyez-moi, madame la ministre, ce n'était pas sa volonté.

Vous l'aurez compris, même si je milite pour que les femmes puissent accoucher de la façon la plus naturelle possible, la meilleure des solutions serait tout de même d'implanter ces maisons de naissance, si vous tenez absolument à en créer, au sein même de nos maternités, avec une assurance maximale de sécurité pour elles-mêmes et pour leur bébé.

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, pour explication de vote.

M. Alain Milon. D'abord, ce n'est pas parce qu'on refuse les maisons de naissance qu'on n'est pas favorable à l'accouchement à domicile et que l'on ne veut pas respecter la volonté des femmes d'accoucher chez elles ; à condition, évidemment, que la grossesse permette de croire que l'accouchement se passera bien, ce qui n'est pas toujours le cas.

Actuellement, les maisons de naissance n'existent pas encore, et si des accouchements à domicile ont lieu, c'est bien parce que les médecins acceptent de suivre leurs patientes jusqu'au moment de l'accouchement.

M. About a dit que le bon déroulement de l'accouchement se faisait grâce aux sages-femmes. Bien entendu, il n'est pas question pour nous de prétendre que les sages-femmes ne travaillent pas bien. Elles font un travail admirable, et si, au bout du compte, la feuille de maladie, est signée par le gynécologue-obstétricien, c'est parce qu'elles travaillent sous la responsabilité ou de l'hôpital ou du gynécologue-obstétricien de la clinique.

J'ajouterai que, tout à l'heure, notre collègue Gilbert Barbier a présenté un amendement tendant au dépôt d'un rapport sur la judiciarisation de la responsabilité des gynécologues obstétriciens. Que deviendra, dans le cadre des maisons de naissance, la responsabilité assurantielle des médecins pour celles dont l'accouchement se sera malheureusement mal passé.

En vérité, une grossesse qui se déroule normalement n'aboutit pas obligatoirement à un accouchement qui se passe bien. C'est ce qui arrive la plupart du temps, mais il peut survenir, lors de certains accouchements, une hémorragie de la délivrance, une rupture utérine ou d'autres accidents de ce type.

Si la maison de naissance est adossée à un service de maternité, comme vous l'avez dit, madame la ministre, gardons les maternités et ne faisons pas d'extension ! Sinon, elles peuvent se trouver à vingt minutes d'une maternité...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Aux Pays-Bas !

M. Alain Milon. En cas d'hémorragie de la délivrance ou de rupture utérine, ce n'est même pas la peine de prendre l'ambulance !

M. le président. La parole est à M. Alain Houpert, pour explication de vote.

M. Alain Houpert. Comparaison n'est pas raison !

Que je sache, une grossesse dure neuf mois,...

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

M. Alain Houpert. ... et, pendant ces neuf mois, on met de la pression sur les médecins, la famille, les parents, on multiplie les examens médicaux, avec des échographies – mon métier consiste précisément à faire des échographies prénatales –, on met en avant la responsabilité par rapport au diagnostic – souvenez-vous de l'amendement « Perruche » – et puis, lors de l'accouchement, on devrait revenir au Moyen-Âge !

Bien sûr, il y a quelques milliers d'années, on accouchait dans les cavernes et certains d'entre vous ont dit qu'ils étaient nés dans le lit de leurs parents. Mais nous sommes au XXI^e siècle. Moi, j'ai un fils de cinq ans : heureusement qu'il est venu au monde dans une maternité de niveau 3 ! Sinon, il ne serait pas là aujourd'hui. Et pourtant, la grossesse s'était bien passée.

Nous sommes à l'ère de la technologie, avec des médecins performants. Il ne faut pas revenir en arrière !

M. Guy Fischer. Très bien !

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ce débat est intéressant.

Mesdames, messieurs les sénateurs, plusieurs d'entre vous ont affirmé, en introduction de leur propos, qu'ils n'étaient pas opposés à la création des maisons de naissance, pas plus qu'au fait de répondre à la volonté exprimée par certaines femmes. (*Mmes Raymonde Le Texier et Christiane Demontès opinent.*)

Mme Christiane Demontès. Mais pas à n'importe quelles conditions !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Si vous voulez sécuriser encore le dispositif des maisons de naissance, je suis toute prête à en discuter. D'ailleurs, lors du débat à l'Assemblée nationale, j'ai accepté tous les amendements qui allaient dans ce sens.

Je n'ai pas l'intention de vous opposer un quelconque diktat. Il me semble toutefois que, par comparaison aux maisons de naissance dont l'installation se développe dans certains pays voisins, tous les dispositifs de sécurité ont d'ores et déjà été prévus en France.

J'ai bien précisé que ces maisons de naissance devraient être installées dans l'enceinte d'un hôpital, dans un lieu jouxtant un service de gynécologie-obstétrique pour que, à tout moment, en traversant un simple couloir, la future mère puisse être transférée vers une maternité de haut niveau technique.

Mme Christiane Demontès. Ce sont des lits de maternité dont vous parlez !

Mme Annie David. Quel statut auront les personnels ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Une expérimentation sera menée avec la création de cinq maisons de naissance.

M. François Autain. Où seront-elles implantées ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Des appels à projets seront lancés, monsieur le sénateur.

M. François Autain. Qui répondra à ces appels ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le Gouvernement propose d'ailleurs de financer ces cinq expérimentations à hauteur de 100 000 euros, ce qui explique que les dispositions que nous examinons trouvent leur place dans le PLFSS.

Quant à la structure juridique, qu'il ne me revient pas d'imposer, plusieurs solutions sont possibles selon que la maison de naissance résulte de la volonté d'un hôpital, d'une société civile professionnelle de sages-femmes, qui, sur le modèle des maisons médicales de garde, passerait une convention avec l'hôpital, ou d'une association. Quoi qu'il en soit, il m'importe surtout que de tels établissements présentent toutes les garanties de sécurité possibles, qu'il conviendra de déterminer ensemble ainsi qu'avec les professionnels concernés.

J'en reviens aux maternités existantes.

M. Guy Fischer. Il n'y en a pratiquement plus !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Il ne doit plus y avoir de maternités de mauvaise qualité dans notre pays.

La France a déjà le maillage de maternités le plus resserré d'Europe. Cependant, nous ne pourrions pas éviter les accouchements cataclysmiques, notamment de femmes multipares, qui peuvent mettre au monde leur enfant une dizaine de minutes après le début du travail. (*M. Gilbert Barbier acquiesce.*)

M. François Autain. Les pompiers sont formés pour gérer ces situations.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Les médecins membres de cette assemblée ne me contrediront pas : on ne pourra pas empêcher que des femmes accouchent sur le trottoir, dans un supermarché ou dans la voiture des pompiers !

D'aucuns ont évoqué également la très légère hausse de la mortalité infantile en 2009. C'est un autre sujet, mais quelques pistes permettent d'expliquer ce phénomène, notamment la mortalité infantile outre-mer, qui pose un vrai problème.

À cet égard, j'ai écouté attentivement les propos de M. Giraud sur le fait religieux à Mayotte...

Mme Raymonde Le Texier. Pas seulement à Mayotte !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. ... qui vont plutôt dans mon sens : si nous pouvions fournir une offre alternative, moins médicalisée, avec des sages-femmes exerçant au sein d'une maison de naissance, nous arriverions peut-être à prendre en charge un plus grand nombre de mères.

La mesure que je propose est parfaitement cohérente avec le fait d'assurer un haut niveau de sécurité dans les maternités.

Ainsi, alors que le maillage de maternités est beaucoup plus resserré en France qu'en Suède, où la distance qui sépare un foyer d'une maternité peut atteindre cent kilomètres, notre pays connaît un nombre d'hémorragies du post-partum plus élevé, car il a choisi de maintenir certaines maternités de moindre qualité. Ce fait est dramatique ! Lorsqu'un problème survient au cours d'un accouchement, il faut disposer d'un service de réanimation à proximité, aussi bien pour la mère que pour l'enfant.

La création des maisons de naissance ne s'oppose d'ailleurs nullement à cette nécessité, à condition que de telles structures soient attenantes à une maternité de très haut niveau.

Ce faisant, je réponds aux préoccupations de Marie-Thérèse Hermange : il est tout à fait logique d'exiger des maternités de haut niveau technique. Mais pourquoi ne pas développer juste à côté, voire dans leurs murs, une offre alternative ?

Mme Christiane Demontès. Dans ce cas, pourquoi supprimer des lits de maternité ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. L'offre de lits dans les maternités est très largement suffisante dans notre pays, madame la sénatrice. (*Protestations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

Le Gouvernement veut développer une offre expérimentale, alternative, qui répondra à des normes fixées par la Haute Autorité de santé, que l'on pourra arrêter à tout moment et qui fera l'objet d'un bilan.

Il me semble que nous apportons d'ores et déjà toutes les garanties de sécurité. Mais si, à partir du cahier des charges qui sera déterminé par la Haute Autorité de santé – vous voudrez bien reconnaître, mesdames, messieurs les sénateurs, que cette instance n'est pas spécialement réputée pour son laxisme en matière de sécurité – vous souhaitez faire des propositions pour sécuriser encore le dispositif que je vous soumetts, je suis toute prête à les examiner.

Vous prétendez que vous n'êtes pas opposée aux maisons de naissance, madame David. Mais qu'avez-vous à me proposer ?

Mme Annie David. Je vous l'ai déjà dit : un statut public au sein d'une maternité !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je ne sache pas que le statut public garantisse nécessairement une moindre mortalité infantile. Soyons sérieux : je faisais référence à des normes techniques.

Je le répète une dernière fois : cette expérimentation se déroulera à l'intérieur de l'hôpital public, dans des locaux attenants à une maternité de bon niveau. Finalement, la question est de savoir s'il est encore possible de faire évoluer, ne serait-ce qu'à la marge, notre système de santé pour y introduire quelques innovations.

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote. (*Protestations sur les travées de l'UMP.*)

M. Guy Fischer. Je citerai un exemple que je connais bien pour montrer que la création des maisons de naissance n'est pas sans lien avec les restructurations et le démantèlement du service public hospitalier. (*Mme la ministre marque son désaccord.*)

Nous avons, à Lyon, un petit bijou : l'hôpital pour enfants Debrousse, situé sur la colline, au sommet de la montée de Choulans. Or, dans le cadre de la restructuration des Hospices

civils, on a créé, pour optimiser les moyens, l'hôpital mère-enfants de Bron. En réalité, on a accouché d'un monstre ; je constate aujourd'hui que certains services de cet hôpital, qui regroupe pourtant les équipes les plus prestigieuses de la région, sont entièrement fermés faute de moyens.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. C'est absurde, dès lors que s'applique la tarification à l'activité !

M. Guy Fischer. Je constate aussi que, non loin de cet établissement, a été édifée une clinique répondant au nom de Natecia. Je croyais que celle-ci était spécialisée dans les grossesses à risques. Je me suis aperçu, en réalité, qu'il n'en était rien et que, en cas de problèmes, les patientes étaient transférées vers l'hôpital mère-enfants.

Ainsi, d'un côté, on rationalise et, de l'autre, on crée des cliniques destinées à prendre en charge des grossesses sans histoire, ces établissements venant concurrencer les hôpitaux Édouard-Herriot et Jean-Mermoz. Croyez-moi, mes chers collègues, ces structures fleurissent un peu partout dans l'agglomération lyonnaise !

M. Nicolas About. Vous oubliez que Natecia est le fruit du regroupement de trois cliniques...

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 121, 252, 316 rectifié, 355 et 495 rectifié.

(*Les amendements sont adoptés.*)

M. le président. En conséquence, l'article 40 est supprimé, et les amendements n° 372 rectifié et 496 n'ont plus d'objet.

Articles additionnels après l'article 40

M. le président. L'amendement n° 76, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'article 40, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La section 6 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un article ainsi rédigé :

« Art. - L'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut expérimenter, à compter du 1^{er} juillet 2011, et 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 pour des actes chirurgicaux ou interventionnels exercés en dehors d'un établissement de santé.

« Un décret fixe les modalités de mise en œuvre de l'agrément de l'agence régionale de santé, sous réserve du résultat d'une visite de conformité et au vu d'un dossier justifiant que ces centres fonctionneront dans des conditions conformes aux prescriptions techniques de la Haute Autorité de santé correspondant à leur activité. L'agrément vaut autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux, au sens de l'article L.162-21. Le décret fixe également le modèle de la convention type entre le centre autonome agréé et un établissement de santé public ou privé ainsi que les modalités de l'évaluation de l'expérimentation.

« La liste des actes concernés par l'expérimentation est fixée par arrêté ministériel.

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

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

M. Alain Vasselle, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. Cet amendement vise à permettre, par expérimentation, le développement de nouveaux modes de prise en charge pour la chirurgie ambulatoire.

Un décret devrait fixer les modalités d'agrément des centres autonomes ainsi créés, dans des conditions conformes aux prescriptions techniques de la Haute Autorité de santé. Il devrait également prévoir un modèle de convention entre ces centres et un établissement de santé.

La commission a longuement débattu de ce sujet et il lui a semblé important de susciter un débat en séance publique sur la question des alternatives à l'hospitalisation.

Ces alternatives, nettement plus développées à l'étranger qu'en France – nous venons d'avoir de longs échanges sur les maisons de naissance –, ont un double avantage : éviter les contraintes de l'hospitalisation pour le patient et réduire les coûts pour notre système de santé.

Naturellement, la question de la sécurité est centrale. Ces nouvelles modalités ne peuvent pas se faire au détriment des malades. Mais comment imaginer que l'autorisation de tels centres signifierait l'érosion de la qualité ou de la sécurité ? Ces derniers devraient bien évidemment respecter des critères et des normes définis par les pouvoirs publics, sur la base de prescriptions précises de la Haute Autorité de santé, auxquelles cet amendement fait bien entendu référence.

Madame la ministre, nous avons souhaité soulever cette question car vous travaillez justement à l'élaboration de décrets relatifs à la chirurgie qui traitent de ce sujet : quelle en est la teneur ? Qu'en attendez-vous ? Quand le Gouvernement compte-t-il les publier ? Quand ces centres de chirurgie ambulatoire autonomes seront-ils mis en place ?

Nous insistons depuis de nombreuses années sur le développement de ce type d'alternatives, mais, telle sœur Anne, nous ne voyons rien venir... Or les progrès technologiques permettent aujourd'hui de les mettre en œuvre en toute sécurité pour un certain nombre d'actes qui doivent être définis et encadrés.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre*. Monsieur le rapporteur général, vous avez fait un vibrant plaidoyer – que je partage – en faveur d'actes chirurgicaux ou d'interventions réalisés en dehors d'un établissement de santé. En réalité, l'amendement n° 76 vise en premier lieu la possibilité de pratiquer la chirurgie de la cataracte en dehors d'un établissement de santé.

C'est, vous le savez, l'intervention chirurgicale la plus fréquente : 590 000 opérations ont été effectuées en 2008 et le montant du remboursement s'est élevé à 840 millions d'euros.

Je ne suis pas opposée au développement de la chirurgie ambulatoire, mais je souhaite que cette pratique soit véritablement médicalisée et qu'elle apporte les mêmes garanties de sécurité que la chirurgie en milieu hospitalier.

M. Alain Vasselle, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. Nous sommes d'accord !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre*. La Haute Autorité de santé a rendu un avis, au mois de juillet 2010, rappelant que l'opération de la cataracte est une véritable activité chirurgicale ; malgré une anesthésie locale, le risque lié à tout acte chirurgical demeure et des précautions doivent être prises.

La HAS rappelle aussi que, même en cas de réalisation d'une anesthésie topique, la présence de l'anesthésiste est nécessaire en raison, notamment, de l'âge relativement élevé de la population concernée et de fréquentes comorbidités. Il peut, en effet, être nécessaire de modifier la composition anesthésique au cours de l'intervention.

Or eu égard à cet avis de la HAS, nous n'avons pas, à l'heure actuelle, toutes les garanties que les opérations de la cataracte effectuées en dehors d'un établissement de santé, donc dans un cabinet libéral, répondent aux exigences de sécurité que nous sommes en droit d'attendre. C'est la raison pour laquelle le Gouvernement vous demande, monsieur le rapporteur général, de bien vouloir retirer l'amendement n° 76. À défaut, il émettra un avis défavorable.

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

M. Alain Vasselle, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. Nous partageons totalement vos préoccupations, madame la ministre. J'ai d'ailleurs fait allusion, lors de la présentation du présent amendement, à la nécessaire référence à la Haute Autorité de santé.

Mais j'ai aussi évoqué des décrets en préparation sur ce sujet. J'en imagine la teneur à l'écoute de vos propos, mais vous ne m'avez précisé ni le calendrier de leur publication ni la date à laquelle vous envisagez de donner votre accord quant à la mise en place de ces centres de chirurgie ambulatoire autonomes.

Attendez-vous des éléments de la Haute Autorité de santé ? Dans quels délais espérez-vous les obtenir ?

Si vous m'apportez des précisions sur ce point, madame la ministre, je retirerai volontiers l'amendement n° 76, qui avait ce seul objet.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre*. Monsieur le rapporteur général, je n'ai pas *hic et nunc* les éléments me permettant de vous répondre de façon détaillée. Je me tiens à votre disposition pour vous les envoyer.

Cependant, eu égard à la chronologie du débat parlementaire, je réitère tout de même ma demande de retrait ; à défaut, j'émettrai un avis défavorable et, bien sûr, je vous transmettrai les informations en question le plus rapidement possible.

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

M. Alain Vasselle, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. Tout en attendant une réponse avant la fin du débat ou, au plus tard, avant la réunion de la commission mixte paritaire, je retire mon amendement.

M. le président. L'amendement n° 76 est retiré.

L'amendement n° 318, présenté par M. Houpert, est ainsi libellé :

Après l'article 40, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Avant le dernier alinéa de l'article L. 5126-2 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les pharmacies à usage intérieur peuvent confier, par un contrat écrit, à un dépositaire au sens du 4° de l'article R. 5124-2, le stockage, la préparation des approvisionnements et la distribution des médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1, des dispositifs médicaux stériles, des produits officinaux divisés mentionnés au 4° de l'article L. 5121-1 ainsi que des préparations visées au huitième alinéa de l'article L. 5126-2 qui sont destinés à l'usage particulier des malades dans les établissements où elles sont constituées ou qui sont nécessaires à la réalisation de leur mission. »

La parole est à M. Alain Houpert.

M. Alain Houpert. La loi HPST vise, sous l'influence de la loi organique relative aux lois de finances et de la révision générale des politiques publiques, à optimiser l'efficacité des établissements de santé. Cette démarche inclut une réflexion générale et la mise en place, sous l'égide des ARS, de regroupements d'activités, de compétences, de services et d'établissements.

Les missions fondatrices de l'hôpital ne sauraient donner lieu à une sous-traitance. Cependant, à l'instar de ce qui est pratiqué dans les domaines de la nutrition hospitalière, de la stérilisation ou de la préparation de certains produits de santé, une partie des activités réalisées au sein de l'hôpital pourrait judicieusement être sous-traitée à des acteurs publics ou privés, experts en la matière. Il s'agirait de donner du sens à la volonté de développer des partenariats public-privé.

Ces sous-traitances devraient se concevoir au prix de quatre conditions.

Première condition : elles devraient être menées à bien sous le contrôle des professionnels de santé de l'hôpital et en accord avec eux.

Deuxième condition : elles devraient être réalisées avec des prestataires qui ont reçu de la part des autorités une autorisation pour exercer une telle sous-traitance ou sont habilités par les textes à pratiquer l'activité en question – par exemple, être un établissement pharmaceutique.

Troisième condition : elles devraient obéir à un cahier des charges précis dans lequel figurent les aspects économiques, mais également les engagements qualitatifs et quantitatifs. Ce cahier des charges doit être validé par l'ARS et donner lieu à la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entre l'hôpital et le prestataire.

Enfin, quatrième condition : ces sous-traitances devraient pouvoir montrer une amélioration de l'efficacité de l'établissement, étant pris en compte des critères d'organisation du travail en interne, de réduction de coûts ou de redéploiement possible des personnels et des moyens à des tâches plus proches de la mission de santé des établissements.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission souhaiterait connaître l'avis du Gouvernement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le Gouvernement émet un avis défavorable, parce que l'unicité du circuit pharmaceutique est un élément extrêmement important de la sécurité non seulement des établissements, mais aussi de la qualité des soins.

D'ailleurs, le circuit du médicament est le premier en cause quand surviennent des accidents en milieu hospitalier, des « événements indésirables graves », pour reprendre la terminologie classique. Par conséquent, scinder au profit d'un prestataire la politique du médicament, qui fait partie des missions fondatrices de l'hôpital, présente des risques dont il convient de mesurer précisément les impacts.

La sous-traitance de la distribution des médicaments entraînerait, évidemment, une rupture dans l'unicité de ce circuit et exposerait au risque de ne plus assurer une prise en charge médicamenteuse garantissant au patient sécurité et qualité.

Je comprends que certains établissements puissent être tentés, par commodité, de choisir cette solution, mais la sécurité des malades doit primer sur toute autre considération.

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

M. Guy Fischer. Je souhaite revenir sur la restructuration des hôpitaux que j'ai évoquée hier. Au moment où nous parlons de chirurgie ambulatoire, les funestes conséquences de l'application de la T2A commencent à se faire sentir brutalement partout, y compris dans les fleurons de notre hôpital public.

Je reprendrai plus précisément l'exemple particulièrement éloquent que j'ai donné hier, madame la ministre : celui de la chirurgie du foie aux Hospices civils de Lyon.

Dans le cadre de la restructuration du groupement hospitalier Nord des Hospices a été ouvert, à la fin du mois d'août, le nouveau bâtiment médico-chirurgical, dans lequel la direction a décidé de regrouper les deux services pratiquant auparavant les greffes hépatiques.

Inévitablement, dans un seul service ne bénéficiant d'aucune augmentation d'effectifs, le nombre de greffes pratiquées ne sera plus le même. Quant aux listes de patients en attente des hôpitaux Édouard-Herriot et de la Croix-Rousse, elles seront fusionnées.

Le service fermé était dirigé par un éminent chirurgien, spécialiste des greffes pédiatriques et des greffes à partir du vivant, expert mondialement reconnu, auteur, en 1992, de la première greffe d'une partie du foie issue d'un donneur vivant.

Dans le nouveau service ne sont effectuées que des transplantations. Il faudra peut-être jusqu'à trois ans pour reconstituer une équipe en mesure de pratiquer à Lyon des greffes sur des enfants ou à partir de donneurs vivants. En attendant, les enfants seront transférés sur Paris.

Les personnels ont un profond sentiment de gâchis, tout comme les patients en attente de greffe, dont certains perdront des chances d'être greffés au plus vite.

Par ailleurs, la pénurie en personnel est telle que des lits sont fermés pour assurer la sécurité des patients.

Telle est, mes chers collègues, selon les dires mêmes d'un ancien greffé, « la lamentable situation de destruction d'un des plus performants centres de transplantation hépatique de France ».

M. le président. La parole est à M. Alain Houpert, pour explication de vote.

M. Alain Houpert. Je suis en désaccord avec Mme le ministre. L'amendement n° 318 a pour objet d'externaliser non pas la pharmacie centrale des hôpitaux, mais seulement la logistique des médicaments à l'intérieur de l'hôpital, comme tel est déjà le cas pour la stérilisation.

Il vise, par la réalisation d'économies, à recentrer l'hôpital sur ses activités et à dégager des moyens pour soigner les patients et non pour faire autre chose.

Certains hôpitaux ont adopté cette démarche, en particulier celui de Rouen qui a réalisé, grâce notamment au professeur Bernard Dieu, 5 millions d'euros d'économies.

Si nous parvenons à faire de même sur l'ensemble de l'Hexagone, nous réaliserons des économies substantielles. Je constate cependant la myopie de l'administration à l'égard de la validation des bonnes actions.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 318.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, après l'article 40.

Article 41

À la fin de la deuxième phrase du premier alinéa du VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 précitée, les mots : « des établissements mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du même code » sont remplacés par les mots : « les plus bas ».

M. le président. L'amendement n° 539, présenté par MM. Milon et Gilles, est ainsi libellé :

Compléter cet article par les mots :

sur la base du taux de prise en charge par le régime obligatoire

La parole est à M. Alain Milon.

M. Alain Milon. Afin de poursuivre la convergence tarifaire, il convient de déterminer un modèle de convergence qui décrive précisément et de façon opérationnelle le système de tarification à construire d'ici à 2018.

À cet égard, en cas de convergence du privé vers le public, il est nécessaire que l'équité puisse être respectée.

Or le modèle de convergence proposé à l'article 41 compare les montants payés, tous payeurs confondus, c'est-à-dire en incluant les dépassements, alors que le taux de prise en charge par le régime obligatoire n'est pas le même.

Il n'est pas équitable que pour un montant rendu identique, tous payeurs confondus, la solidarité nationale n'intervienne pas dans les mêmes conditions.

C'est pourquoi, dans l'attente de la mise en place du secteur optionnel, si le processus de convergence est orienté vers les tarifs les plus bas, il doit être précisé que ces tarifs sont calculés sur la base du taux de prise en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie.

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

M. Alain Vasselle, *rapporteur général de la commission des affaires sociales.* La commission souhaiterait connaître l'avis du Gouvernement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* Vous souhaitez, monsieur Milon, affiner la notion de convergence vers les tarifs les plus bas, en précisant que ceux-ci doivent être calculés sur la base du taux de prise en charge par l'assurance maladie. La convergence suppose que l'assurance maladie rémunère à un même tarif des prestations équivalentes, hormis les différences liées à la nature des charges.

Cependant, le remboursement par l'assurance maladie ne couvre qu'un coût partiel, puisque les patients ou leurs assurances complémentaires contribuent, par le paiement du ticket modérateur et du forfait journalier, ainsi que par les honoraires et par les dépassements qui s'y attachent, au financement des prestations en établissement. Il en résulte deux difficultés qui doivent être prises en compte.

L'évaluation de l'efficacité médico-économique de chacun des deux secteurs ne peut pas se limiter à la comparaison des dépenses d'assurance maladie mais doit aussi prendre en considération tous financeurs.

En effet, si l'un des deux secteurs peut percevoir des rémunérations d'autres financeurs, ce processus introduit une différence de périmètre dans la nature des charges couvertes par les tarifs. Par exemple, dans les établissements privés, une partie du personnel peut être rémunérée par les médecins – les secrétaires médicales, certains manipulateurs radio – et pas par les établissements eux-mêmes.

Par ailleurs, afin de garantir une convergence équitable, il convient d'assurer l'égalité non seulement de la dépense pour le régulateur, mais aussi du reste à charge pour le patient.

Pour prendre en compte ces deux difficultés, la démarche de convergence ciblée de 2010 a nécessité de reconstituer un tarif virtuel pour les établissements qualifiés d'« ex-OQN » intégrant à la fois les honoraires, mais également une partie des dépassements, afin de ne pas biaiser la comparaison au détriment des établissements ex-dotation globale. L'adoption de l'amendement n° 539 aboutirait à diminuer plus fortement leurs tarifs, sans garantie d'équité.

Certes, en réalité, le tarif privé est supérieur au tarif public en raison des dépassements et non du tarif versé à la structure. Il ne serait ni raisonnable ni juste de diminuer ce dernier tarif. Cette difficulté a été bien identifiée ; il en sera tenu compte lors de la fixation des tarifs et de la conduite du processus de convergence.

Sous le bénéfice de cette explication un peu longue et technique, je le reconnais, mais nécessaire, je vous demande, monsieur Milon, de bien vouloir retirer votre amendement. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

M. le président. Monsieur Milon, l'amendement n° 539 est-il maintenu ?

M. Alain Milon. Je vous fais confiance, madame la ministre, et je retire cet amendement, en espérant que vous tiendrez vos engagements dans les semaines et mois à venir.

M. le président. L'amendement n° 539 est retiré.

Je mets aux voix l'article 41.

(L'article 41 est adopté.)

Articles additionnels après l'article 41

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 186 est présenté par M. Gouteyron.

L'amendement n° 542 rectifié est présenté par MM. Milon, P. Blanc, Laménié et J. Blanc, Mme Hermange et MM. Marini, Revet et Mayet.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 41, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. - Après la première phrase du premier alinéa du VII de l'article 33 de la loi 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour l'année 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 sociales et fiscales supportées par les catégories d'établissements visés à l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, lorsqu'à défaut de la correction desdits écarts de coûts, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I du même article sont identiques pour les établissements visés au *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 dudit code d'une part, et lorsque des tarifs nationaux des prestations pour l'ensemble des catégories d'établissements visés à l'article L. 162-22-10 du même code sont établis sur la base d'une convergence totale, à périmètre tarifaire comparable, d'autre part. »

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

1° Avant le dernier 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 au 1° et 2° du I, correspondant aux écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale et fiscale, lorsqu'à défaut de la correction desdits écarts de charges financières, les tarifs nationaux des prestations et les forfaits annuels susvisés sont identiques pour les établissements visés au *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 dudit code d'une part, et lorsque des tarifs nationaux des prestations pour l'ensemble des catégories d'établissements visés à l'article L. 162-22-10 du même code sont établis sur la base d'une convergence totale, à périmètre tarifaire comparable, d'autre part. »

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

M. le président. L'amendement n° 186 n'est pas défendu.

La parole est à M. Alain Milon, pour présenter l'amendement n° 542 rectifié.

M. Alain Milon. Le présent amendement vise à intégrer explicitement, dans la conduite de la convergence tarifaire intra et intersectorielle, les écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes dans la détermination des charges sociales et fiscales entre établissements de santé publics, d'une part, et établissements de santé privés à but non lucratif et de statut commercial, d'autre part. Ces contraintes exogènes pèsent inégalement sur ces diverses catégories d'établissements.

Je propose, par conséquent, qu'un coefficient correcteur soit instauré, afin de tenir compte de ce différentiel, qui résulte, au même titre que le coefficient géographique déjà prévu par la

loi, de contraintes spécifiques modifiant de manière manifeste, permanente, et substantielle le prix de revient de certaines prestations.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Il s'agit d'un sujet récurrent à chaque PLFSS. En qualité de rapporteur, j'avais été moi-même l'auteur d'un amendement de cette nature. Mais à chaque fois, le Gouvernement oppose une fin de non-recevoir.

Plusieurs rapports, dont un émanant de l'IGAS, ont confirmé ce différentiel de charges. Aujourd'hui, le constat est clair. Il appartient donc au Gouvernement de décider à quel moment il va accepter d'intégrer cet élément. Que compte-t-il faire ?

Je sais que les avis sont partagés. Lors de son audition, Mme Podeur nous a expliqué que les gains de productivité permettaient d'absorber ce différentiel de 4 %, et que l'on pouvait maintenir le *statu quo*. Je n'ai pas trouvé très convaincants les éléments de réponse. Je compte par conséquent sur vous, madame la ministre, pour nous éclairer.

Cela étant, la commission s'en remet à la sagesse de la Haute Assemblée.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je pense que nous sommes d'accord sur le diagnostic. Une étude de l'IGAS et une autre du ministère ont toutes deux conclu à un coût du travail supérieur pour les établissements privés à but non lucratif que pour les établissements publics. La question est de savoir si un coefficient correcteur est la bonne solution pour remédier à ces différences. Toute création d'un coefficient *ad hoc* conduirait l'assurance maladie à assumer soit les décisions prises par les opérateurs privés dans le cadre d'une convention collective, soit les décisions adoptées par l'État dans le cadre de dispositions fiscales.

La création de sur-tarifs pour certaines catégories d'opérateurs est, en réalité, contradictoire avec l'objectif, fondamental, de la convergence tarifaire que j'ai souvent développé devant vous et qui tend à ce que l'assurance maladie rémunère au même tarif la même prestation. Dès lors, c'est sur le périmètre des prestations et des obligations incombant aux établissements qu'il convient de travailler, et non sur les spécificités de coûts de production. Dans le cas présent, le coefficient correcteur aurait pour conséquence une augmentation des tarifs, que vous souhaitez voir baisser, et qui se rapprocheraient de ceux du secteur privé à but lucratif. Un tel mécanisme créerait, en fait, de la divergence et non de la convergence.

Il existe, *last but not least*, des risques inflationnistes importants liés à la reconnaissance des surcoûts induits par une telle approche. Les services du ministère ont chiffré ce surcoût à plus de 100 millions d'euros si seuls les établissements privés à but non lucratif étaient concernés et à plus de 400 millions d'euros si tous les établissements privés étaient visés, ce qui serait légitime. En effet, les règles fiscales et sociales sont les mêmes pour l'ensemble de ces établissements.

Je tiens à préciser que l'application d'un coefficient correcteur ne garantirait pas l'équilibre financier futur de ces établissements. Leur avenir dépend de leurs efforts d'efficience, de choix stratégiques, du positionnement qu'ils adoptent sur tel ou tel segment d'activité eu égard aux besoins de santé du territoire.

Pour résumer, nous partageons le diagnostic, mais la solution proposée ne répondrait pas à l'objectif de convergence, créerait même de la divergence, et serait d'un coût extrêmement élevé pour l'assurance maladie.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Madame la ministre, la solution proposée ne serait pas la bonne. Mais quelle serait-elle ? Cette question ne doit pas être éludée à chaque PLFSS et la situation dure depuis bien trop longtemps. Que le Gouvernement prenne au moins l'engagement de parvenir à une solution lors de l'examen du PLFSS pour 2012.

Se posent des problèmes de fiscalité et de charges sociales. Des rapports de l'IGAS ayant confirmé le différentiel, c'est donc qu'il existe un réel problème, qui doit être résolu.

Cela étant, la commission s'en remet toujours à la sagesse de la Haute Assemblée.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. J'ai indiqué un certain nombre de pistes que nous sommes en train d'explorer, notamment le périmètre des prestations. Gardons à l'esprit le fait que le niveau de qualification des personnels est différent dans les deux secteurs, étant donné, en particulier, l'importance du médico-social dans le secteur. La différence, certes, existe, mais elle est très minime, de l'ordre de 0,5 %.

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, pour explication de vote.

M. Alain Milon. Monsieur le rapporteur général, vous avez déjà abordé cette question à l'occasion du PLFSS pour 2008 et les premiers rapports de l'IGAS datent de 2006.

Madame la ministre, en effet, nous sommes d'accord sur le diagnostic, mais pas sur la solution. Je maintiens l'amendement n° 542 rectifié pour le moment, en attendant que la commission mixte paritaire propose un meilleur dispositif.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 542 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, après l'article 41.

L'amendement n° 77, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'article 41, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« À compter de 2011, au moins 10 % des tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale font l'objet, chaque année, de la convergence mentionnée au premier alinéa ; elle est complète pour au moins la moitié d'entre eux. »

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Voilà un morceau de choix pour le Gouvernement. Nos positions divergent sur ce sujet et sans doute en

sera-t-il de même cette année, y compris jusqu'à la réunion de la commission mixte paritaire. M. Bur déposera probablement alors un amendement de suppression. J'espère ne pas encourir de remarques désagréables, contrairement à l'année dernière (*Exclamations.*), remontant jusqu'au Premier ministre, selon lesquelles j'aurais joué un jeu surprenant.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ce ne sera pas le cas de ma part !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Madame la ministre, quoi qu'il en soit, ne vous inquiétez pas, les députés vous suivront, y compris nos collègues de l'opposition défavorables à la convergence. Nous prenons cependant date pour étudier les modalités futures.

Le processus de convergence tarifaire entre les catégories d'établissements de santé a été lancé en 2003 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, et reporté régulièrement depuis lors. Pour 2010, le Gouvernement a décidé une convergence ciblée qui a concerné trente-cinq groupes homogènes de malades, GHM, dont vingt et un ont été complètement rapprochés, ce dont je me félicite. Les économies estimées se sont élevées à 150 millions d'euros. Vous avez annoncé, madame la ministre, que vous alliez poursuivre sur cette voie en 2011.

L'amendement n° 77 vise à sécuriser ce processus engagé par le Gouvernement, en fixant un objectif, certes ambitieux, de 10 % de GHM concernés chaque année par la convergence, dont la moitié doit être complètement rapprochée. Cette programmation doit permettre de planifier à l'avance les différentes étapes et renforcera donc la visibilité de la convergence pour les acteurs concernés.

Dès la discussion générale, vous nous avez annoncé, madame la ministre, que vous ne seriez pas favorable à notre proposition qui tendrait à figer *a priori* le nombre de tarifs concernés annuellement par la convergence. Selon vous, cette méthode ferait l'impasse sur la question préalable du périmètre pertinent de la convergence. Vous avez même ajouté que ce processus, pour qu'il soit bien accepté par les offreurs de soins, se doit d'être fondé sur des études précises et bien documentées, permettant d'éclairer les différentiels de coûts et de prise en charge entre les différents secteurs. Nous en sommes d'accord. Nous y voilà ! Les études !

Nous attendons celles-ci depuis longtemps maintenant, et elles ont déjà justifié le report de l'échéance à votre demande, madame la ministre. Or elles sont manifestement retardées, voire bloquées : peut-on espérer avoir une vision claire des choses en 2012, comme prévu, dans ces conditions ?

Par ailleurs, vous dites que nous allons figer les choses avec 10 % de GHM par an, leur nombre total s'élevant aujourd'hui à environ 2 400. Je crois, au contraire, que nous vous laissons beaucoup de souplesse.

Enfin, vous évoquez la question préalable du périmètre pertinent de la convergence. Sur cette question évidemment centrale, depuis sept ans, votre ministère n'a pas pu avancer.

Pour toutes ces raisons, je vous demande, mes chers collègues, d'adopter l'amendement n° 77, qui a pour objet de fixer un calendrier réaliste et progressif et à tendre vers l'objectif de 2018.

Je suis prêt à réfléchir avec le Gouvernement à des modalités différentes, mais intégrant une véritable progressivité de la convergence.

Je veux bien comprendre que l'on soit obligé d'agir lentement au départ, mais si l'on démarre trop lentement, il faudra accélérer d'autant plus pour respecter la date butoir de 2018. Si la convergence ne concerne que 150 GHM par an, je vous laisse imaginer, grâce à un simple calcul arithmétique, le rythme que nous devons tenir au cours des dernières années précédant l'échéance. Il existe une forte probabilité pour que, en 2016 ou en 2017, faute d'y parvenir, on reporte encore à 2025 ou 2030. Ce n'est pas ce que nous souhaitons !

L'amendement n° 77 a pour objet de vous sensibiliser, tout comme l'opinion, ainsi que les acteurs du secteur des soins et les responsables des établissements hospitaliers, à ce travail, qui nous paraît incontournable.

J'espère que les études vont enfin aboutir. Quatre ou cinq sur seize ont été menées à leur terme. Il est terrible de constater régulièrement que de nouvelles études doivent encore être lancées, la dernière n'étant pas complètement satisfaisante. On a l'impression que l'on n'en sortira jamais !

MM. Yves Daudigny et Jacky Le Menn. Le sujet n'est pas simple !

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. J'ai bien conscience que cet amendement ne vous satisfera pas, madame la ministre, connaissant déjà par avance les éléments de réponse que vous allez m'apporter, mais nous allons, malgré tout, vous écouter avec la plus grande attention ! (*Sourires.*)

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Monsieur le rapporteur général, pas plus que je ne me lasse de vous répéter la même chose depuis quatre ans, j'espère que vous ne vous lassez pas, vous non plus, d'entendre mes réponses... (*Sourires.*)

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Pas du tout ! La preuve !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je le dis avec la plus grande courtoisie à votre égard. (*Sourires.*)

Je tiens tout d'abord à vous remercier d'avoir salué les efforts que nous avons réalisés en matière de convergence ciblée.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cette question est très complexe dans la mesure où il faut apprécier les spécificités de chaque secteur. Je l'ai dit, je le répète, et je le répéterai encore, la convergence n'est pas l'égalité.

M. Jacky Le Menn. C'est très difficile à mettre en œuvre !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Nous devons tenir compte des charges différentes qui pèsent sur chaque secteur. Une première étape de convergence ciblée a été franchie en 2010 ; une nouvelle étape est prévue en 2011. Je veux de la volonté et de la justice.

Monsieur le rapporteur général, vous avez anticipé mes réponses, car j'ai une certaine constance dans le raisonnement. (*Sourires.*)

Nous butons effectivement sur la résolution de la question fondamentale du périmètre pertinent de la convergence. Ce n'est pas par plaisir que nous menons de nouvelles études, c'est parce que nous sommes confrontés à des difficultés qui exigent des réflexions plus approfondies. Les premiers résultats

commencent à s'affiner et à être exploités par un groupe de travail dédié à la convergence et aux évolutions du modèle de financement qui est placé sous l'égide du ministère de la santé, et auquel participent les fédérations hospitalières.

Ne voyez pas dans ces retards de la mauvaise volonté, monsieur le rapporteur général ! Ceux-ci sont véritablement inhérents au processus de convergence.

La convergence ciblée doit rester une modalité de convergence dérogatoire exceptionnelle, car elle n'est pas adaptée à toutes les situations. Elle n'a de sens que pour des séjours pour lesquels les pratiques médicales et les modes de prise en charge sont suffisamment semblables et standardisés pour qu'un rapprochement des tarifs soit envisageable.

C'est la raison pour laquelle je ne suis pas favorable à l'amendement n° 77.

Nous restons effectivement l'un et l'autre sur nos positions, monsieur le rapporteur général : vous défendez l'objectif à atteindre, un objectif auquel j'adhère, et moi, je m'attache aux modalités de mise en œuvre, parce qu'elles m'incombent hélas !

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

M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Je remercie Mme la ministre des éléments de réponse qu'elle nous a apportés. Je tiens, toutefois, à lui faire remarquer que j'ai moi-même évolué sur le sujet.

L'année dernière, j'avais proposé une convergence pour 2014 ; j'ai retenu, cette année, l'année 2018 ! (*Mme la ministre applaudit.*) Mais, entre-temps, il nous faudra intégrer des éléments de progrès.

Je force sans doute un peu le trait, mais votons cet amendement et nous déciderons en commission mixte paritaire de la suite à donner. J'espère que nous finirons petit à petit par progresser.

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

M. Yves Daudigny. Permettez-moi d'apporter des éléments de réflexion sur la T2A.

L'application de ce modèle, souhaité par nombre de personnes, pose aujourd'hui deux difficultés majeures.

La première d'entre elles concerne la définition des groupes homogènes qui nécessite de découper des activités de soins pour les regrouper par catégorie. Si c'est assez simple pour certains actes chirurgicaux, l'exercice devient très périlleux pour les activités qui présentent de multiples actes pas ou peu réductibles à des gestes techniques. Tel est le cas pour les maladies chroniques ou les polyopathologies.

La seconde difficulté réside dans l'évaluation des tarifs appliqués à chaque code. On commence à connaître le coût réel de la prise en charge d'un malade atteint d'un cancer ou du diabète, par exemple. À partir de comparaisons, on établit l'échelle nationale des coûts. On a retenu le principe de comparer les coûts appliqués par un échantillon d'établissements hospitaliers et d'en faire la moyenne, ce qui n'est pas non plus simple. Mais ce système peut être pervers.

L'enveloppe attribuée tous les ans à l'hôpital public, conformément à l'ONDAM, est décidée avant même de connaître la réalité de l'activité des hôpitaux, exactement d'ailleurs comme c'était le cas précédemment pour le budget global. Mais l'enveloppe étant fermée, les tarifs attribués à chaque

groupe homogène tendent à diminuer au fur et à mesure de l'augmentation de l'activité et des diminutions des crédits, sans que cette baisse puisse être anticipée par les hôpitaux. La seule façon, pour un établissement hospitalier, de garantir un niveau de financement équivalent à celui des années précédentes est d'augmenter son volume d'activité, et c'est là un effet tout à fait paradoxal du système.

Ainsi, contrairement à ses objectifs initiaux, la T2A tend à entretenir une logique inflationniste et aveugle, ce qui peut conduire les établissements hospitaliers, en raison de cette tarification différenciée, à orienter leurs activités vers celles qui sont les plus rentables, et donc à délaisser certains de leurs services, ...

M. Guy Fischer. Et voilà !

M. Yves Daudigny. ... intégrant, dans leur fonctionnement et leur raisonnement, des exigences de rentabilité. Une telle attitude revient à s'éloigner de plus en plus de ce que devrait être un service public de santé.

La T2A est l'un des éléments qui doit ouvrir la voie à la convergence des systèmes de financement de l'hôpital public avec ceux des cliniques privées.

Nous nous accordons, madame la ministre, à reconnaître avec vous qu'il est difficile de mettre en œuvre cette convergence. Mais la rentabilité ne doit pas aujourd'hui être le moteur du fonctionnement des établissements publics de santé.

En conséquence, nous voterons contre le présent amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 77.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, après l'article 41.

L'amendement n° 339, présenté par M. Le Menn, Mme Jarraud-Vergnolle, M. Daudigny, Mme Le Texier, MM. Cazeau et Desessard, Mmes Demontès, Campion, Alquier, Printz et Schillinger, MM. Kerdraon, Godefroy, Jeannerot, S. Larcher et Gillot, Mmes San Vicente-Baudrin et Ghali, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Après l'article 41, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le deuxième alinéa de l'article L. 162-22-15 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les mesures prises en cours d'année par le Gouvernement en vue de compenser un éventuel dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie hospitalier portent de manière équilibrée sur les différentes modalités de financement des établissements. »

La parole est à M. Claude Jeannerot.

M. Claude Jeannerot. Chaque année, le Parlement vote une enveloppe dite « MIGAC », consacrée aux missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation, pour financer les missions d'intérêt général des établissements de santé publics, pour la grande majorité d'entre eux.

Or une partie de ces crédits n'est pas versée aux hôpitaux publics et sert de variable d'ajustement en cas de dépassement de l'ONDAM.

Cette mise en réserve d'une partie des crédits dévolus aux hôpitaux au titre de leurs missions de service public nous semble tout simplement inacceptable !

En 2009, 25 millions d'euros ont été retirés de l'enveloppe MIGAC et, en 2010, ce sont près de 550 millions d'euros qui ont été mis en réserve en prévision d'un éventuel dépassement de l'ONDAM.

M. Guy Fischer. C'est scandaleux !

M. Claude Jeannerot. Cette mesure aboutit à faire supporter aux seuls hôpitaux publics les conséquences des dérapages des autres acteurs du système de santé.

M. Guy Fischer. Par anticipation !

M. Claude Jeannerot. Or ces dérapages ont, vous le savez bien, de multiples causes, tenant aussi bien aux activités du secteur privé que du secteur public. Il n'y a donc aucune raison, nous semble-t-il, que le secteur public en assume seul les conséquences.

Dans la situation actuelle, l'hôpital public doit respecter un objectif d'évolution de ses dépenses inférieur à l'ONDAM, puisque, dès le début de l'exercice, on le soumet à des économies et donc à des contraintes complémentaires.

En pratique, le gel de l'enveloppe MIGAC doit-il se traduire en un gel des missions de service public ? Les activités du SAMU ou les gardes médicales doivent-elles, en conséquence, être gelées au début de chaque année, dans l'attente d'un hypothétique dégel des crédits ?

Par ailleurs, je vous rappelle, mes chers collègues, que c'est le Parlement qui vote les crédits des MIGAC. Nous souhaitons donc que ce vote soit pleinement respecté et que les hôpitaux publics puissent bénéficier de l'ensemble de ces crédits pour assurer leurs missions d'intérêt général.

Par le biais de cet amendement, nous demandons que les efforts supplémentaires soient équitablement répartis entre les hôpitaux publics et les établissements privés. *(Applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG.)*

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

M. Alain Vasselle, *rapporteur général de la commission des affaires sociales.* Cet amendement est plutôt une déclaration de principe.

Les mesures portent sur l'ONDAM global. D'ailleurs, l'expression « ONDAM hospitalier » ne correspond pas à la réalité juridique dans la mesure où deux sous-objectifs sont liés aux établissements de santé.

En outre, le rapport Briet a mis en avant le fait que, parmi les dépenses de l'assurance maladie, certaines avaient les caractéristiques d'une dotation budgétaire ; elles peuvent donc être partiellement gelées en début d'exercice, comme cela se fait depuis longtemps pour la loi de finances.

C'est la raison pour laquelle la commission émet un avis défavorable sur cet amendement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* Monsieur Jeannerot, votre amendement sous-tend des incompréhensions, que j'ai souvent rencontrées, mais M. le rapporteur général vient de clarifier un certain nombre de points.

La mise en réserve de crédits n'a pas commencé cette année, ni même l'année dernière. Contrairement à ce que j'ai souvent entendu dire, cette mise en réserve porte actuellement sur une fraction de la part relative à l'aide à la contractualisation et pas

sur celle qui concerne les missions d'intérêt général, conformément aux préconisations du rapport Briet sur les dépenses d'assurance maladie.

Dans le champ des établissements financés à la tarification à l'activité, seules les dotations régionales MIGAC peuvent être assujetties à des mises en réserve, qui peuvent être levées au cours de l'exercice budgétaire en fonction de l'état d'exécution de l'ONDAM hospitalier et être ainsi allouées aux établissements de santé.

Les autres modalités de financement que sont notamment les tarifs de prestation ne peuvent techniquement pas faire l'objet de mises en réserve dans la mesure où elles sont déterminées et impérativement mises en œuvre le 1^{er} mars de chaque année dans le cadre de la campagne tarifaire.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 339.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux ; nous les reprendrons à vingt et une heures trente.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à dix-neuf heures vingt-cinq, est reprise à vingt et une heures trente.)

M. le président. La séance est reprise. *(Sourires sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.)*

5

AJOURNEMENT DU SÉNAT

M. le président. Mes chers collègues, en application de l'article 8 de la Constitution, M. François Fillon, Premier ministre, a présenté au Président de la République, qui l'a acceptée, la démission du Gouvernement.

En raison de cette démission, nous ne pouvons poursuivre l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 *(C'est un scandale ! sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.)*, et le Sénat doit ajourner ses travaux.

Mme Annie David. Le Parlement est bafoué !

M. le président. Il appartiendra à M. le président du Sénat de convoquer le Sénat, dès qu'il sera en mesure de le faire, ainsi que probablement, au préalable, la conférence des présidents, pour fixer avec le nouveau gouvernement la date de reprise de nos travaux et ajuster l'ordre du jour.

M. François Autain. Ce ne sera pas de la tarte !

M. le président. La séance est levée.

(La séance est levée à vingt et une heures trente-cinq.)

Le Directeur adjoint du service du compte rendu intégral,

FRANÇOISE WIART

ABONNEMENTS

NUMÉROS d'édition	TITRES	TARIF abonnement France (*)
		Euros
	DÉBATS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE	
03	Compte rendu 1 an	176,20
33	Questions 1 an	123,70
83	Table compte rendu 1 an	31,80
	DÉBATS DU SÉNAT	
05	Compte rendu 1 an	157,80
35	Questions 1 an	90,50
85	Table compte rendu 1 an	29,50
95	Table questions 1 an	19,70
	DOCUMENTS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE	
07	Série ordinaire 1 an	1166,20
	DOCUMENTS DU SÉNAT	
09	Un an	974,60

En cas de changement d'adresse, joindre une bande d'envoi à votre demande

Paiement à réception de facture

En cas de règlement par virement, indiquer obligatoirement le numéro de facture dans le libellé de votre virement.

Pour expédition par voie aérienne (outre-mer) ou pour l'étranger, paiement d'un supplément modulé selon la zone de destination

(*) Arrêté du 19 novembre 2009 publié au *Journal officiel* du 21 novembre 2009

Direction, rédaction et administration : 26, rue Desaix, 75727 Paris Cedex 15
Standard : **01-40-58-75-00** – Accueil commercial : **01-40-15-70-10** – Télécopie abonnement : **01-40-15-72-75**

Prix du numéro : 2,80 €