

# SÉNAT

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2009-2010

COMPTE RENDU INTÉGRAL

Séance du samedi 14 novembre 2009

(25<sup>e</sup> jour de séance de la session)



[www.senat.fr](http://www.senat.fr)



# SOMMAIRE

## PRÉSIDENTE DE M. ROLAND DU LUART

Secrétaires :

Mme Anne-Marie Payet, M. Bernard Saugey.

### 1. Procès-verbal (p. 10262).

### 2. Rappel au règlement (p. 10262).

MM. Guy Fischer, le président.

### 3. Financement de la sécurité sociale pour 2010. – Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 10262).

Articles additionnels après l'article 28 (p. 10262)

Amendements identiques n<sup>os</sup> 238 de Mme Raymond Le Texier et 342 de M. François Autain. – M. Bernard Cazeau, Mme Annie David, M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales ; Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports. – Rejet des deux amendements.

Amendements identiques n<sup>os</sup> 241 de M. Jacky Le Menn, 296 de M. François Autain et 452 de M. Alain Milon. – MM. Bernard Cazeau, François Autain, Alain Milon, le rapporteur général, Mme la ministre. – Rejet des trois amendements.

Amendement n<sup>o</sup> 142 de M. Bernard Cazeau. – MM. Bernard Cazeau, le rapporteur général, Mme la ministre, M. François Autain. – Rejet.

Amendement n<sup>o</sup> 140 de Mme Annie Jarraud-Vergnolle. – Mme Annie Jarraud-Vergnolle, M. le rapporteur général, Mme la ministre, M. François Autain. – Rejet.

Amendements identiques n<sup>os</sup> 239 de M. Jacky Le Menn et 343 de M. François Autain. – Mmes Patricia Schillinger, Annie David, M. le rapporteur général, Mme la ministre. – Retrait des deux amendements.

Amendement n<sup>o</sup> 284 de M. François Autain. – MM. François Autain, le rapporteur général, Mmes la ministre, Catherine Troendle, M. Paul Blanc. – Rejet.

Amendements n<sup>os</sup> 98 de Mme Annie Jarraud-Vergnolle et 293 de M. François Autain. – Mme Annie Jarraud-Vergnolle, MM. Guy Fischer, le rapporteur général, Mme la ministre, M. François Autain. – Rejet des deux amendements.

Amendement n<sup>o</sup> 340 de M. François Autain. – MM. François Autain, le rapporteur général, Mme la ministre. – Retrait.

Article 29 (p. 10274)

M. Bernard Cazeau.

Amendements identiques n<sup>os</sup> 143 de Mme Annie Jarraud-Vergnolle et 297 de M. François Autain. – Mme Annie Jarraud-Vergnolle, MM. Guy Fischer, le rapporteur

général, Mme la ministre, MM. le président, Gilbert Barbier, Mme Jacqueline Panis, M. Alain Milon, Mme Annie David, MM. Bernard Cazeau, François Autain. – Rejet des deux amendements.

Amendement n<sup>o</sup> 11 de la commission. – M. le rapporteur général, Mme la ministre. – Réserve.

Réserve de l'article.

Articles additionnels après l'article 29 (p. 10283)

Amendement n<sup>o</sup> 148 de M. Jacky Le Menn. – MM. Jean-Pierre Godefroy, le rapporteur général, Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n<sup>o</sup> 144 de M. Jacky Le Menn. – MM. Jean-Pierre Godefroy, le rapporteur général, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n<sup>o</sup> 485 de M. Alain Milon. – MM. Alain Milon, le rapporteur général, Mme la ministre, MM. Bernard Cazeau, François Autain. – Rejet.

Amendement n<sup>o</sup> 472 de M. Alain Milon. – MM. Alain Milon, le rapporteur général, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n<sup>o</sup> 147 de M. Jacky Le Menn. – Mme Annie Jarraud-Vergnolle, M. le rapporteur général, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n<sup>o</sup> 149 de M. Jacky Le Menn. – Mme Annie Jarraud-Vergnolle, M. le rapporteur général, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n<sup>o</sup> 303 de M. François Autain. – MM. Guy Fischer, le rapporteur général, Mme la ministre. – Retrait.

*Suspension et reprise de la séance* (p. 10289)

### 4. Candidature à un organisme extraparlamentaire (p. 10290).

### 5. Financement de la sécurité sociale pour 2010. – Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 10290).

Mme Muguette Dini, présidente de la commission des affaires sociales ; M. le président.

Article 29 (*suite*) (p. 10290)

Amendement n<sup>o</sup> 11 de la commission (*précédemment réservé*). – M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales ; Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports ; M. Guy Fischer. – Adoption de l'amendement rédigeant l'article.

Article 29 *bis* (p. 10291)

Amendement n<sup>o</sup> 12 rectifié de la commission et sous-amendements n<sup>os</sup> 519 rectifié du Gouvernement, 502 rectifié *bis* de M. Nicolas About et 518 de M. Gilbert Barbier ; amendement n<sup>o</sup> 482 de M. Alain Milon. – M. le rapporteur général, Mme la ministre, MM. Gilbert Barbier,

Alain Houpert, Nicolas About, le président, François Autain. – Rejet des trois sous-amendements ; adoption de l'amendement n° 12 rectifié rédigeant l'article, l'amendement n° 482 devenant sans objet.

Article 29 *ter* (p. 10296)

Amendement n° 302 de M. François Autain. – MM. Guy Fischer, le rapporteur général, Mme la ministre. – Rejet.

Adoption de l'article.

Article 29 *quater* (p. 10297)

Amendement n° 124 rectifié de M. Gilbert Barbier. – MM. Gilbert Barbier, le rapporteur général, Mme la ministre, M. Alain Milon. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

MM. le rapporteur général, le président.

Article 29 *quinquies* (p. 10298)

Amendements identiques n°s 13 de la commission, 214 de M. Alain Houpert, 371 de M. Dominique Leclerc, 475 de M. Alain Milon et 503 de M. Nicolas About. – MM. le rapporteur général, Alain Houpert, Dominique Leclerc, Adrien Giraud, Mme la ministre, MM. François Autain, Bernard Cazeau. – Adoption des cinq amendements supprimant l'article, les amendements n°s 122 rectifié et 65 devenant sans objet.

Article 29 *sexies* (p. 10299)

Amendement n° 14 de la commission. – M. le rapporteur général, Mme la ministre. – Retrait.

Amendements identiques n°s 216 de M. Alain Houpert et 373 de M. Dominique Leclerc. – MM. Alain Houpert, Dominique Leclerc, le rapporteur général, Mme la ministre, MM. Alain Milon, François Autain. – Rejet des deux amendements.

Amendements identiques n°s 217 de M. Alain Houpert et 374 de M. Dominique Leclerc. – Rejet des deux amendements.

Adoption de l'article.

Article additionnel après l'article 29 *sexies* (p. 10301)

Amendement n° 298 de M. François Autain. – MM. Guy Fischer, le rapporteur général, Mme la ministre. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Article 30 (p. 10302)

M. Bernard Cazeau.

Amendements identiques n°s 120 rectifié de M. Gilbert Barbier, 219 de M. Alain Houpert, 376 de M. Dominique Leclerc et 479 de M. Alain Milon. – MM. Gilbert Barbier, Alain Houpert, le rapporteur général, Mme la ministre. – Rejet des quatre amendements.

Adoption de l'article.

Articles additionnels après l'article 30 (p. 10304)

Amendement n° 512 du Gouvernement. – Mme la ministre, MM. le rapporteur général, François Autain. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendements identiques n°s 215 de M. Alain Houpert et 372 de M. Dominique Leclerc. – MM. Alain Houpert, le rapporteur général, Mme la ministre. – Retrait des deux amendements.

Amendements n°s 15 et 16 de la commission. – M. le rapporteur général, Mme la ministre, MM. François Autain, Bernard Cazeau, Gilbert Barbier, Dominique Leclerc. – Retrait de l'amendement n° 16 ; rejet de l'amendement n° 15.

Article 30 *bis* (p. 10309)

Amendements identiques n°s 125 rectifié de M. Gilbert Barbier, 218 de M. Alain Houpert, 375 de M. Dominique Leclerc, 480 de M. Alain Milon et 493 de Mme Anne-Marie Payet. – MM. Gilbert Barbier, le rapporteur général, Mme la ministre. – Rejet des cinq amendements.

Amendement n° 17 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 30 *bis* (p. 10310)

Amendement n° 459 de M. Alain Milon. – MM. Alain Milon, le rapporteur général, Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n° 180 rectifié de M. Alain Milon et sous-amendement n° 536 de Mme Marie-Thérèse Hermange. – M. Alain Milon, Mme Marie-Thérèse Hermange, M. le rapporteur général, Mmes la ministre, Catherine Tröndle, Sylvie Desmarescaux, M. Paul Blanc. – Retrait du sous-amendement et de l'amendement.

Amendements n°s 396 rectifié de M. Dominique Leclerc, 533 du Gouvernement et 538 de la commission. – M. Dominique Leclerc, Mme la ministre, MM. le rapporteur général, Nicolas About. – Réserve des trois amendements.

Amendement n° 425 de Mme Sylvie Desmarescaux. – Mme Sylvie Desmarescaux, M. le rapporteur général, Mme la ministre. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Article 31 (p. 10319)

M. Bernard Cazeau.

Adoption de l'article.

Articles additionnels après l'article 31 (p. 10321)

Amendement n° 307 de M. François Autain. – MM. Guy Fischer, Mmes la présidente de la commission, la ministre, M. François Autain. – Rejet.

Amendements identiques n°s 450 de M. Alain Milon et 495 de M. Nicolas About. – MM. Alain Milon, Nicolas About, Mmes Sylvie Desmarescaux, rapporteur de la commission des affaires sociales pour le secteur médico-social ; Nora Berra, secrétaire d'État chargée des aînés ; M. Guy Fischer. – Adoption des deux amendements insérant un article additionnel.

Amendement n° 449 de M. Alain Milon. – MM. Alain Milon, Mmes Sylvie Desmarescaux, rapporteur ; la secrétaire d'État. – Retrait.

Amendement n° 306 de M. François Autain. – M. François Autain, Mmes Sylvie Desmarescaux, rapporteur ; la secrétaire d'État, M. Guy Fischer. – Rejet.

Amendement n° 471 de M. Alain Milon. – M. Alain Milon, Mmes Sylvie Desmarescaux, rapporteur ; la ministre. – Retrait.

Amendement n° 309 de M. François Autain. – MM. Guy Fischer, le rapporteur général, Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n° 370 de M. François Autain. – MM. François Autain, le rapporteur général, Mme la ministre. – Retrait.

Article 31 *bis*. – Adoption (p. 10328)

Article 32 (p. 10329)

MM. Bernard Cazeau, Guy Fischer.

Amendements identiques n°s 18 de la commission et 57 de M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – MM. le rapporteur général, Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis de la commission des finances ; Mme la ministre, MM. Jean-Pierre Godefroy, François Autain. – Adoption des deux amendements identiques.

Organisation des débats (p. 10334)

Mme la ministre, la présidente de la commission, M. le président.

*Suspension et reprise de la séance* (p. 10334)

#### 6. Nomination d'un membre d'un organisme extraparlamentaire (p. 10334).

#### 7. Financement de la sécurité sociale pour 2010. – Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 10335).

Article 32 (*suite*) (p. 10335)

Amendement n° 515 du Gouvernement. – Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports ; M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales. – Adoption.

Amendement n° 301 de M. François Autain. – MM. François Autain, le rapporteur général, Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n° 19 de la commission. – M. le rapporteur général, Mme la ministre. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 32 (p. 10337)

Amendements identiques n°s 184 de M. Paul Blanc et 466 de M. Alain Milon. – MM. Paul Blanc, Alain Milon, le rapporteur général, Mme la ministre. – Retrait des amendements.

Amendement n° 152 de M. Jacky Le Menn. – Mme Annie Jarraud-Vergnolle, M. le rapporteur général, Mme la ministre, M. Guy Fischer. – Rejet.

Amendement n° 469 de M. Alain Milon. – MM. Alain Milon, le rapporteur général, Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n° 446 de M. Alain Milon. – MM. Alain Milon, le rapporteur général, Mme la ministre. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 155 de M. Jacky Le Menn. – MM. Bernard Cazeau, le rapporteur, Mme la ministre, M. François Autain. – Rejet.

Amendement n° 317 de M. François Autain. – MM. François Autain, le rapporteur général, Mme la ministre. – Retrait.

Amendements n°s 185 rectifié de M. Paul Blanc et 467 de M. Alain Milon. – MM. Paul Blanc, le rapporteur général, Mme la ministre. – Retrait des deux amendements.

Amendement n° 318 de M. François Autain. – MM. François Autain, le rapporteur général, Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n° 537 de la commission. – M. le rapporteur général, Mme la ministre. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Article 32 *bis* (p. 10344)

Amendement n° 21 de la commission et sous-amendements n°s 539 de M. Nicolas About et 123 rectifié *bis* de M. Gilbert Barbier ; amendement n° 151 de Mme Annie Jarraud-Vergnolle. – MM. le rapporteur général, Gilbert Barbier, Mme Annie Jarraud-Vergnolle, M. Nicolas About, Mme la ministre. – Retrait de l'amendement n° 151 ; adoption des sous-amendements n°s 539, 123 rectifié *bis* et de l'amendement n° 21 modifié.

Amendement n° 313 de M. François Autain. – MM. Guy Fischer, le rapporteur général, Mme la ministre. – Rejet.

Adoption de l'article modifié.

Article 32 *ter* (p. 10346)

Amendement n° 22 de la commission. – M. le rapporteur général, Mme la ministre. – Retrait.

Adoption de l'article.

Articles additionnels après l'article 32 *ter* (p. 10346)

Amendement n° 233 de Mme Raymond Le Texier. – Mme Christiane Demontès, M. le rapporteur général, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 321 de Mme Isabelle Pasquet. – MM. Guy Fischer, le rapporteur général, Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n° 500 de M. Nicolas About. – MM. Nicolas About, le rapporteur général, Mme la ministre. – Retrait.

Article 33 (p. 10348)

Mme Annie Jarraud-Vergnolle, M. Yves Daudigny.

Amendements n°s 323 de Mme Isabelle Pasquet et 445 rectifié de M. Alain Milon. – MM. Guy Fischer, Alain Milon, Mmes Sylvie Desmarescaux, rapporteur de la commission des affaires sociales pour le secteur médico-social ; Nadine Morano, secrétaire d'État chargée de la famille et de la solidarité. – Rejet de l'amendement n° 323 ; retrait de l'amendement n° 445 rectifié.

Adoption de l'article.

Articles additionnels après l'article 33 (p. 10351)

Amendement n° 324 de M. François Autain. – M. François Autain, le rapporteur général, Mme la ministre, M. le président. – Rejet.

Amendement n° 325 de M. François Autain. – Retrait.

Amendements n°s 329 de Mme Isabelle Pasquet et 421 de M. Paul Blanc. – MM. Guy Fischer, Paul Blanc, Mmes Sylvie Desmarescaux, rapporteur ; Nora Berra, secrétaire d'État chargée des aînés ; MM. Bernard Cazeau,

Yves Daudigny. – Retrait de l'amendement n° 329 ; adoption de l'amendement n° 421 insérant un article additionnel.

Amendement n° 422 de M. Paul Blanc. – M. Paul Blanc, Mmes Sylvie Desmarescaux, rapporteur ; Nadine Morano, secrétaire d'État ; MM. Bernard Cazeau, Alain Vasselle, Mme Isabelle Debré, M. Yves Daudigny. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Renvoi de la suite de la discussion.

**8. Ordre du jour** (p. 10357).

# COMPTE RENDU INTÉGRAL

## PRÉSIDENCE DE M. ROLAND DU LUART

vice-président

Secrétaires :

Mme Anne-Marie Payet, M. Bernard Saugey.

**M. le président.** La séance est ouverte.

*(La séance est ouverte à neuf heures trente.)*

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

## RAPPEL AU RÈGLEMENT

**M. le président.** La parole est à M. Guy Fischer, pour un rappel au règlement.

**M. Guy Fischer.** Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, hier soir, l'Assemblée nationale a adopté par 57 voix contre 25 l'amendement du député Jean-François Copé visant à taxer les indemnités perçues par les femmes et les hommes de notre pays victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

**M. François Autain.** C'est un scandale !

**M. Guy Fischer.** Monsieur Copé s'est même permis de préciser qu'il s'agissait, pour lui, « d'une mesure d'équité » ! Le Gouvernement n'est d'ailleurs pas en reste, M. Éric Woerth ayant déclaré : « C'est une niche fiscale, elle doit donc être traitée comme telle. Il s'agit d'un revenu de remplacement. » Ces propos en disent long sur votre conception de l'égalité ! Alors que le montant total des niches fiscales représente, en France, 75 milliards d'euros, la mesure que vous venez d'approuver à l'Assemblée nationale ne rapportera, tout au plus, que 150 millions d'euros.

Par ailleurs, avant de vous attaquer à ces indemnités, au motif qu'il s'agirait d'un revenu de remplacement, vous auriez été mieux inspiré d'adopter, hier, les amendements que les groupes CRC-SPG et socialiste, ainsi que certains sénateurs centristes, ont déposés pour supprimer les exonérations totales ou partielles, c'est-à-dire les niches sociales, qui portent sur les compléments de rémunération des plus riches de notre pays.

Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, selon les statistiques dévoilées par la Caisse nationale d'assurance maladie, 1,4 million d'accidents du travail sont survenus en 2006, dont 700 000 ont donné lieu à un arrêt de travail. Ce chiffre représente un taux moyen de 40 accidents pour 1000 salariés et, cette même année, 537 salariés ont perdu leur vie au travail, soit une hausse de 13 % par rapport à 2005.

Dans ce contexte, l'adoption de l'amendement Copé est une véritable provocation, à tel point que vos alliés centristes se sont émus de cette décision, conduisant, fait rare, le président de séance à participer au vote de cet amendement pour s'y opposer.

La politique de votre gouvernement divise notre pays en deux entre, d'un côté, celles et ceux, les plus riches, les plus protégés, pour qui, avant chaque remise en cause de leurs niches sociales ou fiscales, il faut impérativement créer une commission, histoire de diluer les aspirations légitimes des citoyens et, de l'autre, les plus pauvres, les plus fragilisés, les plus nombreux, contre lesquels on peut tout. Pour fiscaliser les indemnités perçues à la suite d'un accident du travail ou lors d'une maladie professionnelle, nul besoin de commission !

Votre conception de la France, purement et simplement scandaleuse, c'est taxation des indemnités contre bouclier fiscal ! Le groupe CRC-SPG la dénonce avec force, et il fallait que notre colère explose dès le début de cette séance ! *(Applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.)*

**M. le président.** Monsieur Fischer, je vous donne acte de votre rappel au règlement.

3

## FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010

### 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 2010 (n<sup>os</sup> 82, 90 et 91).

Dans la suite de la discussion des articles de la quatrième partie, nous en sommes parvenus aux amendements tendant à insérer des articles additionnels après l'article 28.

### Articles additionnels après l'article 28

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

L'amendement n<sup>o</sup> 238 est présenté par Mmes Le Texier et Jarraud-Vergnolle, MM. Cazeau, Daudigny et Desessard, Mmes Demontès, Campion, Alquier, Printz, Chevê et



Schillinger, MM. Le Menn, Jeannerot, Godefroy, S. Larcher et Gillot, Mmes San Vicente-Baudrin et Ghali, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

L'amendement n° 342 est 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.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

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

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

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

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

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

La parole est à M. Bernard Cazeau, pour défendre l'amendement n° 238.

**M. Bernard Cazeau.** Monsieur le président, tout d'abord, le groupe socialiste s'associe pleinement aux propos de M. Fischer.

Ensuite, l'amendement n° 238 apporte une précision.

L'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a prévu la participation de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, l'UNOCAM, aux négociations conventionnelles. Il a modifié l'article L. 162-14-3 du code de la sécurité sociale, en disposant que « les accords, conventions ou avenants concernant des professions ou prestations [...] pour lesquelles la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie est minoritaire, ne sont validés que s'ils sont également conclus par l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire ».

Étant donné que l'UNOCAM participe à la négociation et à la conclusion de ces accords, il apparaît judicieux de préciser que ces conventions pourront également comporter des dispositions relatives aux rapports entre les organismes complémentaires et les professionnels de santé.

**M. le président.** La parole est à Mme Annie David, pour défendre l'amendement n° 342.

**Mme Annie David.** Comme l'a précisé M. Cazeau, il s'agit d'un amendement de précision.

L'article L. 162-14-3 du code de la sécurité sociale, tel que modifié par l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, a prévu que l'UNOCAM participe aux négociations conventionnelles et signe les accords, ce qui nous semble constituer une avancée positive.

Toutefois, l'objet de ces conventions demeure à l'heure actuelle de fixer les relations entre les régimes obligatoires et les professionnels de santé. Notre amendement vise donc à compléter cette rédaction afin d'étendre l'objet de ces conventions aux rapports entre lesdits professionnels et les organismes complémentaires.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Ces deux amendements identiques visent à graver dans le marbre les relations entre l'UNOCAM et les professionnels de santé, dans le cadre des négociations conventionnelles.

La commission des affaires sociales estime que l'introduction d'une telle disposition sèmerait la confusion dans le système conventionnel.

L'UNOCAM est désormais associée aux négociations qui se déroulent entre l'assurance maladie obligatoire et les professionnels de santé, parce qu'elles ont souvent des conséquences pour elle.

Pour autant, ce n'est pas le lieu approprié pour traiter les relations entre l'UNOCAM et lesdits professionnels, ces partenaires pouvant parfaitement mener des négociations en dehors de ce cadre s'ils le souhaitent. Même si aucun encadrement législatif de ces éventuelles discussions n'existe pour l'instant, et qu'on pourrait l'envisager à l'avenir, la commission des affaires sociales ne souhaite pas modifier la loi dans l'immédiat.

À la suite de l'amendement de M. Barbier sur les franchises, que nous avons examiné hier, ainsi que d'autres, qui concernaient la place des complémentaires dans notre système de protection sociale, je propose que nous laissions la réflexion se poursuivre. Si les complémentaires sont appelées à jouer un rôle de plus en plus important dans notre système de santé, nous en discuterons nécessairement.

La commission sollicite donc le retrait de ces amendements. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.** Même avis défavorable.

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n°s 238 et 342.

*(Les amendements ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Je suis saisi de cinq amendements en discussion commune.

Les amendements n°s 188, 241, 406 et 452 sont identiques.

L'amendement n° 188, présenté par M. Gouteyron, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 241 est présenté par M. Le Menn, Mmes Le Texier et Jarraud-Vergnolle, MM. Cazeau, Daudigny, Desessard et Lise, Mmes Demontès, Campion, Alquier, Printz, Chevé et Schillinger, MM. Jeannerot, Godefroy, S. Larcher et Gillot, Mmes San Vicente-Baudrin et Ghali, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

L'amendement n° 406, présenté par M. Revet, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 452 est présenté par MM. Milon, P. Blanc, Laménie et Houpert et Mmes Sirtler et Panis.

Ces quatre amendements sont ainsi libellés :

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

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

fédérations hospitalières publiques ou privées représentatives ».

L'amendement n° 296, présenté par M. Autain, Mme David, M. Fischer, Mmes Pasquet, Hoarau et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

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

Dans le dernier alinéa de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, après le mot : « complémentaire », sont insérés les mots : « et à la fédération hospitalière publique ».

La parole est à M. Bernard Cazeau, pour présenter l'amendement n° 241.

**M. Bernard Cazeau.** Cet amendement est défendu, monsieur le président.

**M. le président.** La parole est à M. François Autain, pour présenter l'amendement n° 296.

**M. François Autain.** Le groupe socialiste ayant renoncé à présenter l'amendement n° 241, mon intervention vaudra défense des deux amendements.

Le groupe CRC-SPG avait déposé un amendement similaire à l'occasion de l'examen du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires. Le rapporteur, M. Alain Milon, nous avait alors reproché de ne pas avoir choisi le bon véhicule législatif. Nous changeons donc de véhicule, en espérant cette fois obtenir plus de succès.

L'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale dispose, dans son dernier alinéa, que « l'Union nationale des caisses d'assurance maladie soumet pour avis à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, avant transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires ».

Jusqu'à présent, les fédérations hospitalières publiques ne sont pas associées à ces négociations conventionnelles, alors que les décisions prises à cette occasion sont susceptibles de peser sur le pilotage et la gestion des établissements de santé.

Cet amendement vise donc à réparer cet oubli manifeste.

**M. le président.** La parole est à M. Alain Milon, pour présenter l'amendement n° 452.

**M. Alain Milon.** Je me souviens bien, monsieur Autain, de l'amendement que vous aviez présenté dans le cadre du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.

Si l'amendement n° 452 est sensiblement identique à celui que vous venez de défendre, mon cher collègue, il est toutefois plus complet, puisqu'il vise non seulement les fédérations hospitalières publiques, mais aussi les fédérations hospitalières privées représentatives. Je souhaitais apporter ce complément d'information.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** En dépit de quelques nuances, tous ces amendements ont le même objet.

**M. François Autain.** Il est donc nécessaire de les défendre !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** L'amendement n° 296 du groupe CRC-SPG ne vise que les fédérations hospitalières publiques.

**M. François Autain.** Je m'en expliquerai !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** L'amendement n° 241, présenté par nos collègues du groupe socialiste, et l'amendement n° 452, de notre collègue Alain Milon, visent à la fois les fédérations hospitalières publiques et privées représentatives.

Mes chers collègues, nous avons examiné hier des amendements assez similaires. (*Mme la ministre approuve.*)

Ceux qui viennent de nous être soumis constituent en quelque sorte une solution de repli. Leurs auteurs n'ayant pu obtenir que les fédérations hospitalières participent aux négociations conventionnelles, ils proposent désormais que celles-ci émettent un avis sur les mesures conventionnelles qui auraient été négociées entre la CNAM et les professionnels de santé.

Les négociations conventionnelles ont une base très ancienne. L'année dernière, nous avons joint à leur périmètre l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, compte tenu des évolutions de la loi de financement de la sécurité sociale et des modalités de financement. Il n'est pas apparu souhaitable à la commission d'aller plus loin pour le moment.

Pour cette raison, et sous réserve de l'avis qu'émettra le Gouvernement, je demanderai à nos collègues Alain Milon, Bernard Cazeau et François Autain de bien vouloir retirer chacun leur amendement.

S'agissant de ces deux derniers, j'ignore s'ils seront aussi sensibles que M. Milon à ma démarche, mais je peux toujours essayer. (*Sourires.*)

**M. François Autain.** Testons d'abord la sensibilité de M. Milon ! (*Nouveaux sourires.*)

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Hier soir, nous avons eu la même discussion. Peut-être, en raison de l'heure tardive à laquelle celle-ci a eu lieu, avez-vous oublié les arguments que j'avais opposés. Aussi vais-je les répéter : seuls peuvent prendre part à une négociation conventionnelle ceux qui ont un intérêt à agir.

Pour ces raisons techniques et juridiques, je ne peux que renouveler l'avis défavorable que j'ai émis hier soir.

**M. le président.** Monsieur Autain, l'amendement n° 296 est-il maintenu ?

**M. François Autain.** Monsieur le président, j'aurais retiré mon amendement si celui-ci ne concernait que les fédérations hospitalières privées, car les praticiens qui travaillent dans le secteur privé sont représentés en tant que tels, à travers leurs syndicats, lors des négociations conventionnelles.

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

**M. François Autain.** On ne peut pas en dire autant des praticiens qui travaillent à l'hôpital public et qui ne sont pas représentés lors des négociations conventionnelles. C'est la raison pour laquelle il est important d'y associer la Fédération hospitalière de France, qui pourra, par exemple, émettre un avis sur l'augmentation des tarifs en matière d'imagerie médicale.



**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Au contraire, ils baissent !

**M. François Autain.** Celle-ci a son mot à dire dans la mesure où toute augmentation des tarifs a des répercussions sur les coûts supportés par l'hospitalisation publique.

Aussi, je maintiens mon amendement, monsieur le président.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je souhaite apporter une précision à M. Autain.

Monsieur le sénateur, j'espère que vous êtes bien convaincu que, aux termes du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, le secteur de l'imagerie médicale connaîtra non pas des hausses de tarifs, mais des baisses !

En outre, les praticiens des cliniques privées, qui sont des praticiens libéraux, ont évidemment un intérêt à agir dans une négociation conventionnelle ; c'est pourquoi ils y sont représentés. En revanche, les médecins salariés de l'hospitalisation publique n'ont aucun intérêt à agir dans ce domaine de la négociation. Or, comme l'a rappelé un arrêt Conseil d'État, il faut avoir un intérêt à agir pour participer à une négociation.

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n<sup>os</sup> 241 et 452.

*(Les amendements ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n<sup>o</sup> 296.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n<sup>o</sup> 142, présenté par M. Cazeau, Mmes Le Texier et Jarraud-Vergnolle, MM. Daudigny et Desessard, Mmes Demontès, Campion, Alquier, Printz, Chevê et Schillinger, MM. Le Menn, Jeannerot, Godefroy, 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 28, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à M. Bernard Cazeau.

**M. Bernard Cazeau.** Afin de bien déterminer l'amélioration du service médical rendu, l'ASMR, nous vous demandons d'intégrer dans cet article la subordination de l'inscription sur la liste des médicaments remboursables à la réalisation d'essais cliniques comparatifs avec des stratégies thérapeutiques pour la ou les mêmes pathologies.

En 2007, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés indiquait que les dépenses de médicaments de moins de trois ans s'étaient élevées à près de 1,4 milliard d'euros et avaient contribué pour 85 % à la croissance totale des dépenses de médicaments. Seulement un tiers de cette augmentation était lié à des innovations thérapeutiques importantes, ASMR de niveau 1,2 ou 3.

Le reste des dépenses supplémentaires était imputable, pour 45 %, à des molécules qui ne présentaient pas ou peu d'amélioration du service médical rendu et, à hauteur de 25 %, à des traitements transférés de l'hôpital vers la ville, en grande partie pour des médicaments anticancéreux.

À cet égard, l'ASMR détermine le niveau de prix du médicament, mais aussi l'admission au remboursement pour les médicaments qui apportent non pas une amélioration de ce service, mais une économie dans le coût du traitement médicamenteux.

Or, actuellement, l'appréciation de l'ASMR est le plus souvent fondée sur la seule comparaison du médicament avec un placebo et, dans moins de la moitié des cas, sur une comparaison avec des comparateurs.

Cependant, une majorité des médicaments qui sont évalués n'apportent pas d'amélioration du service médical rendu – 58 % en 2005 ; 54 % en 2006.

Dans un rapport publié en juin 2008, la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale avait demandé que l'appréciation de l'ASMR soit fondée non seulement sur une comparaison avec un placebo, mais également sur des essais cliniques contre comparateurs, lorsqu'ils existent, afin de mesurer la valeur ajoutée thérapeutique.

En outre, dans un but de transparence et d'analyse des remboursements de médicaments selon leur ASMR, nous souhaitons que soit établie une liste des médicaments classés par niveau d'ASMR.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** M. Cazeau a de bonnes lectures puisqu'il a été corapporteur, avec moi-même, d'un rapport d'information fait au nom de la MECSS et de la commission des affaires sociales.

**M. François Autain.** Quel était le sujet de ce rapport ?

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Ce rapport était consacré à la gestion de l'hôpital.

**M. Bernard Cazeau.** Et non au médicament !

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Vous êtes membre de la MECSS, monsieur Fischer !

**M. François Autain.** Je crois que M. Cazeau faisait référence aux travaux menés par la MECSS de l'Assemblée nationale !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Je parle sous le contrôle de Mme la ministre, mais les recommandations de la MECSS ont été prises en considération par l'AFSSAPS, puisque les essais cliniques comparatifs sont effectivement mis en œuvre.

En réalité, si l'on veut que les médicaments fassent l'objet d'essais comparatifs, la principale difficulté réside dans le choix du comparateur. Or celui-ci est proposé par le laboratoire. Aussi, madame la ministre, peut-être serait-il souhaitable que, à tout le moins, l'AFSSAPS donne son avis ou choisisse elle-même le comparateur, afin de ne pas donner le sentiment que tel ou tel laboratoire choisira le comparateur qui lui permettra d'obtenir les résultats qu'il attend de ses essais.

Sans doute M. Cazeau craint-il que cette démarche ne soit pas totalement objective et qu'elle puisse susciter quelques soupçons.

Il conviendrait sans doute d'aller dans la direction que je viens de proposer. Toutefois, en l'état actuel des textes, la commission des affaires sociales a finalement décidé de solliciter le retrait de cet amendement, qui, tel qu'il est rédigé, ne règle pas la question du comparateur.

Sans doute Mme la ministre va-t-elle nous communiquer des éléments d'information.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** L'utilité des essais cliniques comparatifs n'est pas à démontrer. Ainsi, des essais contre placebo sont systématiquement réalisés, et la commission de la transparence, qui intervient en aval de la commission d'autorisation de mise sur le marché, AMM, est habilitée à prendre en considération ce genre d'essai.

Il n'en demeure pas moins qu'il existe des obstacles à la réalisation systématique de ces essais comparatifs.

Tout d'abord, ces études sont démarrées très en amont de la demande de remboursement et s'achèvent au moment de l'examen par la commission de transparence ; de fait, le comparateur choisi au départ pourra ne plus être pertinent à l'arrivée, au moment de l'évaluation par la commission, si d'autres produits sont apparus depuis la conception de l'étude.

Les délais de ce qu'on appelle le *screening* pharmacologique, dans les procédures de mise sur le marché, sont très longs. Il est très courant que ceux-ci durent plus d'une dizaine d'années.

Par ailleurs, le comparateur choisi par la firme peut être pertinent dans un pays donné et ne pas l'être dans un autre, eu égard aux pratiques ou aux remboursements.

Enfin, ce comparateur n'existe pas toujours, notamment pour certains médicaments très innovants. Je pense en particulier aux médicaments anticancéreux ou à des produits qui sont utilisés pour le traitement des maladies orphelines.

Ces essais sont évidemment souhaitables, mais l'on ne peut pas, au détour d'un amendement, rendre cette procédure obligatoire, pour les raisons que je viens de vous indiquer.

**M. le président.** Monsieur Cazeau, l'amendement n° 142 est-il maintenu ?

**M. Bernard Cazeau.** Oui, monsieur le président.

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

**M. François Autain.** Nous voterons cet excellent amendement, que nous examinons chaque année lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** C'est un marronnier ! (*Sourires.*)

**M. François Autain.** La réponse ressemble elle aussi à un marronnier, madame la ministre !

Le Sénat s'était emparé de ce « marronnier » et avait constitué une mission d'information sur les conditions de mise sur le marché et de suivi des médicaments, qui a rendu son rapport en juin 2006, et dont le président et l'une de ses deux rapporteurs sont présents, ce matin, dans cet hémicycle.

Dans ses conclusions, le rapport recommandait la généralisation de ces tests comparatifs. Aussi, cette proposition ne tombe pas du ciel ! Cette mesure est réclamée de façon itérative à la fois par le Sénat, mais aussi par l'Assemblée nationale.

Comme le rappelait à l'instant M. Cazeau, la MECSS de l'Assemblée nationale, dans un rapport très intéressant publié à la fin de 2007, préconisait elle aussi que des essais comparatifs sur les médicaments soient systématiquement effectués avant leur mise sur le marché.

Malheureusement, ces recommandations n'ont jamais été suivies d'effet.

Je suis au regret de vous dire, madame la ministre, que les objections que vous avez formulées ne tiennent pas la route.

La principale objection, vous ne l'avez pas évoquée. Elle est d'ordre financier. Les laboratoires ne financent pas d'essais comparatifs, car les autorités sanitaires ne l'exigent pas. De leur côté, les autorités sanitaires n'ont pas les moyens d'effectuer ces essais comparatifs. La plupart du temps, ils ne sont donc pas réalisés. Le président de la commission de la transparence, M. Gilles Bouvenot, s'en était d'ailleurs expliqué lors de son audition devant la mission d'information du Sénat sur les conditions de mise sur le marché et de suivi des médicaments.

En dépit de l'absence d'essais cliniques comparatifs, les médicaments sont néanmoins classés. Cela relève du miracle ! Mais force est de constater que 90 % des médicaments qui sont mis sur le marché aujourd'hui ne présentent aucune amélioration par rapport à l'arsenal thérapeutique existant. Ils sont pourtant remboursés par la sécurité sociale !

Hier matin, madame la ministre, vous avez indiqué que ces médicaments permettaient à la sécurité sociale de réaliser des économies. C'était d'ailleurs, selon vous, la raison pour laquelle ils étaient de plus en plus nombreux. Bientôt, nous n'aurons donc plus que des médicaments qui ne présentent aucune amélioration par rapport à l'arsenal médical existant, mais qui permettent à la sécurité sociale de réaliser des économies.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** C'est vraiment n'importe quoi !

**M. François Autain.** Madame la ministre, vous refusez de m'apporter la preuve que ces médicaments sont à l'origine d'économies. Hier, vous vous êtes opposée à l'un de mes amendements qui visait à demander combien la mise sur le marché de ces nouveaux médicaments rapportait chaque année à la sécurité sociale.

Je comprends que vous ne soyez pas en mesure de répondre à une telle demande puisque cela ne permet pas à la sécurité sociale de réaliser des économies. Bien au contraire, comme le disait tout à l'heure M. Cazeau, cette pratique est à l'origine, chaque année, de dépenses très importantes.

Il y a donc un malentendu entre le Gouvernement et l'opposition. Je ne suis pas étonné que, une fois encore, vous vous opposiez à cet amendement, pourtant réclamé par une mission à laquelle ont participé les sénateurs ici présents.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 142.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**M. le président.** L'amendement n° 140, présenté par Mmes Jarraud-Vergnolle et Le Texier, MM. Cazeau, Daudigny et Desessard, Mmes Demontès, Campion,

Alquier, Printz, Chevé et Schillinger, MM. Le Menn, Jeannerot, Godefroy, 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 28, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à Mme Annie Jarraud-Vergnolle.

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** Cet amendement vise à traduire une des préconisations du rapport 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 », préconisation adoptée par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, le 30 avril 2008.

L'appréciation de l'amélioration du service médical rendu, l'ASMR, détermine le niveau de prix du médicament, mais aussi l'admission au remboursement pour les médicaments qui, sans apporter d'amélioration du service médical rendu, permettent une économie dans le coût du traitement médicamenteux.

Dans un but d'aide à la décision ainsi que de transparence et d'analyse des remboursements de médicaments selon l'amélioration du service médical rendu, il est donc souhaitable d'établir une liste des médicaments classés par niveau d'ASMR.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Madame Jarraud-Vergnolle, votre demande est à mon sens largement satisfaite puisque la Haute Autorité de santé publie tous ses avis sur son site. Certes, les médicaments ne font pas l'objet d'une hiérarchisation. Apporterait-elle un plus en matière d'information ?

**M. François Autain.** Bien sûr !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** M. Autain en est convaincu.

J'admets que cela oblige le consultant du site à l'établir lui-même. Mais il a tous les éléments pour le faire. En fait, cet amendement vise à faciliter la tâche de celui qui cherche à s'informer.

**M. François Autain.** Pas seulement !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Je laisse à Mme la ministre le soin d'apprécier l'intérêt d'une telle mesure. Je considère pour ma part, comme la commission des affaires sociales, que cet amendement est très largement satisfait. On peut toujours aller plus loin, mais eu égard à la situation dans laquelle se trouve notre système d'assurance maladie, il y a sans doute des mesures plus importantes à prendre dans l'immédiat.

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

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Comme vient de l'indiquer M. le rapporteur général, tous les éléments sont, en toute transparence, mis à la disposition des profes-

sionnels de santé qui ont accès, sur le site de la Haute Autorité de santé, à des fiches techniques avec l'évaluation de l'ASMR de chaque produit.

Mesdames, messieurs les sénateurs, je tiens à vous rendre attentifs à une conséquence perverse de l'effet de liste. Il est bien évident que, si cet amendement était adopté, la prescription sera poussée vers le niveau d'ASMR le plus performant.

**M. François Autain.** Et alors ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Or, et je suis désolée de vous le dire, pour traiter un malade qui souffre par exemple d'hypertension, il n'est pas nécessaire de prescrire le médicament dont l'ASMR est la plus performante.

**M. François Autain.** Pourquoi !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Il faut apprécier les effets secondaires, le rapport entre le bénéfique et le risque. On peut parfaitement traiter une hypertension avec des médicaments qui ne sont pas les plus performants en termes d'ASMR.

**M. Gilbert Barbier.** Il faut aussi tenir compte du coût du médicament.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je suis contre cette préconisation obligatoire. Je considère que les médecins ont, après neuf années d'études pour les généralistes et davantage pour les spécialistes, le bagage nécessaire pour se repérer dans les fiches au demeurant extrêmement claires de l'ASMR. Je suis donc, en qualité tant de ministre de la santé que de professionnel de santé, absolument opposée à l'établissement d'une classification des ASMR.

**M. Gilbert Barbier.** Que l'on consulte les pharmaciens !

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

**M. François Autain.** Nous voterons cet amendement, car nous considérons que cette classification est un élément indispensable pour permettre au médecin d'établir une prescription en toute connaissance de cause.

Comme cela a été rappelé tout à l'heure, un médicament de niveau V, qui a une moindre efficacité, n'est pas obligatoirement moins cher que des médicaments de niveau I. Il est parfois beaucoup plus cher que des médicaments plus anciens et plus efficaces. On pourrait en trouver de nombreux exemples.

Il me paraît donc indispensable qu'un tel tableau soit mis à la disposition des médecins. C'est le cas en Allemagne et il ne semble pas que les malades et les médecins s'en plaignent. Peut-être n'est-ce pas pour cette raison, mais force est de constater que les Allemands consomment deux fois moins de médicaments que les Français.

Cette classification est un élément qui permettrait sans doute, parmi d'autres, de réduire la consommation de médicaments des Français. C'est la raison pour laquelle nous soutiendrons cet amendement.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Monsieur Autain, permettez-moi d'apporter un exemple à l'appui de ma démonstration. L'ASMR du Plavix est supérieure à celle de l'aspirine. Or, dans la majorité des indications, l'aspirine est suffisante.

Monsieur Autain, je m'étonne qu'un médecin tel que vous fasse de semblables préconisations. J'ai l'impression que vous êtes inspiré plus par une vision dogmatique que par une vision pratique.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 140.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

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

L'amendement n° 239 est présenté par M. Le Menn, Mmes Le Texier et Jarraud-Vergnolle, MM. Cazeau, Daudigny et Desessard, Mmes Demontès, Campion, Alquier, Printz, Chevé et Schillinger, MM. Jeannerot, Godefroy, S. Larcher et Gillot, Mmes San Vicente-Baudrin et Ghali, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

L'amendement n° 343 est 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.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

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

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

**M. le président.** La parole est à Mme Patricia Schillinger, pour présenter l'amendement n° 239.

**Mme Patricia Schillinger.** Selon un avis du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie sur les dispositifs médicaux en date du 29 mai 2008, la variété et l'hétérogénéité des dispositifs médicaux présents sur le marché français réduisent la volonté de déployer des systèmes de surveillance économique de ce marché.

Pourtant, ce marché affiche certaines particularités : il représente 12 % de la consommation de soins et de biens médicaux – 19 milliards d'euros –, et connaît des taux de progression importants en volume, dans un contexte de vieillissement de la population nécessitant d'optimiser la prise en charge des besoins de santé.

Alors qu'il incombe aux fabricants et distributeurs de dispositifs médicaux de déclarer obligatoirement, auprès de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, l'ensemble des produits et prestations commercialisés ou inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables, il n'existe pas de mécanisme de suivi des dépenses de dispositifs médicaux. Cette absence participe à l'opacité de ce marché, ce qui nuit à une optimisation de la régulation des dépenses de santé.

La présente proposition a pour objet de mettre en place, sous l'égide du Comité économique des produits de santé, un suivi périodique des dépenses des dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables dont l'optique et les audioprothèses, à l'instar de ce qui existe pour les médicaments.

Ce suivi des dépenses, aussi bien en valeur qu'en volume, portera sur le champ de l'ambulatoire, de l'hospitalisation complète et de l'équipement. Il intégrera également le prix de vente de chaque dispositif médical inscrit sur la liste des produits et prestations remboursables, la LPPR.

**M. le président.** La parole est à Mme Annie David, pour présenter l'amendement n° 343.

**Mme Annie David.** Cet amendement vise à compléter les missions du Comité économique des produits de santé en lui confiant le soin d'organiser un suivi périodique des dépenses des dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables, à l'instar de ce qui existe pour les médicaments.

Le marché de ces dispositifs représente 12 % de la consommation de soins et de biens médicaux, ce qui correspond à 19 milliards d'euros, et connaît par ailleurs, notamment en raison du vieillissement de la population, un taux de progression important en volume. Il s'agit donc d'optimiser la prise en charge des besoins de santé.

Malheureusement, alors qu'il incombe aux fabricants et distributeurs de dispositifs médicaux de déclarer obligatoirement, auprès de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, l'ensemble des produits et prestations commercialisés ou inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables, il n'existe pas de mécanisme de suivi des dépenses de dispositifs médicaux.

Cela est regrettable et participe à l'opacité de ce marché, ce qui nuit à une optimisation de la régulation des dépenses de santé.

Cette analyse est par ailleurs confirmée par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie qui, dans un avis rendu le 29 mai 2008, considère que « la variété et l'hétérogénéité des dispositifs médicaux présents sur le marché français réduisent la volonté de déployer des systèmes de surveillance économique de ce marché ».

Partant de ce double constat, nous proposons de mettre en place, sous l'égide du Comité économique des produits de santé, un suivi périodique des dépenses des dispositifs médicaux inscrits sur cette liste, à l'instar de ce qui existe pour les médicaments.

Ce suivi des dépenses, aussi bien en valeur qu'en volume, portera sur le champ de l'ambulatoire, de l'hospitalisation complète et de l'équipement. Nous proposons également que ce suivi intègre le prix de vente de chaque dispositif médical inscrit sur cette liste.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Nous aurions pu gagner un quart d'heure dans le temps de l'examen de ce texte. Je constate qu'il y a encore de marges de progression dans l'évolution de notre règlement intérieur.

Ces deux amendements sont satisfaits par l'article L. 165-4 du code de la sécurité sociale.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Lorsque des amendements sont déjà satisfaits par des textes en vigueur, est-il vraiment utile de les examiner en séance pour aboutir au constat qu'ils n'apportent rien ?

Je demande donc le retrait de ces deux amendements, non pour faire offense à leurs auteurs, mais parce qu'ils sont satisfaits.

Nous avons introduit la notion de l'irrecevabilité de certains amendements, notamment avec l'article 40 de la Constitution.

**M. Jean-Pierre Godefroy.** N'oubliez pas l'article 45 de la Constitution !

**M. Alain Vasselle,** *rapporteur général de la commission des affaires sociales.* Lorsque des amendements sont satisfaits, de grâce, essayons de gagner du temps !

**M. Guy Fischer.** Il y a déjà les articles 40 et 45 de la Constitution, et vous voudriez en ajouter !

**M. le président.** Monsieur le rapporteur, c'est le rôle de la commission de déterminer si les amendements sont déjà satisfaits. En outre, aucun règlement n'interdit la présentation d'un amendement inutile.

Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre.* Cette demande est excellente, mais elle n'apporte rien, puisqu'elle est déjà satisfaite par les textes existants.

Je sollicite donc le retrait de ces amendements identiques, tout en excusant leurs auteurs de ne pas avoir eu une analyse plus fine, compte tenu de la complexité des textes. (*Sourires.*)

**M. le président.** Mesdames Schillinger et David, acceptez-vous de retirer vos amendements ?

**Mme Patricia Schillinger.** Oui, monsieur le président.

**Mme Annie David.** Oui, monsieur le président.

**M. le président.** Les amendements identiques n° 239 et 343 sont retirés.

L'amendement n° 284, 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 28, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Monsieur le président, je voudrais attirer votre attention sur le fait que je n'ai pas retiré mon amendement ! Je n'ai pas pu m'exprimer.

Monsieur le rapporteur, si je peux souscrire à votre suggestion de prévoir une procédure de retrait quand il est patent qu'un amendement est déjà satisfait, en fait, j'y suis très réticent, car vous faites une telle utilisation de l'irrecevabilité sociale...

**M. Nicolas About.** Mais non !

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

**M. François Autain.** ... pour retirer tous les amendements qui vous gênent que, si l'on vous donnait cette possibilité, vous iriez bien au-delà des amendements qui sont satisfaits.

C'est pourquoi, dans ce domaine, il faut rester très prudent. Il y a finalement assez peu d'amendements qui sont déjà satisfaits.

J'en viens à la présentation de l'amendement n° 284.

**M. le président.** Je demande à chacun, y compris à M. le rapporteur, de faire un effort de concision.

**M. Guy Fischer.** Nous avons été provoqués, monsieur le président. Parlons de l'article 45 !

**M. le président.** Vous n'avez pas la parole, monsieur Fischer !

Veuillez poursuivre, monsieur Autain !

**M. François Autain.** Mon amendement concerne le sujet très important des infections génitales par papillomavirus, qui peuvent être à l'origine de cancers du col de l'utérus.

Vous savez qu'il existe un dépistage permettant d'éradiquer totalement ce risque. Dans les pays scandinaves où ce dépistage est utilisé, le cancer provoqué par ces papillomavirus n'existe plus.

On peut regretter que la France n'ait pas mis en œuvre un tel dispositif de dépistage comme elle l'a fait pour le cancer du sein et le cancer colorectal, parce que nous n'aurions sans doute pas eu besoin du secours du vaccin Gardasil et bientôt peut-être d'un autre vaccin.

Le vaccin Gardasil n'est malheureusement pas efficace à 100 % ; c'est là tout le problème. D'après les dernières analyses qui ont été effectuées aux États-Unis, cette efficacité serait bien inférieure à 70 %, ce qui veut dire que l'on prescrit un vaccin à ces femmes, qui sont souvent très jeunes, en leur conseillant en même temps de se faire surveiller par leur gynécologue, par mesure de précaution.

Mais on oublie de leur dire que, si l'on s'abstenait de les vacciner et que l'on se contentait d'assurer un dépistage, le résultat serait bien supérieur à celui que l'on obtient en ayant seulement recours au vaccin.

Le message est clair : un résultat à 90 % avec la surveillance gynécologique, et seulement à 70 % si l'on se contente de la vaccination,...

**M. Nicolas About.** On ne se contente pas de la vaccination !

**M. François Autain.** ... d'autant que l'on ne sait pas du tout combien de temps la vaccination agit.

Donc, il y a là un véritable problème, qui n'a pas été suffisamment mis en lumière par les autorités sanitaires, ce que je regrette.

C'est la raison pour laquelle je déplore que l'on autorise la publicité pour ces vaccins. Même s'il est conseillé aux jeunes femmes de continuer à se faire examiner, cette partie du message n'est souvent pas reçue, et elles se font vacciner en pensant qu'elles sont protégées, alors qu'il existe un danger important.

À l'époque où ce vaccin a été mis sur le marché, la Commission de la transparence a dit qu'il avait une action modérée. Je trouve dommage que l'on ait dérogé à la disposition qui était prévue initialement, et je regrette que, lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, un amendement de M. Vasselle ait étendu la possibilité de publicité pour ces vaccins.

**M. le président.** Mon cher collègue, veuillez conclure !

**M. François Autain.** D'ailleurs, le Haut conseil de la santé publique, qui s'est prononcé à cet égard, a émis un avis défavorable sur le fait que ces vaccins fassent l'objet d'une publicité.

C'est pourquoi, avec cet amendement, je demande simplement que cette possibilité soit supprimée.

**M. le président.** Mes chers collègues, veuillez respecter votre temps de parole !

Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Nous avons effectivement introduit, à l'occasion de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, une mesure tendant à encadrer les publicités sur les vaccins.

**M. François Autain.** Une mesure « permettant » ces publicités. C'est différent !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Vous considérez qu'elles ne sont pas encadrées, parce que vous dénoncez des dérives. Mais nous avons adopté des mesures dont nous pensions qu'elles auraient l'efficacité recherchée. Or nous nous interrogeons effectivement sur les conséquences qui pourraient résulter de certaines publicités.

**M. François Autain.** Nous nous interrogeons aussi !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** De ce point de vue, nous sommes interpellés par l'amendement de M. Autain

C'est l'une des raisons pour lesquelles la commission a émis un avis de sagesse sur cet amendement, en attendant les explications du Gouvernement.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je répondrai tout d'abord que le droit communautaire ne permet pas d'interdire la publicité pour les campagnes de vaccination...

**M. François Autain.** Micro !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Excusez-moi. Le fait de ne pas m'entendre vous est insupportable, monsieur Autain. J'en suis ravie ! (*Sourires.*)

**M. François Autain.** L'inverse n'est pas forcément vrai !

**M. le président.** Ne jetez pas le trouble !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Ne tombez pas dans la dérélition, vous en seriez malheureux !

Je disais que le droit communautaire ne permet pas d'interdire la publicité pour les campagnes de vaccination faites par l'industrie et approuvées par les autorités compétentes des États membres. Si votre amendement était adopté, nous ferions immédiatement l'objet d'une procédure, qui aboutirait à une condamnation en manquement par la Cour de justice des Communautés européennes et au paiement de fortes astreintes.

En revanche, je suis absolument d'accord sur le fait qu'il faut encadrer ces publicités et les surveiller. D'ailleurs, les campagnes faites par le laboratoire, dans le cadre de la spécialité pharmaceutique que vous avez nommée, ont considérablement changé de ton, à notre instigation et grâce à l'encadrement qui a été fait.

L'article du code de la santé publique que vous visez a été déjà modifié par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, afin d'encadrer encore plus et de manière spécifique la publicité des vaccins, en obligeant les firmes à inclure les mentions qui ont été déterminées par la Haute autorité de santé en vue de garantir au mieux le respect des recommandations vaccinales.

Par ailleurs, des contrôles *a priori* sont effectués par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, l'AFSSAPS, afin d'éviter toute dérive de la communication réalisée par les laboratoires.

Comme tous ceux qui s'intéressent à la santé publique, je suis une militante de la vaccination, qui est une démarche de santé publique particulièrement utile à une époque où un certain nombre de ligues – je n'ose pas dire de sectes – antivaccinales se manifestent, comme j'ai eu l'occasion de l'évoquer au cours de ce débat. Monsieur Autain, nous sommes au moins d'accord sur le fait que différents acteurs de la société civile doivent pouvoir s'exprimer de façon encadrée sur ces campagnes.

Il ne faut évidemment pas que le vaccin entraîne l'absence du dépistage du cancer du col de l'utérus. C'est la raison pour laquelle son dépistage organisé va être expérimenté dans le cadre du Plan cancer II, qui a été annoncé par le Président de la République.

**M. François Autain.** Voilà !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** À côté des grandes annonces, un certain nombre d'actions spécifiques ont été mises en place, et le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus fait partie intégrante du Plan cancer II, rejoignant une préoccupation que vous avez souvent exprimée.

**M. Gilbert Barbier.** Écoutez le Président de la République !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le Gouvernement sollicite donc le retrait de cet amendement, compte tenu des conséquences globales qu'il risquerait d'entraîner. Je reste convaincue de la nécessité d'un encadrement, mais l'adoption de ces dispositions aboutirait à interdire la publicité pour toute campagne de vaccination.

**M. François Autain.** Pas toutes !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Si cet amendement n'est pas retiré, le Gouvernement émettra un avis défavorable.

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

**M. François Autain.** Madame la ministre, j'ai constaté que nous avons un certain nombre de points de convergence, et je suis très satisfait d'apprendre que vous allez, dans le cadre de ce Plan cancer II, vous lancer dans une campagne de dépistage des cancers du col de l'utérus, provoqués notamment par les papillomavirus.

C'est une excellente nouvelle, mais elle rend caduque cette vaccination, puisqu'il est démontré qu'un dépistage bien conduit et généralisé – nous avons l'expérience des pays scandinaves – aboutit à l'éradication totale de ce cancer.

Le vaccin devient donc inutile. Or, puisque nous parlons des finances, je vous rappelle qu'entre 2007 et 2008 le coût pour la sécurité sociale s'est élevé à 537 millions d'euros, ce qui n'est pas négligeable.

Évidemment, ce n'est pas perdu pour tout le monde, puisque le laboratoire a vu son chiffre d'affaires pour ce vaccin augmenter, entre 2007 et 2008, de 295 %, ce qui s'est rarement vu dans le passé ! Cette augmentation a d'ailleurs un lien avec la publicité. Depuis que celle-ci a disparu, les ventes ont brutalement chuté, comme si les besoins avaient tout à coup diminué. C'est bizarre !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** C'est un motif de satisfaction !

**M. François Autain.** Donc, la publicité, chacun le sait, est un facteur favorable à l'augmentation des ventes. D'ailleurs, les laboratoires le savent bien et y ont recours.

Je voudrais maintenant vous répondre, madame la ministre, sur le droit communautaire.

Je n'ai pas eu le sentiment que, lorsque M. le rapporteur général a déposé son amendement, c'était sous la pression des autorités communautaires. Peut-être a-t-il agi de son propre arbitre – le connaissant, c'est ce que je pense – et estimé qu'il fallait élargir cette publicité aux laboratoires.

C'est pourquoi cet argument n'est pas recevable en la matière, et nous pourrions revenir à la législation antérieure sans encourir pour autant ces sanctions dont vous avez parlé.

Je suis heureux de constater que nous sommes d'accord sur les objectifs, et je déplore que nous ne nous entendions pas sur les moyens pour y parvenir.

C'est la raison pour laquelle je maintiendrai malgré tout mon amendement.

**M. le président.** La parole est à Mme Catherine Tröndle, pour explication de vote.

**Mme Catherine Tröndle.** En réponse à M. Autain, je ferai une remarque. J'ai été choquée par le message négatif qu'il a adressé à toutes ces jeunes filles qui se sont fait vacciner contre le cancer du col de l'utérus.

Ces jeunes filles – j'en connais beaucoup dans ce cas – ne se sont pas fait vacciner, me semble-t-il, parce qu'il y a eu beaucoup de publicité. Elles sont allées consulter leur gynécologue ou leur médecin de famille, il y a eu un échange et cela s'est fait dans une atmosphère de compréhension et dans un souci de responsabilisation.

Je ne peux pas vous laisser dire aujourd'hui que ce vaccin est inopérant et inefficace.

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

**Mme Catherine Tröndle.** Si, c'est ce que vous avez dit tout à l'heure, monsieur Autain !

Nous n'avons pas aujourd'hui suffisamment de recul et j'estime qu'une jeune fille vaccinée est certainement mieux protégée qu'une jeune fille qui fait un dépistage une fois tous les deux ans ou même une fois pas an...

**M. François Autain.** Non, c'est faux !

**Mme Catherine Tröndle.** ... car le cancer peut évoluer très rapidement. Si elle se fait dépister au mois de décembre alors que le cancer est avéré au mois de janvier, la situation peut être dramatique.

**M. François Autain.** Ce vaccin ne protège pas à 100 % !

**Mme Catherine Tröndle.** Monsieur Autain, votre démarche n'est pas très loyale à l'égard de toutes ces jeunes filles qui ont pris leurs responsabilités. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste.*)

**M. le président.** La parole est à M. Paul Blanc, pour explication de vote.

**M. Paul Blanc.** Je partage tout à fait l'avis de ma collègue Catherine Tröndle.

Monsieur Autain, ce n'est pas parce que l'on a fait un dépistage qui s'avère positif qu'il n'y a pas ensuite une thérapeutique...

**M. François Autain.** Bien sûr !

**M. Paul Blanc.** ... et souvent une thérapeutique fort mutilante.

Si le vaccin peut protéger dans certains cas et si cette protection n'est pas absolue, ce n'est pas une raison pour le rejeter.

**M. François Autain.** Il faut quand même soigner !

**M. Paul Blanc.** En tout cas, à titre personnel, je conseille à mes enfants et à mes petits-enfants de se faire vacciner. (*Très bien ! sur les travées de l'UMP*)

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Monsieur Autain, je vous pose une petite devinette : quel est le niveau d'ASMR – amélioration du service médical rendu – du Gardasil ?

**M. François Autain.** Je pense que c'est trois...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Non, c'est un !

**M. Nicolas About.** Alors là !

**M. le président.** Il s'agit d'un débat technique qui me dépasse !

Je mets aux voix l'amendement n° 284.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

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

L'amendement n° 98, présenté par Mmes Jarraud-Vergnolle et Le Texier, MM. Cazeau, Daudigny et Desessard, Mmes Demontès, Campion, Alquier, Printz, Chevé et Schillinger, MM. Le Menn, Jeannerot, Godefroy, 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 28, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

La parole est à Mme Annie Jarraud-Vergnolle.

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** La situation des comptes n'a jamais été aussi critique et malgré tout vous ne cessez de multiplier les boucliers de protection en direction des plus favorisés.

En revanche, les assurés, les malades, notamment les plus fragiles d'entre eux, sont constamment ponctionnés. Ils doivent se battre en permanence pour se loger, manger, se soigner.

Je vous rappelle que, depuis la création de la sécurité sociale en 1945, l'assurance maladie repose sur la solidarité entre bien portants et malades. Tout le monde paie en fonction de ses moyens et reçoit en fonction de ses besoins.

Aujourd'hui, vous prévoyez plus de 30 milliards d'euros de déficit pour 2010 et vous attaquez le problème par un arsenal de « mesurette ».

Il s'agit, tout d'abord, de l'augmentation du forfait hospitalier, mesure ridiculement insignifiante, 200 millions d'euros, au regard des 30 milliards d'euros, mais diablement pénalisante pour les personnes fragiles. D'ailleurs, l'adop-



tion hier soir de l'amendement Copé à l'Assemblée nationale est également un scandale, comme l'a rappelé le groupe CRC.

Ensuite, hier vous avez instauré les franchises : un euro sur la consultation en 2007, 50 centimes sur la boîte de médicament en 2008, 50 centimes par acte paramédical, 2 euros à chaque recours de transport sanitaire et tout cela pour un gain de 900 millions d'euros.

D'abord présenté pour combler le déficit de la sécurité sociale, puis pour financer la lutte contre le cancer et la maladie d'Alzheimer, ces franchises s'inscrivent dans le droit fil des réformes qui reposent sur la pénalisation des assurés sociaux.

Cet amendement a donc pour objet d'évaluer les conséquences de l'application de la mesure instaurant des franchises médicales et son évolution sur les inégalités de santé.

**M. le président.** L'amendement n° 293, 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 28, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Guy Fischer.

**M. Guy Fischer.** Madame la ministre, vous connaissez notre hostilité de principe et notre hostilité de fond à l'égard des franchises médicales, qui sont un véritable impôt sur la maladie.

Chaque année, nous demandons donc, à défaut de pouvoir supprimer les franchises en raison de l'application de l'article 40 de la Constitution, qu'un rapport soit remis pour évaluer les effets des franchises médicales sur l'accès aux soins.

Et chaque année, vous nous répondez qu'un rapport a effectivement été transmis au Parlement et je dois concéder que cette année le rapport a été transmis début novembre.

Toutefois, et ce n'est pas anodin, ce rapport ne traite absolument pas de la question de l'impact des franchises en termes de renoncement aux soins. Il est très complet pour ce qui est du rendement des franchises, des ressources qu'elles ont effectivement dégagées, des conséquences que les franchises ont eues sur le conditionnement des médicaments vendus, mais rien sur les conséquences en termes d'accès aux soins.

C'est pourquoi cette année, avec notre amendement n° 293, nous proposons de modifier l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale en le complétant par les mots : « ainsi que l'impact de cette mesure pour les assurés en matière d'accès aux soins ».

Nous sommes convaincus que ces franchises médicales, accélèrent ou tout du moins contribuent à aggraver les inégalités dans l'accès aux soins. Ainsi, les individus ayant les plus bas revenus sont moins nombreux à recourir à des pratiques de dépistage et de prévention. Une étude de l'INSEE souligne par exemple que « parmi les femmes de 40 ans et plus appartenant à des ménages modestes, 34 % n'ont jamais réalisé de mammographie contre 19 % des autres femmes de plus de 40 ans ».

Les inégalités sociales en santé ne cessent de croître, et leur évolution est similaire à celle de l'explosion de la pauvreté et de la généralisation de la précarité. Ainsi, les plus pauvres seraient les plus fragilisés en raison de leur exposition à des conditions de vie, de travail, d'alimentation dégradée – il suffit de voir l'explosion de l'obésité, c'est un grave problème de santé publique –, ils seraient exposés à des éléments dangereux pour leur santé – je pense en particulier aux familles qui habitent dans des logements insalubres et sont quotidiennement victimes d'un empoisonnement au plomb –, ils sont également celles et ceux qui consultent le moins.

Madame la ministre, il faut donc impérativement aller plus loin pour mesurer les effets des franchises sur les populations les plus démunies.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Les auteurs de ces amendements souhaitent mesurer l'impact de la franchise en termes d'accès aux soins pour nos concitoyens.

Premier élément de réponse : la Conférence nationale de santé effectuée ce travail en analysant non pas uniquement la question des franchises, mais d'une manière plus globale les conditions dans lesquelles nos concitoyens peuvent accéder aux soins.

Mes chers collègues, si la franchise est un élément qui est à prendre en compte dans l'accès aux soins, il n'est pas le seul.

Nous avons en son temps dénoncé – depuis nous avons pris des mesures permettant de l'atténuer – la disposition qu'avait fait adopter Martine Aubry lors de la création de la couverture maladie universelle complémentaire, la CMUC. Je rappelle que vous avez exclu de la CMUC – vos collègues du groupe communiste et du groupe socialiste l'ont cautionné...

**M. Guy Fischer.** Allons !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** ... tous les bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés, l'AAH, et du minimum vieillesse.

**M. Guy Fischer.** Nous l'avions dénoncé !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Ces personnes se sont trouvées fragilisées et ont eu des difficultés pour bénéficier d'un accès aux soins. Il a fallu que le Président de la République de l'époque, Jacques Chirac, demande la mise en place d'une sorte de crédit d'impôt pour solvabiliser pour partie les bénéficiaires de l'AAH ou du minimum vieillesse afin qu'ils puissent avoir accès à l'assurance complémentaire.

Il ne faut pas, me semble-t-il, se focaliser uniquement sur les franchises, il convient de prendre ces difficultés d'accès aux soins dans leur globalité en fonction des mesures en vigueur à l'heure actuelle.

Ce travail est fait par la Conférence nationale de santé. S'il faut aller plus loin, pourquoi pas ? Vous voulez que ce soit le Comité économique des produits de santé, le CEPS qui fasse ce travail. Mme la ministre va donner son avis, mais je pense que votre demande est satisfaite, c'est la raison pour laquelle je vous demande de retirer vos amendements.

**M. Guy Fischer.** Absolument pas !

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Monsieur Fischer, vous posez la question des appréciations non seulement quantitatives mais qualitatives figurant dans le rapport transmis au Parlement – conformément à la loi – sur les franchises.

Nous voyons bien à travers ce rapport que les franchises n'ont pas entraîné de renoncements aux soins. En effet, les postes concernés par les franchises ont continué à croître de façon très importante au cours de l'année écoulée. Ce n'est d'ailleurs pas étonnant, puisque le montant des franchises – je le rappelle – est plafonné à 50 euros, qu'un Français sur quatre ne paie pas la franchise et que, par conséquent, 15 millions de nos concitoyens sont exonérés de tout paiement de franchise.

Qu'il y ait des renoncements aux soins pour des motifs financiers, j'en suis tout à fait consciente, mais ce n'est pas sur les postes concernés par les franchises.

Qu'est-ce qui entraîne une renonciation aux soins ?

D'abord, certains secteurs sont peu ou mal remboursés ou parfois pas du tout remboursés, je pense en particulier à l'optique et au dentaire où il n'y a pas de franchise.

Il s'agit, ensuite, de la question des dépassements d'honoraires contre lesquels nous menons une lutte tout à fait déterminée.

**M. Guy Fischer.** Non, vous avez refusé tous nos amendements !

**M. François Autain.** Les résultats sont là !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Il s'agit, enfin, du reste à charge, qui est, eu égard à notre armature de solidarité nationale, le plus faible du monde. Nous avons voulu prendre en compte cette « zone grise » entre les personnes qui bénéficient des mécanismes de prise en charge complète comme la CMU ou l'Aide médicale de l'État, l'AME, et les personnes qui ont des revenus très faibles et pour lesquelles « l'achat » d'une mutuelle ou d'un mécanisme complémentaire de prise en charge peut apparaître très lourd.

Par ailleurs, nous avons amplifié de façon très importante l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, l'ACS. J'ai accepté, lors de l'examen de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, la loi HPST, un amendement de M. Pierre Méhaignerie, le président de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale visant à ce que l'ACS soit considérablement augmentée. Par exemple : pour la tranche d'âge de 50 à 59 ans, l'augmentation a été de 75 %. J'ai également étendu cette mesure aux jeunes, pour lesquels j'ai pratiquement doublé l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

Voilà des actions résolues que je mène, mais on peut d'ores et déjà, en évaluant l'application des franchises, considérer de façon objective qu'elles n'ont entraîné aucune difficulté dans l'accès aux soins.

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

**M. François Autain.** Je profite de cette explication de vote pour répondre à Mme la ministre sur l'amendement précédent car elle a dit une contre-vérité. Elle a affirmé que le Gardasil avait bénéficié d'une ASMR de niveau un. C'est faux, il a bénéficié d'une ASMR de niveau trois et la HAS, dans son avis du 18 avril 2007, notait même que l'on ne pouvait garantir son efficacité en termes de protection au-delà de cinq ans, indiquant que son effet était mal connu.

J'en viens maintenant à l'amendement n° 293.

Nous serions prêts à le retirer dans la mesure où vous vous engageriez à écrire dans le rapport annuel que ces franchises n'ont aucune incidence sur le renoncement aux soins. Dans ces conditions, nous pourrions dire que ce rapport nous donne satisfaction et que notre amendement n'a plus d'objet.

Mais j'ai cru comprendre que tel n'est pas votre souhait : vous pensez que le rapport tel qu'il existe est suffisant. Dès lors, en l'absence d'une réponse de votre part, nous maintenons notre amendement.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 98.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 293.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 340, 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 28, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Cet amendement, qui se fonde sur une recommandation formulée par la sécurité sociale dans son rapport d'activité de 2008, se justifie, me semble-t-il, par une situation criante, à savoir l'augmentation croissante des missions confiées au Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, le FIQCS.

J'illustrerai mon propos en énumérant les missions pléthoriques qui sont dévolues à cet organisme.

Le FIQCS, qui a été créé par l'article 94 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, était chargé de financer des actions et des expérimentations concourant à l'amélioration des soins dispensés en ville *via* des aides aux professionnels de santé, à des regroupements de ces mêmes professionnels ou encore à des centres de santé. Il était également chargé de financer le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé liant des professionnels de santé exerçant en ville et des établissements de santé et médico-sociaux.

Par ailleurs, ce fonds doit intervenir pour soutenir des actions ou des structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins, notamment les maisons médicales de garde, ainsi que des actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé. Mais la liste ne s'arrête pas là !

Il doit également apporter son concours à des actions ou à des structures visant au maintien de l'activité et à l'installation de professionnels de santé pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire.

Enfin, il doit aussi participer à la mise en œuvre du dossier médical personnel, une arlésienne, n'est-ce pas...

Jusqu'en 2007, ces missions étaient partagées entre deux fonds ; elles ont été dévolues au FIQCS, né de la fusion de la dotation nationale de développement des réseaux, la DNDR, et du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville, le FAQSV.

Avec l'adoption de la loi HPST, la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, les missions du FIQCS ont été encore étendues. L'assurance maladie s'alarme du fait que le FIQCS, menacé de surmenage, ne puisse pas mener à bien toutes ses missions.

Quoi qu'il en soit, ce serait une mesure de bon sens que d'envisager l'évaluation des actions du FIQCS afin de mettre un terme à celles qui ne sont pas assez efficaces, évitant ainsi toute gabegie, quitte à lui permettre, le cas échéant, de concentrer les aides et les efforts sur les actions efficaces.

Je pourrais faire la même démonstration pour le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés, le FMES, créé, quant à lui, par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001. Je n'en dirai pas plus, mais l'étendue et la variété des missions de cet organe plaident également pour une rationalisation de ses actions.

C'est la raison pour laquelle je vous demande, mes chers collègues, d'adopter cet amendement.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Vous souhaitez, mon cher collègue, un rapport de plus ! En dehors du fait d'aider l'industrie du papier, on sait à quoi servent la plupart des rapports...

Toutefois, la demande que vous formulez est légitime. En tant que rapporteur du projet de loi de financement de la sécurité sociale, j'ai, à plusieurs reprises, interpellé le Gouvernement sur l'utilisation des crédits consacrés au FIQCS. Peut-être pourrions-nous envisager une action de contrôle en coordination avec la commission des finances et la MECSS, la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale. Ce serait aussi efficace, voire plus, qu'un rapport supplémentaire !

Si vous en êtes d'accord, mon cher collègue, nous pourrions inscrire ce point à l'ordre du jour des travaux de la prochaine réunion de la MECSS.

Dans ces conditions, je vous demande de bien vouloir retirer votre amendement.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Des tableaux très complets sur le FIQCS sont déjà annexés au projet de loi de financement de la sécurité sociale, et je vous y renvoie, monsieur le sénateur.

Je suis tout à fait prête à les perfectionner en introduisant une vision plus qualitative. Mais c'est sur le terrain, dans le cadre des agences régionales de santé, où se déploiera l'utilisation de ces fonds, contribuant par là même à instituer la démocratie sanitaire, que les élus pourront apprécier la réalité et la pertinence des actions menées, bien plus que dans un rapport écrit, forcément technocratique et froid.

Je prends ici l'engagement pour l'année prochaine – même si je ne sais pas où je serai ! -...

**M. Guy Fischer.** Vous êtes lucide !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Vous le savez, dans ce métier, il faut pratiquer l'ascèse de l'adieu ! (Sourires.)

**M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis.** Belle formulation !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Mesdames, messieurs les sénateurs, je prends donc ici devant vous l'engagement de vous fournir des éléments encore plus détaillés et perfectionnés.

En conséquence, je vous demande, monsieur le sénateur, de bien vouloir retirer votre amendement ; à défaut, le Gouvernement émettra un avis défavorable.

**M. le président.** Monsieur Autain, l'amendement n° 340 est-il maintenu ?

**M. François Autain.** Compte tenu des explications de Mme la ministre et de M. le rapporteur, je retire mon amendement, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 340 est retiré.

### Article 29

① Le 10° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rétabli :

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

**M. le président.** La parole est à M. Bernard Cazeau, sur l'article.

**M. Bernard Cazeau.** L'article 29 du projet de loi est très important dans la mesure où il prévoit que les assurés qui ne relèvent plus du régime de l'ALD, l'affection de longue durée, soient exonérés du ticket modérateur pour les actes médicaux et examens biologiques liés au suivi du cancer dont ils souffraient, et uniquement pour cette affection. C'est l'un des pôles du plan cancer II.

Le Gouvernement s'appuie ici sur une enquête de la HAS, la Haute Autorité de santé, d'ailleurs confirmée par le professeur Maraninchi de l'Institut national du cancer, selon laquelle plus de 60 % des cancers sont curables.

En tant que médecin, permettez-moi de vous dire, madame la ministre, que je suis partagé.

Certes, on peut annoncer à un malade atteint d'un cancer que celui-ci est stabilisé, ce qui est effectivement vrai, dans la plupart des cas, après cinq ans. Je comprends cette démarche, car cela permettra peut-être de rassurer psychologiquement le patient, ainsi que ses proches.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Et de lui permettre d'avoir mieux accès au logement, par exemple !

**M. Bernard Cazeau.** Mais peut-on lui dire qu'il est guéri ? Tout le problème est là.

Tous les médecins le savent bien, les récives tardives ne sont pas des exceptions. D'ailleurs, l'une de nos collègues, Michèle Delaunay, cancérologue réputée et députée de la Gironde, a affirmé qu'il ne faut pas confondre guérison et rémission. Tout dépend de la nature de l'agent pathogène et de sa localisation. Nous devons donc bien réfléchir aux conséquences que peut entraîner cette exonération.

Madame la ministre, je comprends bien que vous souhaitiez sortir un certain nombre de malades du régime des ALD : ce sont 10 millions de personnes qui mobilisent 64 % des dépenses d'assurance maladie et sont responsables de 90 % de la croissance annuelle des dépenses. Mais il faut, je le répète, réfléchir aux conséquences.

Je sais que vous accordez, madame la ministre, la possibilité de réintégrer l'ALD ou la prise en charge du suivi de l'affection, mais le fait de poser comme postulat la guérison du cancer me gêne.

J'aborderai maintenant une autre question, à savoir le secteur optionnel.

Il me semble légitime d'engager un débat sur le juste niveau de rémunération des professionnels de santé ; c'est d'ailleurs une demande récurrente.

Nous constatons que le tarif opposable ne permet pas à tous les professionnels de santé – en l'occurrence, pour l'instant, les spécialistes de chirurgie, de gynécologie obstétrique et d'anesthésie – de pratiquer une médecine de qualité, mais alors mettons-nous autour de la table pour en discuter ! C'est d'ailleurs ce qui a été fait dans le cadre de la convention.

Tout cela laisse penser qu'il y aura des lendemains. Si l'on met le doigt dans l'engrenage pour trois spécialités, qui ont peut-être effectivement été pénalisées à un moment donné, ce ne sera pas sans conséquence pour les autres.

Nos collègues de la majorité vont nous proposer des amendements tendant à insérer des articles additionnels après l'article 29. Non seulement certains d'entre eux sont antagonistes, mais ils peuvent tous créer une véritable broussaille tarifaire.

Nous le savons tous, certains médecins spécialistes de secteur 1 ont été autorisés – on ne sait trop sur quel fondement pour un certain nombre d'entre eux ! – à pratiquer des dépassements, alors que, en théorie, ils ne devraient pas le faire. Mais je ne lancerai pas ici le débat. Toujours est-il que nos concitoyens ne s'y retrouvent pas et ne sont pas en situation de le faire ! Cette incertitude, en elle-même facteur d'inflation tarifaire, est donc pénalisante pour la sécurité sociale.

Elle est néfaste pour notre système de santé dans son ensemble.

**M. le président.** Veuillez conclure, mon cher collègue !

**M. Bernard Cazeau.** Je termine, monsieur le président.

Même si les dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale, ils provoquent, à l'évidence, un gonflement des tarifs, ce qui aura des conséquences désastreuses sur les mutuelles.

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

L'amendement n° 143 est présenté par Mmes Jarraud-Vergnolle et Le Texier, MM. Cazeau, Daudigny et Desessard, Mmes Demontès, Campion, Alquier, Printz, Chevé et Schillinger, MM. Le Menn, Jeannerot, Godefroy, S. Larcher et Gillot, Mmes San Vicente-Baudrin et Ghali, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

L'amendement n° 297 est présenté par M. Autain, Mme David, M. Fischer, Mmes Pasquet, Hoarau et les membres du groupe Communiste, Republicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Annie Jarraud-Vergnolle, pour présenter l'amendement n° 143.

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** Cet amendement vise à supprimer l'article 29 du projet de loi au motif qu'il revient au médecin traitant de juger de l'état du patient et de décider si ce dernier peut sortir du régime des ALD.

La Haute Autorité de santé a proposé de ne pas renouveler l'ALD cancer au-delà de cinq ans pour les malades en rémission. L'article 29 s'inspire de cette proposition et prétend organiser la sortie de ces patients du dispositif ALD, tout en prévoyant que les actes médicaux et les examens biologiques nécessaires au suivi de l'affection continueront d'être pris en charge à 100 %. Mais peut-on réellement dire à un malade atteint du cancer qu'il est guéri ?

Les cas de récurrences peuvent être fréquents et plus ou moins tardifs. À cet égard, je donnerai deux exemples.

Pour le cancer du poumon, le temps de survie est inférieur à cinq ans et le taux de guérison est faible.

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

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** Le temps pendant lequel le patient peut rechuter est court et, s'il a survécu après cinq ans, il peut être considéré comme guéri.

Mais, pour le cancer du sein, le temps de guérison n'existe pas, et on ne peut jamais employer ce terme puisque les rechutes restent aussi importantes après trente ans qu'après quelques années ; il en est d'ailleurs de même pour le cancer de la prostate. La rémission n'est pas la guérison.

Dans votre logique, quel que soit le type de cancer, ces personnes sortent du dispositif de l'ALD.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Elles pourront y rentrer en cas de récurrence !

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** Depuis plusieurs années, on nous explique que les affections de longue durée représentent les deux tiers des dépenses de l'assurance maladie et qu'elles sont majoritairement responsables de l'augmentation des dites dépenses.

Considérant la situation financière critique de notre protection sociale, le Gouvernement a évidemment la volonté de faire des économies, et ce au détriment du bien-être et de la santé du patient.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Mais non ! S'ils prennent des médicaments, ils sont pris en charge !

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** Comme vous ne pouvez pas exclure certaines pathologies prises en charge dans le cadre des ALD, vous en revoyez les critères d'entrée et de sortie.

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

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** Comment pouvez-vous soutenir que la sortie de l'ALD doit relever du domaine législatif ? C'est au médecin d'apprécier ces critères et non pas à un décret de fixer qui doit rester ou sortir de ce dispositif !

Au-delà de l'arsenal de mesures économiques qui pèsent sur les malades, les seules d'ailleurs que vous nous présentiez pour remédier au déficit de la sécurité sociale, celle-ci est particulièrement entachée par votre manque d'humanisme.

Elle est dans la même lignée que les mesures que vous avez prises sur le déremboursement des médicaments, sur les franchises ou encore sur l'augmentation du forfait hospitalier.

Je vous le dis, madame la ministre, la santé n'est pas une marchandise ; elle ne doit pas être une variable d'ajustement vous permettant de compenser les difficultés auxquelles vous vous heurtez pour maîtriser les dépenses de la sécurité sociale. D'autres mesures existent, mais encore faudrait-il que vous vous attaquiez aux vraies niches sociales !

**M. le président.** La parole est à M. Guy Fischer, pour présenter l'amendement n° 297.

**M. Guy Fischer.** Avec cet amendement, nous entendons supprimer du projet de loi de financement de la sécurité sociale l'article 29, qui constitue pour nous une mesure inacceptable.

C'est un mauvais coup porté contre les malades et, malheureusement, contre les plus fragilisés d'entre eux, c'est-à-dire celles et ceux qui bénéficient de la prise en charge à 100 % pour les affections de longue durée.

En effet, suivant les recommandations de la Haute Autorité de santé, vous proposez de ne pas renouveler l'exonération du ticket modérateur dont bénéficient les personnes atteintes d'un cancer. C'est une première !

Vous prétendez ainsi organiser la sortie de ces patients du dispositif ALD, tout en prévoyant que les actes médicaux et les examens biologiques nécessaires au suivi de l'affection continueront d'être pris en charge à 100 %.

Sur le fond, cette position est paradoxale et risquerait même d'être contre-productive. Loin des déclarations officielles du Gouvernement, nous y voyons, pour notre part, une tentative de réforme *a minima* des ALD ; on commence par là, c'est le premier pas...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** C'est n'importe quoi !

**M. Guy Fischer.** Je reviendrai sur les chiffres exacts !

On sait que les ALD occupent une place importante dans les dépenses de santé. Ce système a un coût que le Gouvernement veut rabaisser et cet article y contribue sans doute. C'est le premier outil qui est lancé contre les ALD.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Il n'y a aucune mesure d'économie à en tirer !

**M. Guy Fischer.** Cela nous semble être la première pierre d'un édifice qui se construira avec le temps et qui a pour effet de réduire la prise en charge à 100 %. Comment analyser autrement cet article ? Au final, il risque d'être financièrement contre-productif dans l'immédiat, puisque la prise en charge à 100 % ne concerne déjà que les actes médicaux et les examens biologiques liés à la maladie ayant entraîné l'admission en ALD ; c'est ce que l'on appelle l'ordonnance bizonale. Le principe est toujours d'actualité.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Quand on voit comment il est respecté...

**M. Guy Fischer.** Un médecin a, en effet, été récemment sanctionné pour ne pas l'avoir respecté.

Les ALD concernent quinze millions de personnes atteintes d'une maladie chronique, c'est-à-dire 20 % de la population. Il y a huit millions d'ALD !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Il n'y a pas que les maladies chroniques !

**M. Guy Fischer.** Les ALD portent sur le diabète, les bronchites chroniques, l'asthme, les insuffisances rénales et, bien sûr, les cancers aujourd'hui visés ; elles concernent 15 % des assurés sociaux et représentent 62 % des dépenses du régime général.

Il faut être clair : aujourd'hui, on veut réduire les ALD qui pèsent sur les dépenses de l'assurance maladie et qui en sont véritablement le cœur. C'est la première fois que l'on s'attaque aussi frontalement aux affections de longue durée et aux remboursements à 100 %. (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.*)

**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.** Effectivement, comme l'a dit Bernard Cazeau en commençant son propos, cet article est important ; j'en conviens. Les ALD sont un sujet qui nous préoccupe et qui anime nos débats depuis plusieurs projets de loi de financement de la sécurité sociale. Elles résultent d'une situation à laquelle il est difficile d'opposer une fin de non-recevoir.

Leur évolution naturelle est liée à plusieurs facteurs. Grâce aux progrès de la médecine et à sa qualité, l'espérance de vie s'améliore et donc la proportion des personnes qui avancent en âge augmente. Nous parvenons à mieux soigner certaines des pathologies lourdes qui entraînaient un décès rapide. Par conséquent, de plus en plus de nos concitoyens qui souffrent de maladie chronique sont classés en ALD.

Cela nous amène à constater que ces ALD pèsent lourdement sur le budget de la sécurité sociale et sur les dépenses de l'assurance maladie. Frédéric van Røkeghem, le directeur de la CNAM, nous le dit assez régulièrement : 80 % de la progression des dépenses de l'assurance maladie sont liées aux ALD. Par conséquent, ne faut-il pas s'y intéresser d'un peu plus près ?

C'est ce que fait le Gouvernement en prenant une initiative. Mais, je le dis en tant que rapporteur, cette initiative est en quelque sorte un coup d'épée dans l'eau.

Je m'interroge sur les arrière-pensées de notre collègue Guy Fischer lorsqu'il dénonce les intentions qui sont celles du Gouvernement derrière les mesures que ce dernier veut faire adopter au Parlement à travers ce projet de loi de financement de la sécurité sociale.

N'avons-nous pas fait preuve de suffisamment de pédagogie à son égard pour qu'il comprenne comment va fonctionner le système ou serait-il quelque peu de mauvaise foi lorsqu'il dénonce le fait que le Gouvernement ne veut plus permettre le bénéfice d'une prise en charge à 100 % aux personnes qui souffrent d'ALD ?

Ce qu'il vient de dire est tout à fait inexact et Mme Bachelot, avec les qualités pédagogiques qui sont les siennes, se montrera sans doute plus convaincante que je ne le serai moi-même.

Les personnes aujourd'hui en ALD, en dehors de cette disposition, bénéficient d'une prise en charge à 100 % pour leur pathologie et le suivi de celle-ci. Toute pathologie – une bronchite ou un rhume, par exemple – qui apparaît en même temps qu'une affection de longue durée n'a pas forcément un lien avec cette pathologie chronique dont souffre le malade, d'où l'intérêt de l'ordonnance bizonale à laquelle vous avez fait référence et qui permet des taux de remboursement différents.

**Mme Annie David.** C'est ce qu'a dit M. Guy Fischer !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** Quelles seront les conséquences de cet article ? La personne en ALD continuera à bénéficier de la prise en charge à 100 % du suivi de sa maladie après la rémission. En cas de rechute, elle sera de nouveau classée en ALD et prise en charge à 100 % pour le traitement de sa pathologie.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Bien évidemment !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** Si la maladie ne nécessite pas de traitement particulier, on considère que la personne connaît une rémission. Et c'est là que nous voulons corriger les choses, car la personne continue de souffrir du regard social même si elle connaît une rémission et si l'on peut considérer qu'elle est libérée de sa maladie.

Par exemple, dans le cas d'une demande de prêt, l'organisme bancaire n'accordera pas à une personne qui a souffert d'un cancer pendant quatre ou cinq ans, même si elle connaît une rémission, des conditions identiques à celles qui prévalent pour les personnes ne souffrant d'aucune pathologie lourde.

Je proposerai par amendement que nous allions un peu plus loin pour tenir compte des recommandations de la Haute Autorité de santé ; mais j'y reviendrai.

Par conséquent, mes chers collègues, vous comprendrez que nous ne puissions pas accepter vos amendements de suppression, même si nous partageons les mêmes préoccupations que les vôtres.

**M. Guy Fischer.** Ah !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** Je tiens quand même à affirmer très clairement et très nettement que cet article n'entraîne pas la suppression de la prise en charge à 100 %, contrairement à ce qu'a affirmé à l'instant même M. Guy Fischer.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** Mme la ministre vous le confirmera dans un instant.

**M. le président.** Avant de demander l'avis du Gouvernement, permettez-moi d'évoquer la mémoire de l'un de nos anciens collègues, Jacques Descours Desacres, qui s'insurgeait contre l'utilisation des sigles.

Sur des sujets aussi importants, il conviendrait, pour les profanes, de parler d'affections de longue durée plutôt que d'ALD !

**M. François Autain.** On n'y pense pas !

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Cette discussion tout à fait fondamentale permet d'aborder la question des affections de longue durée. Cette définition large recouvre plusieurs maladies logées à la même enseigne.

Les unes sont chroniques. On peut, hélas, considérer que leur nombre ne fait que progresser et que, d'une certaine façon, on n'en guérit pas. Dans ce cas, il n'y aura bien évidemment aucun processus de sortie du dispositif des ALD.

Les autres comportent une phase active et une phase de guérison évidente. Personne ne conteste, par exemple, la sortie du dispositif lors de la guérison des maladies infec-

tieuses telles que la tuberculose, la lèpre ou la bilharziose. Avec les progrès de la médecine, on guérit de maladies autrefois considérées comme incurables.

Certes, la destinée humaine étant ce qu'elle est, je suis désolée de vous annoncer une bien mauvaise nouvelle en cette belle matinée de samedi, mesdames, messieurs les sénateurs : nous sommes tous destinés à mourir ! (*Sourires.*)

**M. François Autain.** Ça c'est un scoop !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** C'est une histoire terrible ! On peut toujours, pour tout ce qui nous concerne, parler de rémission, mais l'issue fatale est acquise.

**M. François Autain.** Nous sommes tous en rémission !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Oui, monsieur Autain, nous sommes tous en rémission !

Nous savons donc maintenant que l'on guérit des maladies dont je parlais, et ce qui était inimaginable, voilà quelques années, est maintenant rendu possible. Les chiffres sont là et le rapport de l'Institut national du cancer – je n'ai pas dit INCa, monsieur le président ! (*Sourires.*) – est très clair : aujourd'hui, de nombreuses personnes guérissent de leur cancer et ce sera de plus en plus fréquent dans le futur. Bien que faisant partie des affections de longue durée, les cancers ne sont donc plus tous des maladies chroniques et c'est en cela qu'il convient de faire cette différence.

L'amendement n° 143, défendu par Mme Jarraud-Vergnolle, vise à supprimer l'article 29, au motif qu'il devrait appartenir au médecin traitant de juger de l'état du patient.

J'ai, bien entendu, la volonté de laisser au médecin traitant la place qui lui incombe dans l'évaluation de la santé de son patient et du bien-fondé de prolonger ou non le bénéfice du dispositif des ALD. En aucun cas cet article ne remet en cause le rôle du médecin traitant et il ne constitue absolument pas une mesure couperet.

Nous proposons, dans le cas d'un cancer, de ne renouveler l'ALD au-delà de la durée d'exonération initiale de cinq ans que si la poursuite d'une thérapeutique lourde ou la prise en charge de séquelles liées à la maladie imposent un traitement.

Pour le cas d'un cancer qui était guéri et qui ne nécessitait plus de traitement, on était dans une situation absurde. On ne sortait pas le malade qui était objectivement guéri du dispositif des ALD uniquement parce que l'on savait qu'il aurait besoin d'examen de contrôle et que ceux-ci ne seraient plus pris en charge à 100 % s'il était sorti du dispositif !

Voilà pourquoi nous vous proposons aujourd'hui, avec cet article, une amélioration en permettant au malade guéri de bénéficier d'une prise en charge à 100 % de ses examens de contrôle et de sortir du processus morbide qui le maintenait dans la case « affection de longue durée ». Cet élément est tout à fait capital pour sa réinsertion familiale, professionnelle et sociale en raison des conséquences sur tous les systèmes d'assurance. Vous connaissez tous les réels problèmes auxquels se heurtent les personnes malades pour être assurées !

Par conséquent, cet article constitue un vrai progrès dans la prise en charge des malades.

Bien entendu, une patiente atteinte d'un cancer du sein – peut-être certaines d'entre nous sont-elles dans ce cas – qui suit une hormonothérapie de type tamoxifène verra son ALD renouvelée. Mais, grâce à la mesure que je propose,

l'examen de contrôle que passera la patiente guérie de son cancer du sein sera pris en charge à 100 %, même si elle est sortie du dispositif. Il s'agit donc d'un progrès de la prise en charge. Il ne faut donc évidemment pas supprimer cet article.

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

**M. Gilbert Barbier.** J'ai écouté avec beaucoup d'attention l'intervention de Mme Jarraud-Vergnolle, et je suis abasourdi qu'on puisse tenir de tels propos dans cette enceinte. Dire à tous les malades du cancer qu'ils sont non pas guéris mais en rémission, c'est...

**M. Nicolas About...** Désespérant !

**M. Gilbert Barbier.** Eh oui !

Tel que Mme Jarraud-Vergnolle l'a utilisé, le terme de « rémission » est scandaleux ! (*Applaudissements sur les travées de l'Union centriste et de l'UMP.*)

Mes chers collègues, laissez-moi vous parler de mon expérience. J'ai été chirurgien infantile pendant dix ans dans les années soixante et soixante-dix. À cette époque j'ai eu l'occasion d'opérer de jeunes enfants du cancer, et je rencontre encore certains d'entre eux aujourd'hui dans la rue cinquante ans après.

**Un sénateur UMP.** On a tous des patients comme ça !

**M. Gilbert Barbier.** Je n'imagine pas de dire à ces personnes qu'elles sont en rémission et qu'elles ne sont pas à l'abri d'une nouvelle rechute !

Vous pouvez discuter de la durée à partir de laquelle un patient sort du dispositif ALD – cinq, dix, quinze ans – mais je peux vous dire, en m'appuyant sur mon expérience personnelle, que certains malades, notamment des enfants, sont définitivement guéris de leur cancer. Ne désespérons donc pas toute une population ! Le texte présenté par le Gouvernement permet à ces malades d'être reconsidérés sur le plan social, et, sur le plan moral, cela me semble important pour eux.

**M. le président.** La parole est à Mme Jacqueline Panis, pour explication de vote.

**Mme Jacqueline Panis.** Pour ma part, je suis plus qu'outrée par les propos qui ont été tenus ; notre collègue Gilbert Barbier vient justement d'aborder le problème.

Il est vrai qu'aucun médecin ne peut affirmer de manière définitive qu'un patient est guéri ; il peut simplement le présumer. Mais tout le monde sait que, pour cette maladie, la guérison intervient à 50 % par le médical et à 50 % par le mental.

**M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis.** Exactement.

**M. François Autain.** Certaines fois ça ne suffit pas, malheureusement !

**Mme Jacqueline Panis.** L'avancée qui nous est proposée est justement très positive. Permettre à une personne de sortir de l'ALD équivaut à entériner une amélioration de son état de santé. Puisque cette personne continue de bénéficier de la prise en charge de tous les examens relatifs à l'affection dont elle souffrait, elle reste financièrement à l'abri. Qu'y a-t-il à redire ?

Par ailleurs, si la personne peut retrouver la possibilité de contracter une assurance pour ses acquisitions futures, croyez-moi, cela l'aidera, cela rassurera également sa famille, puisque sera ainsi levée l'entrave que représente la maladie

pour les patients désireux de contracter un emprunt. Il faut sortir de ce débat la tête haute, et je rejoins tout à fait les propos de M. le rapporteur général. Bravo pour cet article, je le vote des deux mains ! (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

**M. le président.** La parole est à M. Alain Milon, pour explication de vote.

**M. Alain Milon.** Je souhaite revenir sur les propos qui ont été tenus tout à l'heure par nos collègues socialistes en particulier. Il est inadmissible, dans cette enceinte, de dire aux malades porteurs de cancer qu'ils ne peuvent pas guérir.

Soyons honnêtes : quand on regarde l'évolution des soins sur le cancer, on s'aperçoit que le cancer de l'enfant, le cancer de l'adolescent, guérit pratiquement neuf fois sur dix aujourd'hui. Le cancer de l'adulte, quant à lui, guérit régulièrement. Certains cancers connaissent des rémissions longues. La moyenne d'âge d'un malade porteur d'un cancer étant supérieure à soixante-cinq ans, il y a une rémission longue de dix, quinze ou vingt ans, ce qui constitue un gain de vie assez considérable, avec un confort de vie extrêmement important.

Je ne reviendrai donc pas sur ce qu'a dit M. Gilbert Barbier, je suis complètement d'accord avec lui : les propos qui ont été tenus ici sont scandaleux, et le message qui est envoyé à l'extérieur n'est pas respectueux des malades porteurs du cancer.

L'article tel qu'il est proposé constitue, comme le soulignait Mme la ministre, un progrès considérable. Le malade guéri qui sortait de l'ALD n'avait en effet plus droit à une surveillance prise en charge à 100 %. La nouvelle proposition permet à nouveau une prise en charge de la surveillance et des examens à 100 %, comme le demande la Haute Autorité de santé.

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

**M. Alain Milon.** C'est donc un article extrêmement important, qu'il faut voter. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

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

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

**M. le président.** La parole est à Mme Annie David, pour explication de vote.

**Mme Annie David.** Je reste un peu perplexe devant la création de ce secteur que l'on pourrait qualifier de « post-ALD », malgré les explications de M. le rapporteur, de Mme la ministre, et de certains de nos collègues qui voient sans doute leur métier de médecin prendre le pas sur leur devoir de législateur.

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

**Mme Annie David.** Madame Panis, il est vrai que vous n'êtes pas médecin, mais MM. Barbier et Milon nous ont parlé en termes plus médicaux que législatifs...

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

**Mme Annie David.** Certes, mais nous ne sommes pas tous médecins, ici ! C'est pourquoi j'aimerais également vous faire part de mon sentiment sur ce secteur post-ALD que vous voulez créer et sur la façon dont je le conçois, même si elle n'est peut-être pas suffisamment médicale. En effet, au nom d'une prétendue générosité le Gouvernement voudrait améliorer la prise en charge de patients qu'il a pourtant



jusqu'alors traités avec la plus grande suspicion – nous allons examiner dans quelque temps les fraudes, les dépenses des malades en quelque sorte « irresponsables »...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Certains !

**Mme Annie David...** puisqu'ils dépensent trop.

Dans un contexte de déficit accru des comptes de la sécurité sociale, ce secteur post-ALD permet donc la seule prise en charge à 100 % des actes médicaux et examens biologiques liés à la pathologie classante. Tous les actes ne seront donc plus pris en charge, contrairement au régime ALD, qui permet la prise en charge à 100 % de tous les actes considérés comme nécessaires au suivi du malade pour la pathologie classante qu'il a développée.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Si c'est nécessaire, le malade passera de nouveau en régime ALD !

**Mme Annie David.** C'est en tout cas ce que je comprends à la lecture de cet article, et c'est également ce que lisent les associations des malades en ALD, d'ailleurs très circonspectes à son propos. Tout d'abord, ces associations notent le décalage entre l'exposé des motifs de la disposition, qui ne désigne que les malades du cancer, et la portée du dispositif, qui vise dans les faits tous les malades en ALD.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Non !

**Mme Annie David.** Le Gouvernement a-t-il étudié l'impact d'une telle mesure sur tous les types d'affection de longue durée ? Vous nous opposez chaque fois l'argument de l'étude d'impact, mais en avez-vous une à nous proposer, madame la ministre ?

Par ailleurs, ces associations témoignent d'échanges menés entre la Haute Autorité de santé, qui est l'instigatrice de cette mesure, et la caisse d'assurance maladie, pour que le passage du secteur ALD vers ce nouveau secteur post-ALD puisse intervenir avant la fin de la période fixée pour l'octroi de prise en charge à 100 %. Ainsi un malade du cancer bénéficiant du régime des affections longue durée pour cinq ans, jugé guéri ou en rémission, pourrait se voir orienté au bout de deux ans vers ce nouveau régime. Cette mesure, loin d'être magnanime, vise donc dans les faits à faire réaliser des économies à l'assurance maladie.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Non, c'est faux !

**Mme Annie David.** À moyen terme, ce second secteur, qui se substituera probablement au premier secteur ALD, permettra effectivement de réduire le périmètre de la prise en charge à 100 % des malades dont l'état réclame pourtant la mobilisation de la solidarité nationale.

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

**Mme Annie David.** En outre, le problème a été posé de sorte à laisser penser que les patients en affection de longue durée bénéficient d'une couverture à 100 % de tous leurs examens médicaux. Or ce n'est pas le cas, vous le savez, vous l'avez d'ailleurs rappelé, tout comme mon collègue Guy Fisher. L'ordonnance bizone a d'ailleurs été créée pour cette raison, afin de marquer la distinction entre ce qui relève de la pathologie classante, et les autres maladies, qui n'ont aucun lien avec celle-ci. Je n'ai donc pas été convaincue par vos arguments, mes chers collègues, et je voterai ces amendements de suppression.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Cela n'a pas de sens !

**M. le président.** La parole est à M. Bernard Cazeau.

**M. Bernard Cazeau.** Je souhaite faire remarquer à nos collègues qui poussent des cris d'orfraie d'autant plus forts qu'ils s'adressent aux socialistes, que j'ai été beaucoup plus modéré.

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

**M. Bernard Cazeau.** J'ai été, monsieur Barbier, beaucoup plus modéré dans mon expression, puisque j'ai seulement dit que j'étais troublé, me limitant à poser des questions.

Je comprends très bien votre argument, monsieur Barbier, mais le terme « scandaleux » m'a choqué. Je comprends ce que vous dites lorsque vous parlez du patient que vous avez opéré à l'âge de cinq ans d'un cancer, d'un sarcome de la jambe, par exemple, patient sur lequel vous avez pratiqué une amputation, et que vous rencontrez vingt ans plus tard alors qu'il est guéri.

Mais il faut aussi considérer que cet individu, comme la plupart de ceux qui sont atteints d'un cancer, dans la majeure partie des cas, n'est pas guéri de manière sûre et certaine. Ces patients ont des séquelles, plus ou moins importantes, mais ils ont aussi une fragilité extrêmement forte. Quand un patient a contracté un cancer du poumon, même s'il en a réchappé, s'il a subi une omectomie partielle par exemple, il conserve une fragilité.

Je suis donc inquiet de votre proposition. Vous acceptez de prendre en charge le suivi, et de faire repasser le patient au secteur ALD en cas de récurrence. Mais cela risque de provoquer à la marge – et, je le crains, pas seulement à la marge – des conflits à propos des prises en charge ALD de suivi entre le médecin traitant, à qui vous donnez tout pouvoir, et le médecin conseil, qui conserve malgré tout le pouvoir de décision. Le temps que les choses soient réglées, vous aurez retardé d'autant le processus, et peut-être causé des problèmes aux personnes peu fortunées qui éprouveraient des difficultés à effectuer le suivi dont vous parlez dans un certain nombre de cas.

Il me semble, ainsi que l'a dit M. Fisher, qu'il faudrait d'abord dépeussier les ALD, qui datent d'au moins 25 ou 30 ans.

**M. Alain Vasselle.** C'est sûr !

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

**M. Bernard Cazeau.** Car il y a sans doute au sein des ALD un certain nombre de maladies – pas les cancers – pour lesquelles il faudrait introduire de la subtilité. Il y a également des économies à faire dans ce secteur.

**M. François Autain.** Oh, oui !

**M. Bernard Cazeau.** Une étude d'impact sur la sortie du secteur ALD serait également utile. On ne peut pas en organiser la sortie comme cela, au détour d'un article ! Cette mesure relève d'ailleurs davantage du plan cancer II que du PLFSS. Mais il faut en étudier les conséquences à travers le PLFSS. En se pressant, on ne mesure pas les conséquences qu'il y aura dans ce domaine.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je comprends Mme David lorsqu'elle énonce que nous ne sommes pas ici pour avoir une discussion médicale. Certes, nous sommes des législateurs et finalement peu importe que nous soyons médecin, pharmacien, ou encore cadre, ouvrier, ou...

**M. Guy Fischer.** Vétérinaires !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Au demeurant, il n'est pas inutile d'aborder cette question sous un angle médical, puisque c'est précisément la ligne philosophique suivie par le Gouvernement en cette matière. Nous appuyant sur les autorités scientifiques, nous avons adopté une approche strictement médicale de la notion d'affection de longue durée.

Il convient véritablement de prendre acte des progrès considérables de la médecine. Des malades qui étaient cantonnés au statut de malade peuvent désormais en sortir. Reprenant les très beaux propos tenus par Mme Panis tout à l'heure, je dirai à mon tour que, au cours du processus de guérison, le mental est au moins aussi important que la thérapeutique chimique ou radio-thérapeutique. Nous avons tous pu le constater pour nous-mêmes ou notre entourage.

Monsieur Barbier, les considérations quelque peu philosophiques sur l'inéluctabilité de notre condition humaine dans lesquelles je suis entrée tout à l'heure ont pu vous blesser ou vous choquer. Guérir, c'est en sorte se retrouver dans la situation telle que le risque de décès est égal à celui de la population du même âge et du même sexe.

En se fondant sur cette définition, qui est reconnue par la communauté médicale, on peut considérer que l'on guérit d'un certain nombre de cancers, parfois même sans séquelles. Bien évidemment, monsieur Cazeau, si un traitement en rapport avec l'affection s'avère toujours nécessaire, le régime de l'ALD perdure.

Ne voyez donc pas dans ma démarche une quelconque volonté de revenir sur le progrès social tout à fait considérable qu'est la prise en charge des ALD !

**M. Guy Fischer.** M. Van Røkeghem dit le contraire !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Vous l'avez dit, il convient de « dépeussier » le régime des ALD. C'est précisément l'objectif de la Haute Autorité de santé.

Le Gouvernement vous demande donc de suivre ses préconisations, en particulier en ce qui concerne la prise en charge du cancer, qui n'est en rien menacée par cet article. Il vous propose simplement de faire en sorte que les examens de suivi d'une personne guérie continuent d'être pris en charge à 100 %.

Mesdames, messieurs les sénateurs, il s'agit d'une avancée sociale tout à fait notable : tenir compte des avancées scientifiques considérables tout en continuant à prendre en charge à 100 % les examens de suivi des personnes guéries.

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

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

**M. François Autain.** Monsieur le président, vous auriez pu vous dispenser de m'appeler docteur, ce qui risque de « contaminer » le débat ! (*Sourires.*) Au demeurant, j'ai été médecin, je ne peux pas le nier !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Ce n'est pas une tare !

**M. François Autain.** Alors que nous arrivons au terme de l'examen de l'article 29, je n'ai toujours pas bien compris pour quelles raisons le Gouvernement souhaite absolument modifier le régime des ALD, concernant notamment le cancer. En effet, la disposition prévue concernerait uniquement, dans un premier temps, les personnes atteintes de cette maladie.

On nous l'a bien dit, malgré cet article, ces malades continueront à être remboursés comme par le passé pour tout ce qui relève de leur affection. En effet, même si on est guéri, on peut tout de même avoir besoin d'un certain nombre d'examens de surveillance. Ces derniers, nous dit-on, seront toujours pris en charge à 100 %. Par conséquent, en quoi la situation actuelle se trouve-t-elle modifiée ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Sur le plan financier, il n'y a pas de changement !

**M. François Autain.** Je le sais bien, il ne s'agit pas d'un problème financier ! Vous ne cherchez pas à réaliser des économies sur le dos des malades du cancer.

Je m'interroge simplement sur le fait que l'adoption de cet article n'engendrera pas un changement considérable par rapport à la situation actuellement observée.

À l'heure actuelle, l'ordonnancier bizonne permet d'écarter du remboursement à 100 % toutes les maladies qui ne sont pas liées à l'affection de longue durée. Ne serait-il donc pas convenablement appliqué ? N'avez-vous pas les moyens, madame la ministre, de contrôler sa mise en œuvre ?

Cet article aura simplement pour conséquence de fragiliser psychologiquement un certain nombre de malades qui, bien que guéris, considèrent que le remboursement à 100 % représente une sécurité et, par conséquent, un gage de bonne santé. On l'a dit tout à l'heure, les phénomènes psychologiques interviennent au cours du processus de guérison. Or la garantie d'un remboursement à 100 % est un élément de nature à rassurer les patients. En la supprimant, vous risquez d'inquiéter le malade.

À l'heure actuelle, nous disposons de tous les moyens nécessaires pour distinguer ce qui relève de l'affection de longue durée et ce qui n'en relève pas.

Le seul élément positif de cette mesure, c'est que le malade, désormais déclaré guéri, pourra souscrire plus facilement des assurances en tous genres.

Au demeurant, je ne vois pas en quoi le fait de ne plus être en ALD atteste d'une guérison ! Le malade pourrait continuer à bénéficier d'une ALD, un certificat médical certifiant son rétablissement.

Selon moi, il convient de prendre en considération les conséquences de cette mesure sur le psychisme du malade, lequel pourrait se sentir moins en sécurité.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Il ne faut pas exagérer !

**M. François Autain.** C'est la raison pour laquelle je vous demande d'adopter, mes chers collègues, l'amendement de notre groupe visant à supprimer cet article. Ce faisant, vous ne modifierez en rien la situation actuelle.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** L'intervention de M. Autain montre bien qu'il n'a pas compris la philosophie du Gouvernement. Il ne s'agit pas de corriger, dans la perspective de réaliser des économies, une mauvaise utilisation de l'ordonnancier bizonne dans le cadre des affections de longue durée. Certes, nous avons pu constater certaines prescriptions indues. Toutefois, ne concernant que quelques praticiens, elles restent tout à fait marginales.

Bien que certains progrès doivent encore être réalisés dans ce domaine, ne nous lançons pas dans une attaque en règle contre les médecins ou les malades ! Évacuons, si vous le voulez bien, mesdames, messieurs les sénateurs, ce mauvais procès.

Monsieur Autain, vous avez vous-même reconnu l'importance du mental dans ce domaine, rejoignant ainsi le point de vue de Mme Panis.

Toutefois, contrairement à ce que vous dites, le fait de déclarer une personne guérie, tout en lui garantissant la prise en charge de ses examens de suivi, est la meilleure façon de favoriser une nouvelle représentation du cancer, qui est devenu une maladie dont on peut guérir.

Selon les évaluations de la Haute Autorité de santé, deux types d'affection, les cancers et les hépatites, pourraient bénéficier de cette nouvelle démarche.

Cet article vise donc à prendre en compte, dans le cadre de notre protection sociale, les progrès de la médecine.

**M. le président.** La parole est à Mme Annie Jarraud-Vergnolle, pour explication de vote.

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** Messieurs Barbier et Milon, pourquoi être montés au créneau avec une telle violence ? Venant de médecins, cette attitude est incompréhensible !

Soit mes propos auront été mal compris, soit, je veux bien l'admettre, je me suis mal exprimée.

Je n'ai jamais dit que l'on n'observait aucun cas de guérison chez les personnes atteintes d'un cancer. Nous le savons, 60 % des cancers sont curables. Malheureusement, dans 40 % des cas, on parvient au mieux à une rémission.

Si je ne suis pas médecin, j'appartiens à une famille de médecins.

**M. Guy Fischer.** Il n'y a que des médecins ici ! (*Sourires.*)

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** Par cet amendement, je souhaitais simplement souligner le fait que ce n'est pas à la loi, mais au médecin traitant, de décider si un patient doit sortir du régime des ALD.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** C'est exactement ce qui va se passer !

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** Dans mon département et, plus particulièrement, dans ma famille, chacun en est bien conscient !

**Mme Jacqueline Panis.** C'est ce que nous avons dit !

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** Certes, mais j'ai présenté mon amendement avant que Mme la ministre n'explique sa position. Par ailleurs, je tiens à répondre aux agressions dont j'ai fait l'objet.

Mme Panis, loin de moi l'idée de remettre en cause ce que vous venez de dire ! Pour moi, tout individu est un être bio-psycho-social. Le facteur psychologique est effectivement très important dans la guérison, notamment des cancers. Lorsque l'on a été malade, il est essentiel de se sentir guéri ou de s'entendre dire qu'on est guéri. Je suis tout à fait d'accord avec vous sur ce point.

Je le répète, c'est au médecin et non à un texte de loi de décider si un patient doit bénéficier ou non du régime des ALD. Tel était l'objet de l'amendement n° 143.

Madame la ministre, vous venez de nous expliquer, apaisant ainsi mes inquiétudes, que les personnes qui ne sont plus en ALD pourront bénéficier d'une prise en charge à 100 % pour les examens de suivi. Ce dispositif répond sans doute à une demande émanant du Gouvernement, à la suite des annonces présidentielles.

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

**M. Guy Fischer.** Cet article pose vraiment problème. M. le rapporteur, qui ne s'y est pas trompé, écrit d'ailleurs dans son rapport : « Telle qu'elle est rédigée, cette mesure a vocation à s'appliquer, sans aucune distinction, à toutes les ALD définies en application de l'article L. 3322-3 [du code de la sécurité sociale]. »

« Sa portée, et surtout sa cohérence avec les propositions récentes de la HAS pour réviser les dispositions réglementaires applicables aux ALD, peuvent soulever quelques interrogations. »

Me contentant de lire, je ne suis pas en mesure de dénaturer les propos de notre rapporteur général !

**M. François Autain.** Il ne dément pas, d'ailleurs !

**M. Guy Fischer.** La première mesure visant à réduire les dépenses liées aux ALD a été l'institution de l'ordonnancier bizonne. Avec cet article, vous lancez un deuxième SCUD ! (*M. Nicolas About proteste.*)

J'évoquerai un dernier point, monsieur le rapporteur général. Un jour ou l'autre, il faudra bien se pencher sur le problème des restes à charge. En effet, d'autres mesures seront prises, comme l'a ouvertement demandé la Haute Autorité de santé. M. Røekeghem organise d'ailleurs des petits-déjeuners sur ce thème. J'y participe, avec d'autres ici.

Lorsque la Cour des comptes, la Haute Autorité de santé ou M. Van Røekeghem préconisent quelque chose, on sait que Mme la ministre en tiendra compte.

**M. François Autain.** Pas toujours !

**M. Guy Fischer.** Certes, mais dès qu'il s'agit de prendre dans les poches de l'assuré social ...

**M. François Autain.** C'est vrai !

**M. Guy Fischer.** La HAS, dans un rapport de mai 2006, réclamait des mesures pour mettre un terme à un dispositif, qui, avec près de 10 millions de malades, occupe 65 % du budget de la sécurité sociale. Pourtant, l'ALD a déjà été très fortement mise à mal par la « politique de responsabilisation des patients ». Ainsi, dès 2007, un rapport relevait que 15,9 % des assurés en ALD, contre 8,8 % des assurés hors ALD, avaient un reste à charge de plus de 500 euros en soins de ville, 5 % près de 1 500 euros de dépenses non remboursées et 1 %, soit 100 000 personnes, 2 700 euros.

L'avenir nous donnera malheureusement raison ;...

**Mme Annie David.** Eh oui !

**M. Guy Fischer.** ... le Gouvernement et sa majorité entendent réduire de manière drastique les dépenses liées aux affections de longue durée !

**Mme Annie David.** Au détriment des malades !

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n°s 143 et 297.

(*Les amendements ne sont pas adoptés.*)

**M. le président.** L'amendement n° 11, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Rédiger ainsi cet article :

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

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

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

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

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

La parole est à M. le rapporteur général.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Comme je ne suis pas intervenu pour ne pas allonger le débat, je vais juste faire une petite remarque à l'intention de M. Fischer, de M. Autain et de Mme David avant de présenter mon amendement.

Mes chers collègues, à force d'être obsédés par la crainte d'une mauvaise prise en charge par l'assurance maladie des pathologies dont souffrent nos concitoyens, vous devenez prisonniers de votre doctrine. En vous y accrochant,...

**Mme Annie David.** Vous ne vous accrochez pas à la vôtre, vous ?

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** ... vous finissez par être sourds et aveugles.

**M. François Autain.** Il va falloir qu'on se soigne alors !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Mme la ministre a pourtant fait montre de beaucoup de pédagogie et nous n'avons pas manqué de multiplier les explications au sein de la commission des affaires sociales sur ce sujet.

C'est donc un mauvais procès que vous nous faites. Vous laissez accroire à l'opinion publique que les personnes qui sortiraient de l'ALD à la suite de la disposition que nous voulons adopter ne pourront plus bénéficier d'une prise en charge à 100 % du suivi, voire du traitement de leur pathologie après une rémission. Rien dans le texte ne vous permet de l'affirmer !

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Je me permets une nouvelle fois de le répéter afin que les médias ne se laissent pas prendre au piège que vous voulez tendre à la majorité et au Gouvernement.

**M. François Autain.** Oh !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Cela étant, madame la ministre, vous avez balayé un peu vite les observations de Mme Jarraud-Vergnolle sur l'ordonnancier bizona.

Cette mesure pourrait quand même permettre de prendre en compte les quelques petits dérapages qui existent, même si ceux-ci sont marginaux. (*M. Dominique Leclerc applaudit.*)

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** S'il n'a aucune incidence sur les finances de l'assurance maladie, le Conseil constitutionnel pourrait purement et simplement retoquer cet article du projet de loi de financement.

**M. Nicolas About.** Absolument !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** C'est l'une des raisons qui a motivé l'amendement que je vais maintenant présenter à la Haute Assemblée. Celui-ci ne vise pas à remettre en cause l'article 29, mais à lui donner un caractère plus opérationnel en tenant compte des recommandations de la Haute Autorité de santé.

Mme Panis, par son témoignage, a apporté un éclairage pertinent sur l'intention du Gouvernement et de sa majorité, à savoir porter un autre regard sur les personnes en ALD. Le témoignage des professionnels de santé, comme MM. Barbier et Milon, montre que l'on peut guérir du cancer même si, comme le disait Mme Bachelot-Narquin, nous sommes en rémission par rapport à l'échéance qui nous attend tous.

Si, sortir de l'ALD est important, encore faut-il, madame la ministre – je me permets d'insister sur ce point –, que nous sachions en tirer toutes les conséquences dans le projet de loi de finances et sur le plan réglementaire.

Je pense notamment à l'accès au crédit pour les personnes qui en sont privées ...

**M. Nicolas About.** Bien sûr !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** ... ou à celles à qui on impose une prime d'assurance deux à trois fois supérieures à celle que versent les emprunteurs ne souffrant pas d'une pathologie lourde.

Permettez-moi de vous dire ce que j'ai vécu il y a maintenant une dizaine d'années. Après avoir passé un test d'effort qui s'est avéré peu concluant au cours d'un *check-up*, le médecin m'a demandé si des membres de ma famille avaient eu des problèmes cardiaques. Je lui ai donc indiqué mes antécédents familiaux. Il a consigné ces informations dans son rapport, que j'ai ensuite communiqué à ma banque dans le cadre d'une demande de prêt.

Au vu de ces seules observations, la banque a doublé le taux de la prime d'assurance du prêt que je voulais contracter. Imaginez ce qu'il doit en être pour une personne en ALD.

Il faudra donc, madame la ministre, convaincre les banques de favoriser l'accès au crédit pour ces personnes ou adopter des mesures réglementaires ou législatives pour les y contraindre.

Par cet amendement, nous souhaitons donc préciser la durée initiale de l'admission en ALD, les conditions médicales de sortie ou de renouvellement de ce régime et faire en sorte que la définition des critères médicaux soit révisée, car la plupart d'entre eux sont obsolètes depuis longtemps.

En intégrant les recommandations de la Haute Autorité de santé, nous renforçons l'article 29 et nous soutenons le Gouvernement dans sa volonté de permettre à un certain nombre de personnes de sortir de l'ALD. Nous permettons également de toiler un dispositif qui est relativement ancien.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je comprends votre préoccupation, monsieur le rapporteur général. Cependant, votre amendement me pose un problème. Je vais donc prendre un engagement devant vous qui vous incitera, je l'espère, à le retirer.

En premier lieu, la rédaction de votre amendement fait référence aux « actes et examens médicaux ». En l'état du droit, elle exclut donc les examens de biologie nécessaires au suivi des rechutes. Je pense en particulier au dosage des marqueurs tumoraux pour les cancers du sein et au dosage des antigènes spécifiques de la prostate. Il est donc absolument nécessaire de conserver la rédaction initiale de l'article 29.

En deuxième lieu, votre amendement ne précise plus que les examens de surveillance exonérés sont ceux nécessités par le suivi de l'affection dont souffrait l'assuré. En mentionnant « les actes et examens médicaux nécessaires au suivi des assurés », vous élargissez considérablement le champ de la mesure et vous en alourdissez le coût.

**M. Guy Fischer.** Et voilà !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Ainsi, tout acte ou examen médical sur un patient sorti d'ALD, par exemple une glycémie, sans lien avec la surveillance du cancer, serait pris en charge à 100 %. Ce n'est évidemment pas l'objectif poursuivi par l'article 29.

En troisième lieu, votre amendement ne précise pas que l'exonération vaut pour une durée limitée. Or il est nécessaire de le préciser dans la loi afin de pouvoir définir cette durée par décret.

J'ai bien saisi votre volonté de préciser le contenu de l'annexe relative aux critères médicaux des ALD en faisant référence explicitement aux travaux de la HAS. Mais je pense que votre souhait est satisfait par la rédaction de l'article 29.

Reste maintenant en effet à prendre en compte les recommandations formulées par la Haute Autorité de santé dans ses avis de décembre 2007 et de juin 2009. C'est précisément l'intention du Gouvernement.

Je prends donc l'engagement devant vous qu'un projet de décret fera prochainement l'objet d'une concertation. À cette occasion, je tiendrai bien évidemment compte des observations que vous avez faites dans le cadre de cet amendement. Si vous me faites confiance, il n'est donc pas nécessaire de modifier le projet de loi.

**M. le président.** Monsieur le rapporteur général, l'amendement n° 11 est-il maintenu ?

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** J'adhère totalement aux propos de Mme la ministre. Cependant, je le répète, je n'ai qu'une crainte, qui ne porte pas sur le fond, mais sur les modalités d'application, que je renvoyais d'ailleurs à un décret : comment le Conseil constitutionnel réagira-t-il à un dispositif qui n'a pas d'incidence financière sur le PLFSS ? Ne prenons pas le risque que cet article soit censuré, sinon nous serions obligés d'attendre un autre véhicule législatif pour mettre en place ce dispositif.

Je ne fais que m'interroger à voix haute devant vous, madame la ministre : ne vaudrait-il pas mieux adopter cette rédaction imparfaite, j'en conviens, quitte à la corriger d'ici à la CMP ? À moins que vous puissiez dès à présent m'assurer

que le texte n'encourt aucun risque constitutionnel. Si je me permets de vous alerter sur ce point, c'est parce que nous partageons le même objectif.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le Gouvernement a saisi le Conseil d'État, qui lui a apporté toutes les garanties juridiques nécessaires, monsieur le rapporteur général.

Je signale que, dans la mesure où la guérison du cancer implique la sortie de l'ALD et qu'un nouveau mode de prise en charge à 100 % des examens de suivi est créé, il existe bien une incidence financière. ce qui justifie la place de cette disposition au sein d'un PLFSS.

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur général.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Je vous ai bien entendue, madame la ministre. Cependant, je demande la réserve de l'article 29 et de l'amendement n° 11.

Profitons de la suspension de séance pour examiner la question de plus près. Dès la reprise, la commission des affaires sociales donnera un point de vue définitif.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement sur cette demande de réserve ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Favorable.

**M. François Autain.** On n'arrive même pas à conclure !

**M. Guy Fischer.** Comme quoi c'était un article important !

**M. le président.** La réserve est de droit.

Nous reprendrons l'examen de l'article 29 et de l'amendement n° 11 cet après-midi.

Mes chers collègues, je vous informe que, depuis ce matin, nous n'avons examiné que dix-sept amendements.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Il s'agissait de sujets importants !

**M. le président.** Il en reste 258. Sans sortir de mon rôle de président de séance, je vous invite donc à la plus grande concision, sinon l'ordre du jour de dimanche sera particulièrement chargé.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Tout le monde n'ira pas à la messe, monsieur le président ! (*Sourires.*)

**M. le président.** Pour ma part, je présiderai la séance demain matin, j'irai donc aux vêpres. (*Nouveaux sourires.*)

#### Articles additionnels après l'article 29

**M. le président.** L'amendement n° 148, présenté par M. Le Menn, Mmes Le Texier et Jarraud-Vergnolle, MM. Cazeau, Daudigny et Desessard, Mmes Demontès, Campion, Alquier, Printz, Chevé et Schillinger, MM. Jeannerot, Godefroy, 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 29, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

« La Haute autorité de santé, en lien avec l'union nationale des caisses d'assurance maladie, élabore un

référentiel adapté au traitement des demandes des patients en matière de permanence des soins. ».

La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy.

**M. Jean-Pierre Godefroy.** Cet amendement vise à améliorer le traitement des demandes des patients dans le cadre de la permanence des soins téléphoniques.

Une rationalisation s'impose devant la trop grande diversité des réponses apportées aux citoyens faisant appel au centre 15, qui va du simple conseil à l'envoi d'une ambulance pour la même pathologie. Trop souvent, des personnes âgées, lorsqu'elles ont un problème sanitaire, se retrouvent aux urgences de l'hôpital.

Il convient de confier l'élaboration d'un référentiel médical répondant à ce contexte particulier à la Haute Autorité de santé, la HAS. Cela permettrait d'améliorer la qualité des soins et le protocole de réception des demandes ; ce serait également une source d'économies. En outre, ces référentiels auraient une vocation pédagogique et formatrice à l'égard de nos concitoyens.

Nous reprenons d'ailleurs une proposition qui figurait dans le rapport de la mission d'information sur l'organisation des services d'urgence, présidée par notre collègue, membre de la majorité, Georges Colombier.

Je tiens à rappeler que, l'an dernier, un amendement similaire avait déjà été proposé à l'article 34 qui instituait la création de référentiels par la HAS sur proposition de l'UNCAM pour les actes en série de rééducation. À la demande du rapporteur, M. Jean-Pierre Door, rappelant que la permanence des soins serait l'un des sujets du projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires », il avait été retiré. Il avait de nouveau été présenté, le moment venu, lors de l'examen de ladite loi, pour être finalement rejeté au motif que Mme la ministre avait commandé un rapport sur le sujet à la HAS.

Nous demandons donc que la mise en place d'un référentiel médical spécifique soit inscrite une bonne fois pour toutes dans la loi.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** M. Godefroy a fait référence à la permanence des soins.

La loi HPST que vous avez mentionnée, monsieur Godefroy, a prévu la création des Agences régionales de santé, les ARS. J'avais cru comprendre, lors de l'examen de ce texte, que la question de la permanence des soins devait être réglée par les ARS et non par la Haute Autorité de santé.

J'ai bien compris que vous souhaitiez l'engagement d'un dialogue, à travers un référentiel, entre l'UNCAM et la Haute Autorité de santé afin de déterminer une partie des compétences qui sont exercées dans le cadre de la permanence des soins.

Je ne pense pas que ce soit le bon montage, mais je souhaite entendre l'avis du Gouvernement sur ce point. La commission suggère plutôt le retrait de cet amendement.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** La permanence des soins obéit à deux logiques : une logique médicale de coordination des soins, d'une part, et une logique administrative purement organisationnelle, d'autre part.

Nous sommes tout à fait conscients de la nécessité d'harmoniser le traitement des demandes formulées dans le cadre de la permanence des soins. Pour améliorer la réponse apportée au patient, il faut aborder cette question de manière globale afin que les recommandations puissent porter sur l'ensemble de la régulation des activités de permanence des soins et d'aide médicale urgente.

La Haute Autorité de santé a d'ores et déjà été saisie pour élaborer des recommandations de bonne pratique sur ce thème.

Le premier volet, relatif à la prescription médicamenteuse dans le cadre de la régulation médicale, a été publié le 7 mai dernier.

Le deuxième volet des travaux, relatif à la régulation médicale des appels pour demande de soins non programmés à partir d'une organisation structurée et dédiée, doit débiter dès le début de l'année 2010. Ces travaux sont conduits par la HAS. Ils se dérouleront selon la méthode des recommandations pour la pratique clinique, sur une période d'un an environ. La première réunion du groupe de travail doit avoir lieu en février ou mars 2010.

Par conséquent, monsieur Godefroy, votre amendement est satisfait. Les processus sont engagés et ne nécessitent pas de réponse législative. Je vous invite donc à le retirer.

**M. le président.** Monsieur Godefroy, l'amendement n° 148 est-il maintenu ?

**M. Jean-Pierre Godefroy.** Non, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 148 est retiré.

L'amendement n° 144, présenté par M. Le Menn, Mmes Le Texier et Jarraud-Vergnolle, MM. Cazeau, Daudigny et Desessard, Mmes Demontès, Campion, Alquier, Printz, Chevé et Schillinger, MM. Jeannerot, Godefroy, 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 29, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy.

**M. Jean-Pierre Godefroy.** Cet amendement nous a donné l'occasion de discuter avec la commission des finances, car il avait disparu sous le coup de l'article 40 de la Constitution, ce fameux article qui nous surprend toujours et dont nous ne comprenons pas toujours les contours ou les détours. Bref, il y avait une erreur et cet amendement, proposé par M. Claude Domeizel, a été remis en discussion.

S'y ajoute d'ailleurs, et c'est nouveau, l'irrecevabilité sociale au titre de l'article 45 du règlement du Sénat. Nous n'avons pas l'habitude d'une telle pratique dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Nous avons découvert cette nouvelle objection, qui nécessiterait par ailleurs un vrai débat tant l'irrecevabilité sociale est discutable sur certains amendements que nous avons déposés.

Quoi qu'il en soit, le présent amendement est revenu en discussion et nous en sommes heureux, car il nous tient à cœur. Cet amendement s'accommodait très mal d'une appli-

cation de l'article 40, puisqu'il tend à prévoir une mesure d'économie. Je vous le dis franchement, nous ne comprenons pas qu'il ne soit pas adopté.

En effet, il a pour objet de permettre au médecin du travail d'adresser son patient à un spécialiste sans devoir passer par le médecin référent. Il ne s'agit pas de contourner le parcours de soins, il s'agit d'éviter une consultation supplémentaire du médecin généraliste référent.

Ce serait une mesure logique, de bon sens, et un gain pour l'assurance maladie.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Dans l'exposé des motifs de cet amendement, il est écrit : « Les médecins du travail peuvent être appelés à solliciter l'avis d'un médecin spécialiste. » Ensuite, il est précisé : « Le présent amendement permet donc à un patient de consulter un médecin spécialiste sans une prescription du médecin traitant. » On donne le sentiment qu'il est permis de consulter directement un médecin spécialiste, ce que nous avons voulu éviter dans le parcours de soins.

Dans votre exposé, mon cher collègue, vous proposez que le médecin du travail puisse faire appel à un médecin spécialiste, qui renverra ensuite le patient vers le médecin traitant pour une éventuelle prescription. Ce n'est pas du tout conforme au parcours de soins que nous avons imaginé.

Cela renvoie également à la question de la formation et des compétences des médecins du travail. Il vaudrait mieux revoir la formation des médecins du travail pour qu'ils soient moins tentés de faire appel à un spécialiste. Sinon, votre proposition aura un caractère inflationniste en termes de dépenses : il faudra payer le médecin du travail, puis le médecin spécialiste, qui renverra vers le médecin traitant... Pour un même patient, ce sont trois ou quatre consultations qui vont peser sur le budget de la sécurité sociale.

C'est la raison pour laquelle nous ne sommes pas très favorables à votre amendement. On peut comprendre votre préoccupation, mais il vaudrait mieux la traiter d'une autre manière.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je partage tout à fait l'avis du rapporteur général. Chef d'orchestre du parcours de soins coordonnés, le médecin traitant joue un rôle fondamental en matière de qualité des soins. Il rencontre beaucoup plus régulièrement son patient qu'un médecin du travail. Sa parfaite connaissance des différents éléments du dossier médical du patient lui permet de l'orienter dans le système de santé.

Il est évidemment souhaitable que le médecin du travail se rapproche du médecin traitant si le recours à un médecin spécialiste se révèle nécessaire. Dans ce cas, le médecin traitant adressera son patient au médecin spécialiste et transmettra son avis au médecin du travail. C'est une démarche qu'il convient, me semble-t-il, de sanctuariser.

Sur un plan purement pratique, votre proposition serait très difficile à mettre en œuvre dans le cadre du système d'information. De surcroît, elle ne concernerait que des situations particulières peu nombreuses dans le cadre de la prise en charge par l'assurance maladie.

**M. le président.** Monsieur Godefroy, l'amendement n° 144 est-il maintenu ?

**M. Jean-Pierre Godefroy.** Oui, monsieur le président.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 144.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 485, présenté par M. Milon, est ainsi libellé :

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

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

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

La parole est à M. Alain Milon.

**M. Alain Milon.** Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles, le CAPI, est un outil de rémunération à la performance qui doit évoluer vers une meilleure prise en compte des intérêts de la profession de médecin généraliste.

Pour optimiser le dispositif d'amélioration des pratiques, il semble préférable qu'il soit défini sous forme d'un engagement collectif professionnel avec une gestion conventionnelle de la pédagogie, de l'accompagnement et de l'évaluation.

En tant que tel, le CAPI est, comme son nom l'indique, signé individuellement entre le directeur de la caisse et le médecin généraliste, et empêche les syndicats professionnels d'assurer leur rôle de protection juridique, de conseil et de promotion du dispositif contractuel.

Dans cette perspective, les CAPI doivent passer de l'individuel au collectif.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Le CAPI, qui a passé la barre des 12 000 signatures, a remporté un franc succès. On ne peut contester l'adhésion des professionnels de santé à cette démarche.

Lorsque cette disposition a été introduite dans la loi, j'avais auditionné, en tant que rapporteur, les syndicats de médecins. Ils étaient quasi unanimement opposés au CAPI, auquel ils préféraient un contrat type négocié avec la CNAM dans le cadre de négociations conventionnelles, ce contrat type étant ensuite appliqué individuellement à chaque professionnel de santé.

Le gouvernement à l'époque n'a pas retenu cette solution et nous l'avons suivi. Aucun élément nouveau ne me semble justifier un changement de direction.

À titre personnel, il ne me paraît toutefois pas exclu de parfaire le contrat dans le cadre des négociations conventionnelles. La contrepartie prévue dans le contrat signé entre le médecin et la CNAM pourrait très bien être renforcée. Attendons le résultat de l'évaluation des premiers CAPI, et nous pourrions peut-être envisager d'aller plus loin que ce qui est prévu aujourd'hui.

En attendant de connaître l'avis du Gouvernement, la commission s'en est remise à la sagesse de la Haute Assemblée.

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

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



Le CAPI a rencontré un franc succès, avec plus de 12 000 contrats signés, et ce contre l'avis des représentants de la profession – il faut avoir le courage de le dire –, qui ont même saisi la justice !

**M. François Autain.** Il faut le dire !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** On peut d'ailleurs relever l'opposition constante de certains syndicats représentatifs de médecins et le succès rencontré par la mesure, qui témoigne d'importantes évolutions au sein de la profession médicale et d'une aspiration accrue à d'autres modes d'exercice. Le succès des modes de rémunération alternatifs que j'ai initiés dans les précédents PLFSS illustre la volonté des praticiens d'exercer la médecine autrement, avec une approche en termes de prévention et d'appréhension populationnelle.

Faute d'avoir pu casser la dynamique des CAPI devant la justice, on essaie finalement de l'affadir.

Je pense que ce n'est pas la bonne méthode. La négociation conventionnelle est en fait un engagement de base. Elle engage l'ensemble de la profession avec les organismes d'assurance maladie, sous la bienveillante égide du Gouvernement.

Finalement, qu'est-ce que le CAPI ? C'est un contrat que signent, s'ils le souhaitent, des professionnels qui acceptent d'aller au-delà des engagements de base. Je souhaite évidemment pouvoir conserver cette formule : un engagement global pour tout le monde et des rémunérations supplémentaires pour les médecins qui en font plus.

Je ne souhaite pas que le CAPI soit détourné dans le but de sortir marginalement des négociations menées sur la rémunération des médecins. Il n'est pas question de contourner la négociation conventionnelle par le biais d'un CAPI généralisé qui, dans ce cas, n'aurait plus de sens.

D'un côté, il y a les engagements de base, la négociation conventionnelle, la négociation du C et, de l'autre, des médecins qui acceptent d'en faire plus et qui reçoivent en contrepartie de leur engagement une juste rémunération. Tel est le sens du CAPI.

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

**M. Bernard Cazeau.** M. Milon a une réaction de militant syndical.

**M. Alain Milon.** Non, une réaction de médecin !

**M. Bernard Cazeau.** On peut être un bon syndicaliste, monsieur Milon, même lorsqu'on est dans votre camp politique.

Les CAPI sont une bonne chose.

**M. François Autain.** Voilà !

**M. Bernard Cazeau.** Nous avons bien fait de résister à certains syndicats qui veulent tout régenter et qui n'admettent pas d'évoluer, car c'est d'évolution des mentalités qu'il s'agit. Certains syndicats sont en effet tenus par des personnes de mon âge qui pratiquent les méthodes anciennes et qui n'ont pas su évoluer, ce qui est dommage. Une fois n'est pas coutume, je me résous tout à fait aux CAPI, qui sont une très bonne chose.

Je ne voterai donc pas l'amendement de M. Milon.

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

**M. François Autain.** Nous sommes globalement d'accord avec l'analyse de Mme la ministre, c'est pourquoi nous ne soutiendrons pas l'amendement de M. Milon.

Si le CAPI a autant de succès, c'est sans doute parce qu'il a été instauré hors des organisations syndicales, mais également parce qu'il est la conséquence indirecte du blocage des honoraires de la part du Gouvernement (*Mme la ministre fait un signe de dénégation.*).

D'un côté, vous refusez d'augmenter le C, madame la ministre, de l'autre, vous ouvrez une porte avec les CAPI. Un grand nombre de médecins s'y engouffrent parce que cela leur permet d'améliorer leurs ressources annuelles, d'autant plus que les engagements que vous avez fixés ne sont pas très éloignés de ceux qu'ils atteignent dans leur pratique courante. Tous les médecins qui ont signé un CAPI l'ont fait sans que cela entraîne de conséquences pour eux, leurs pratiques étant déjà conformes aux engagements que vous leur demandez de tenir. C'est une raison du succès de ces contrats, succès dont on ne peut que se féliciter. En outre, les objectifs fixés dans les CAPI peuvent être modifiés, ce dont nous discuterons plus loin.

Pour terminer, je dirai que les contrats d'amélioration des pratiques individuelles ressemblent étrangement à l'option référent que le Gouvernement de gauche avait mise en œuvre avec, je le reconnais, moins de succès.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Eh oui ! Vous vous êtes plantés !

**M. François Autain.** À l'époque, le Gouvernement était passé par le canal d'un syndicat. (*Sourires.*) Peut-être s'y est-il mal pris ? Vous avez peut-être eu raison, madame la ministre, de ne pas passer par les syndicats et la convention. La convention, on le voit bien, est un système moribond. Il faudra sans doute modifier radicalement les rapports entre la sécurité sociale et les médecins.

En tout cas, les CAPI me paraissent tout à fait positifs. Il n'y a aucune raison pour le moment d'en modifier les structures et le fonctionnement.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Il n'y a pas de refus de ma part d'augmenter la rémunération des médecins.

**M. François Autain.** Ils ne sont pas rémunérés 23 euros !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** J'ai programmé le C à 23 euros.

**M. François Autain.** Non !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Si, si !

**M. François Autain.** Ce n'est pas encore le cas !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Simplement, en contrepartie de cette augmentation – c'est normal et ce n'est pas vous qui allez me le reprocher –, j'ai demandé aux médecins de prendre des engagements...

**M. Guy Fischer.** Quand le C va-t-il passer à 23 euros ? À la veille des régionales ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Laissez-moi parler, je vous en prie !

J'ai demandé aux médecins, disais-je de prendre des engagements formels en matière de démographie médicale et d'encadrement des dépassements d'honoraires. Pour le

moment, je ne peux malheureusement que constater que la demande que j'ai exprimée de façon formelle n'a pas abouti. Dont acte.

**M. François Autain.** Mais les généralistes ne pratiquent pas de dépassements d'honoraires !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Permettez-moi maintenant de lancer une invitation, qui s'adresse également à vous, monsieur le président : je serai très heureuse de recevoir à déjeuner au restaurant du Sénat l'ensemble des sénatrices et des sénateurs qui voudront bien se joindre à moi.

**M. Guy Fischer.** Nous ne mangeons pas de ce pain-là ! *(Sourires.)*

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

**M. Alain Milon.** Moi, j'accepte volontiers, madame la ministre !

La discussion que nous venons d'avoir sur le CAPI me rappelle un peu celle que nous avons eue hier sur le droit à l'image collective, le DIC. On nous a dit que, si le DIC semblait être une bonne idée à l'origine, il s'était révélé en être une mauvaise à l'usage. Il a donc été décidé de mettre fin à ce dispositif, car seuls les imbéciles ne changent pas d'avis.

De la même façon, les syndicats étaient clairement contre le CAPI au départ, qu'ils considéraient comme une mauvaise chose. Puis ils se sont aperçus que c'était finalement une bonne idée ! Les syndicats n'étant pas eux non plus des imbéciles, ils ont changé d'avis.

**M. François Autain.** Et voilà !

**M. Alain Milon.** Ils souhaitent aujourd'hui être inclus dans la discussion.

Je comprends bien les objections de Mme la ministre, je comprends mieux le fait que M. le rapporteur général s'en remette à la sagesse de la Haute Assemblée sur mon amendement. Néanmoins, je le maintiens. Je m'inclinerai s'il n'est pas adopté.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 485.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 472, présenté par MM. Milon et Houpert et Mmes Sittler et Panis, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à M. Alain Milon.

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

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

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

**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 amendement de coordination avec d'autres dispositions. La commission émet donc un avis favorable.

**M. Alain Milon.** Enfin !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Il ne faut jamais désespérer, monsieur Milon ! *(Sourires.)*

Le délai supplémentaire que vous demandez, monsieur Milon, prouve que la simplification administrative n'a pas encore gagné l'ensemble des organismes d'État !

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je ne partage pas cet avis.

Avec la télétransmission des feuilles de soins, je ne vois pas l'intérêt pour les assurés de porter à trente-six mois le délai de présentation d'une feuille de soins. Leurs demandes de remboursement sont en effet immédiatement transmises aux caisses et ils sont remboursés en sept jours.

Quant aux établissements et aux professionnels qui pratiquent le tiers payant, est-il vraiment raisonnable de leur donner plus de deux ans pour présenter une facture ?

Je signale que, à ce jour, vingt-quatre mois après la sortie du patient, 99,94 % des montants facturés dans les cliniques privées sont correctement liquidés. Augmenter le délai, ce n'est vraiment pas inciter les établissements à avoir une bonne gestion !

Par ailleurs, je vous signale également qu'une telle mesure aurait un coût pour l'assurance maladie. Elle devrait provisionner chaque année les factures ou les feuilles de soin qui sont actuellement prescrites parce qu'elles lui sont envoyées trop tardivement.

En outre, je ne peux vous rejoindre quand vous dites que ce dispositif serait équitable dans la mesure où les caisses d'assurance maladie bénéficient d'une prescription triennale pour la récupération des sommes indûment versées. En effet, si l'assurance maladie dispose d'un délai allongé à trois ans pour récupérer des sommes indûment versées, c'est totalement justifié. C'est parce qu'elle a besoin de temps, on le comprend bien, pour effectuer des contrôles approfondis. Il s'agit d'une disposition de bonne gestion. Le parallélisme des formes ne peut donc pas être invoqué en la circonstance : d'un côté, nous avons la récupération d'un dû, de l'autre, la présentation d'une facture tout à fait classique. Cet argument ne peut servir à justifier l'augmentation du délai laissé aux assurés et aux établissements pour présenter leurs feuilles de soin.

De grâce, mesdames, messieurs les sénateurs, dans un souci de bonne gestion, maintenez ce délai à deux ans, ce qui est déjà beaucoup. Les faits montrent que les établissements respectent ce délai sans aucune difficulté. Ne semez pas le trouble dans cette affaire !

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 472.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 147, présenté par M. Le Menn, Mmes Le Texier et Jarraud-Vergnolle, MM. Cazeau, Daudigny et Desessard, Mmes Demontès, Champion, Alquier, Printz, Chevê et Schillinger, MM. Jeannerot, Godefroy, 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 29, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

La parole est à Mme Annie Jarraud-Vergnolle.

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** Les dépassements d'honoraires sont un véritable problème, comme vous l'avez dit tout à l'heure, madame la ministre.

Cet amendement vise à rendre les tarifs encore plus clairs et transparents pour les assurés.

L'information préalable est aujourd'hui obligatoire au-delà de 70 euros, mais nous souhaitons la disparition de ce seuil afin que le patient soit informé très clairement du coût des actes, du montant et de la nature du dépassement facturé dès qu'il y a dépassement du tarif opposable. Cela me semble être un principe sain. Une telle mesure sera vraisemblablement un peu compliquée à mettre en œuvre, mais elle évitera à des patients d'être surpris après coup par le montant qu'ils ont à payer.

Le plus simple est de considérer qu'il y a un tarif opposable et que dès lors qu'il est dépassé, il y a une contrainte à laquelle le médecin ou le médecin spécialiste ne peut se soustraire.

Une telle transparence serait bénéfique pour tout le monde.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** La commission émet un avis défavorable. Nous avons longuement évoqué cette question lors de l'examen de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Nous avons alors échangé nos points de vue et nous ne pensons pas que des éléments nouveaux puissent nous conduire à émettre un avis différent.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le seuil de 70 euros est un juste compromis. Je rappelle, parce qu'il y a souvent une confusion à ce sujet, qu'il s'agit là non pas du montant du dépassement, mais du montant de l'acte, y compris le dépassement. Il s'agit déjà d'un seuil bas. Je rappelle que nous avons évoqué au départ un seuil de 100 euros. Peut-être cela rappellera-t-il des souvenirs à certains d'entre vous ? J'ai volontiers abaissé ce seuil à 70 euros, mais nous ne devons pas en arriver à une gestion paperassière de cette affaire. Une trop grande partie du temps médical est déjà consacrée à des travaux administratifs. N'en rajoutons pas trop !

Telles sont les raisons pour lesquelles je vous propose de maintenir ce seuil à 70 euros.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 147.

(L'amendement n'est pas adopté.)

**M. le président.** L'amendement n° 149, présenté par M. Le Menn, Mmes Le Texier et Jarraud-Vergnolle, MM. Cazeau, Daudigny et Desessard, Mmes Demontès, Champion, Alquier, Printz, Chevê et Schillinger, MM. Jeannerot, Godefroy, 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 29, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à Mme Annie Jarraud-Vergnolle.

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

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dans son article 1<sup>er</sup>, impose aux cliniques privées de pratiquer des tarifs de secteur 1 lorsqu'elles exercent une mission de service public ou en cas d'urgence. Ce qui est le minimum au vu de la politique de démantèlement de l'hôpital public qui est menée actuellement.

Les procédures d'autorisation d'équipements lourds visent à réguler et évaluer leur installation sur le territoire, afin de permettre une réelle accessibilité aux soins.

Or le niveau de tarification des actes conduit souvent à des reports, voire à des impossibilités de soins.

Il convient, dès lors, de mieux réguler l'accès à ces équipements en prévoyant une contrepartie de la part de l'opérateur autorisé, en lui demandant de s'engager à réaliser 70 % de ses actes en secteur 1.

Cette mesure, qui aurait valeur de signal en matière d'accès aux soins, semble d'autant plus juste qu'elle concerne des équipements obtenus grâce à l'accord des pouvoirs publics et en grande partie solvabilisés par le biais de fonds publics.

Ces équipements sont aujourd'hui utilisés par des professionnels de santé qui, percevant des revenus les plus importants de ce secteur, sont en mesure d'assurer, en quelque sorte, un rôle social, d'autant que, détenteurs d'une autorisation délivrée au titre de la carte sanitaire, ils sont parfois en situation de monopole dans leur territoire de santé.

Le secteur optionnel dont la création est annoncée n'étant pas une réponse à la maîtrise d'un accès aux soins à des tarifs opposables, il convient d'y remédier en partie par cet amendement.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Encore une fois, il s'agit d'un sujet qui a été largement débattu pendant l'examen du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ; je parle sous le contrôle de mon collègue Alain Milon et de Mme la ministre.

Nous n'avons pas considéré qu'il y avait lieu d'évoluer sur des dispositions adoptées antérieurement. Attendons d'ailleurs de voir comment le texte sur l'hôpital va s'appliquer.

Il ne nous apparaît pas judicieux, dès l'examen du premier projet de loi de financement de la sécurité sociale suivant la loi de 2009, d'adopter une disposition que nous avons déjà rejetée.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je souhaite apporter des éléments à Mme Jarraud-Vergnolle, afin qu'elle soit totalement rassurée.

Les praticiens qui utilisent les équipements lourds en question sont principalement des radiologues. Or 88 % des radiologues sont en secteur 1 et ils pratiquent 100 % de leur activité à tarif opposable. Ces médecins, qui sont les mieux rémunérés, ne pratiquent aucun dépassement d'honoraires.

Par conséquent, madame la sénatrice, votre demande est déjà satisfaite et votre amendement est totalement inutile. Au demeurant, le dispositif que vous proposez d'instituer soulèverait d'autres problèmes.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 149.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 303, présenté par M. Autain, Mme David, M. Fischer, Mmes Pasquet, Hoarau et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

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

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

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

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

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

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

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

La parole est à M. Guy Fischer.

**M. Guy Fischer.** À l'occasion de l'examen par notre assemblée du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, nous avons adopté un amendement autorisant la dérogation au paiement à l'acte et autorisant que l'on mène des expérimentations, pour une période n'excédant pas cinq ans, visant à compléter le paiement à l'acte ou à s'y substituer.

Cette proposition est la bienvenue, puisque le système de rémunération de paiement à l'acte arrive à bout de souffle. Beaucoup de voix se font entendre en ce sens. Dans de très nombreux pays européens, ce système a été remplacé par d'autres, et les jeunes médecins sont de plus en plus nombreux à se déclarer favorables à la rémunération au forfait. Cette rémunération nous semble par ailleurs être

de bonne gestion, dans la mesure où la rémunération du professionnel n'est plus assise sur le nombre des patients qu'il rencontre.

Ce qui est vrai de manière générale l'est encore plus lorsqu'il s'agit de la rémunération pour la prise en charge des patients en affections longue durée. Nous le savons, ces affections concentrent plus de 60 % des dépenses de l'assurance maladie et il est communément admis que le paiement à l'acte n'est pas adapté à la prise en charge de ces patients. C'est la raison pour laquelle nous proposons d'expérimenter, pour ces patients, un mode de financement différent.

Notre amendement vous invite, madame la ministre, à expérimenter ce mode de rémunération forfaitaire et à en tirer toutes les conséquences pour la suite par le biais d'un rapport. Il sera toujours temps, à l'issue de ce délai, d'observer ensuite les conséquences sur les comptes sociaux de cette expérimentation. Nous pourrions alors décider, en pleine connaissance de cause, la poursuite de cette expérimentation ou son abandon.

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

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

Je rappelle à notre collègue que l'article 44 de la loi du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 a prévu, dans le cadre d'expérimentations, d'autoriser la rémunération forfaitaire pour compléter le paiement à l'acte ou s'y substituer.

Par conséquent, l'amendement de M. Fischer est satisfait par cet article 44. Le dispositif se met en œuvre progressivement.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement, non pas pour des raisons de fond, mais parce que le processus souhaité par M. Fischer est déjà largement engagé.

D'ailleurs, monsieur le sénateur, je tiens à votre disposition la communication de toutes les avancées qui ont été effectuées. Bien entendu, je vous en rendrai compte de manière exhaustive.

**M. le président.** Monsieur Fischer, l'amendement n° 303 est-il maintenu ?

**M. Guy Fischer.** Non, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 303 est retiré.

Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux ; nous les reprendrons à quinze heures.

La séance est suspendue.

*(La séance, suspendue à douze heures trente-cinq, est reprise à quinze heures quinze.)*

**M. le président.** La séance est reprise.

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

**Mme Muguet Dini, présidente de la commission des affaires sociales.** Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, la commission des affaires sociales

vous présente ses excuses pour son retard : de nouveaux amendements ont été déposés à l'heure du repas qu'elle a dû examiner en plus de ceux qui étaient déjà prévus.

**M. le président.** C'est bien volontiers que le Sénat accepte vos excuses, madame la présidente.

4

#### CANDIDATURE À UN ORGANISME EXTRAPARLEMENTAIRE

**M. le président.** Je rappelle au Sénat que M. le Premier ministre a demandé au Sénat de bien vouloir procéder à la désignation d'un sénateur appelé à siéger au sein de la Commission nationale pour l'éducation, la science et la culture.

La commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées a fait connaître qu'elle propose la candidature de Mme Joëlle Garriaud-Maylam pour siéger au sein de cet organisme extraparlamentaire.

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

5

#### FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010

##### Suite de la discussion d'un projet de loi

**M. le président.** Nous reprenons la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2010.

Dans la discussion des articles, nous en revenons à l'examen de l'article 29, au sein duquel le vote sur l'amendement n° 11 a été précédemment réservé.

##### Article 29 (suite)

**M. le président.** Je rappelle que l'amendement n° 11, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Rédiger ainsi cet article :

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

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

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

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

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

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 des affaires sociales s'est réunie pour prendre en considération les éléments nouveaux que Mme la ministre a bien voulu apporter afin d'apaiser nos inquiétudes. J'avais en effet invoqué le risque constitutionnel que pouvait faire encourir l'actuelle rédaction de l'article 29.

Reste cependant un point d'ombre : la base juridique actuelle permettra-t-elle à Mme la ministre de prendre le décret d'application auquel elle s'est engagée pour tenir compte des éléments introduits par notre amendement ?

L'analyse que nous faisons du code de la sécurité sociale n'a pas levé tous nos doutes. Aussi, mes chers collègues, nous vous invitons à adopter en l'état l'amendement n° 11, en nous engageant auprès du Gouvernement à en revoir la rédaction dès que nous aurons obtenu l'assurance que la base juridique actuelle ne sera pas source de difficulté pour Mme la ministre au moment de prendre le décret d'application.

Nous maintenons donc cet amendement, qui, véritablement, est un amendement d'attente.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.** Monsieur le rapporteur général de la commission des affaires sociales, je suis très gênée.

Avec tout le respect que je vous dois, permettez-moi de souligner que c'est justement la rédaction proposée au travers de cet amendement, dans la mesure où elle ne mentionne pas de durée, qui me privera de la base juridique nécessaire pour prendre le décret d'application !

**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.** À partir du moment où nous introduisons ces éléments dans la loi et où nous renvoyons à un décret d'application, vous pourrez, madame la ministre, vous appuyer sur la disposition législative que nous aurons adoptée !

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le Conseil d'État n'a pas été de cet avis, et c'est sur son analyse, monsieur le rapporteur général, que le Gouvernement s'appuie pour être défavorable à cet amendement.

**M. le président.** La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote sur l'amendement n° 11.

**M. Guy Fischer.** Nous avons présenté un amendement de suppression de l'article 29, suppression que le dialogue qui vient d'avoir lieu entre Mme la ministre et M. le rapporteur général justifie d'autant plus !

Un tel débat nous conforte dans notre position, car il témoigne des risques que fait courir l'amendement n° 11 à la prise en charge à 100 % des ALD, les affections de longue durée.

Par ailleurs, nous constatons qu'il reste encore de nombreux problèmes à régler, que ce soit par le Gouvernement ou par la majorité. De toute évidence, cette réforme a été mal préparée.

Nous nous prononcerons donc contre l'amendement n° 11.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Une fois de plus !

**M. Guy Fischer.** En outre, les mauvais coups devant être officialisés, nous avons demandé que l'article 29, à l'adoption duquel nous nous opposerons également, soit mis aux voix par scrutin public.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je remercie M. le rapporteur général de la commission des affaires sociales d'avoir pris en compte notre argumentation pour ce qui concerne l'incidence financière de la mesure qu'il propose. Je félicite également les services du ministère et de la commission du travail approfondi qui a été accompli.

Pour parfaire mon argumentation, je souhaite apporter une précision.

L'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale impose de passer par la loi pour créer un nouveau dispositif d'exonération, la mesure nécessitant ensuite que soient pris les décrets d'applications mentionnés dans la fiche d'impact se trouvant dans les documents.

En outre, il est nécessaire de préciser dans la loi la durée de l'exonération et la restriction à certaines pathologies. Le rapporteur du projet de loi au Conseil d'Etat a souligné qu'il ne serait pas possible d'agir au niveau réglementaire pour préciser ces notions si elles n'étaient pas explicitement formulées par le législateur.

**M. Jean-Pierre Godefroy.** Mme la ministre a raison !

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 11.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** En conséquence, l'article 29 est ainsi rédigé.

**M. François Autain.** C'est raté pour le scrutin public sur l'article !

#### Article 29 bis

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

spécialité de référence en application de l'article L. 5125-23 présente des caractères organoleptiques identiques ou similaires. »

**M. le président.** L'amendement n° 66 rectifié, présenté par Mmes Procaccia et Rozier, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

Cet amendement n'est pas soutenu.

**M. Nicolas About.** Je le reprends, monsieur le président.

**M. le président.** Je suis au regret de vous indiquer, mon cher collègue, que le règlement ne permet pas qu'il soit délibéré sur un amendement n'ayant pas été soutenu.

**M. Nicolas About.** On est quelquefois plus tolérant ! En ce cas, je voterai contre l'article !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Oh !

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

L'amendement n° 12 rectifié, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Rédiger ainsi cet article :

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

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

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 a rectifié cet amendement pour le simplifier et tenir compte des propositions du Gouvernement.

Le sujet n'est pas simple. Aussi, mes chers collègues, je vous demanderai d'être particulièrement attentifs à l'exposé des motifs que je vais vous présenter.

L'article 29 bis, qui a été adopté par l'Assemblée nationale sur l'initiative du député Yves Bur, vise à permettre de donner aux médicaments génériques le même aspect que les spécialités de référence auxquelles ils peuvent être substitués, afin d'éviter des erreurs de prise pouvant se révéler lourdes de conséquences. Il est en effet fréquent que les patients – et les patients âgés ne sont pas seuls en cause ! – prennent l'habitude d'identifier les médicaments par leur apparence extérieure, c'est-à-dire par la forme ou la couleur du comprimé ou de la gélule. Or cette apparence extérieure peut être protégée par le droit de la propriété intellectuelle, même si la molécule elle-même n'est plus protégée par un brevet. Le texte adopté par l'Assemblée nationale présente donc un véritable intérêt de santé publique, puisque la sécurité des patients sera améliorée.

Ce texte pourra en outre faciliter la pénétration des génériques sur le marché, qui est elle aussi conforme à l'intérêt général mais se heurte parfois à des tactiques commerciales complexes.

Pour autant, il importe également de respecter les droits de la propriété intellectuelle. Or, à cet égard, l'article 29 bis adopté par l'Assemblée nationale se révèle insuffisant sur plusieurs points. C'est pourquoi la commission en propose une rédaction différente.

Cette nouvelle rédaction tend d'abord à préserver le droit de l'industrie pharmaceutique de protéger, lorsqu'elles sont susceptibles de l'être, les caractéristiques apparentes des médicaments qu'elle met dans le commerce.

Elle vise ensuite à limiter l'atteinte à ce droit à une exception qui ne pourra être invoquée que lorsque le médicament sera générique, et au seul profit d'un produit générique substituable au sens du code de la santé publique.

Elle tend enfin à restreindre cette licence légale aux formes pharmaceutiques orales, qui sont les plus susceptibles d'être à l'origine d'erreurs de prise.

Notre objectif est de respecter le droit de la propriété intellectuelle, donc celui des laboratoires qui ont mis sur le marché les princeps, tout en prévoyant des mesures dérogatoires afin que les génériques aient la possibilité d'utiliser les mêmes formes et couleurs que celles des princeps lorsque le générique lui est substituable.

Le système est relativement complexe sur le plan du droit, mais la commission des affaires sociales considère qu'il y a de l'intérêt général de la nation et que le dispositif proposé est conforme à nos principes constitutionnels, qui nous permettent de protéger cet intérêt général même si une directive européenne ne prévoit pas d'exception à la protection des dessins et modèles.

**M. le président.** Le sous-amendement n° 519 rectifié, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Amendement n° 12 rect.

I. – Alinéa 2

Rédiger ainsi cet alinéa :

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

II. – Alinéa 3

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

Art. L. 5121-10-3

par la référence :

Art. L. 713-6-1

2° Remplacer les mots : d'un droit de propriété intellectuelle par les mots : d'une marque

et les mots : l'apparence et la texture par les mots : l'aspect tridimensionnel ou la couleur

et les mots : une apparence et une texture identiques ou similaires par les mots : un aspect identique ou similaire, pour autant que cet usage ne donne pas l'impression qu'il existe un lien commercial entre un tiers et le titulaire de la marque

3° Après la référence :

L. 5121-1 insérer les mots : du code de la santé publique

et après la référence :

L. 5125-23 insérer les mots : dudit code

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** L'amendement de la commission des affaires sociales me paraît excellent sur le fond. J'avais d'ailleurs, devant l'Assemblée nationale, souscrit à cet objectif général à propos d'un amende-

ment très proche de celui-ci, mais j'avais alors exprimé le souhait que l'incidence exacte de la mesure sur les droits de propriété intellectuelle soit précisée et expertisée par les services compétents, en particulier par l'Institut national de la propriété industrielle, l'INPI.

Cette expertise ayant été effectuée, je suis conduite à proposer une reformulation de certains points de l'article 29 bis qui comporte quelques différences avec l'amendement déposé par M. Vasselle.

Je suis d'accord avec la commission pour limiter la mesure aux formes pharmaceutiques orales, qui sont d'ailleurs les principales formes concernées par la généralisation. En revanche, il me paraît nécessaire de rattacher cette disposition au code de la propriété intellectuelle et de la recentrer sur le droit des marques, dans une rédaction qui soit compatible avec les normes juridiques européennes.

Je propose également une reformulation de la description des éléments dont la protection intellectuelle est assouplie. En effet, je vous suggère de suivre l'avis de l'INPI, qui a souligné l'inadaptation de l'expression « caractère organoleptique du produit » dans la mesure où ce terme trop général englobe des éléments qu'il n'est juridiquement pas possible de protéger, tels le goût ou l'odeur du médicament, alors qu'ils font partie de la définition des caractères organoleptiques. L'INPI recommande donc de mentionner uniquement « l'aspect tridimensionnel ou la couleur » de la forme pharmaceutique et de recentrer la limitation introduite sur le droit des marques, pour lequel existe dans la directive européenne la possibilité de créer des exemptions, ce qui n'est pas le cas de la directive concernant les dessins et les modèles.

C'est pourquoi je vous demande, mesdames, messieurs les sénateurs, d'adopter ce sous-amendement, qui correspond à la démarche suivie par M. le rapporteur général mais la sécurise mieux d'un point de vue juridique.

**M. le président.** Le sous-amendement n° 518, présenté par M. Barbier, est ainsi libellé :

Amendement n° 12

Compléter cet amendement par un alinéa ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Gilbert Barbier.

**M. Gilbert Barbier.** Le sous-amendement du Gouvernement vise en grande partie à revenir au texte adopté par l'Assemblée nationale. Le titulaire d'une marque ne pourra donc pas s'opposer à ce qu'un générique revête la même forme, la même apparence tridimensionnelle et la même couleur. Le risque de confusion pour le patient reste cependant d'autant plus important que la précaution prise s'avère assez subjective – qui contrôlera que la confusion est impossible ?

Mon sous-amendement vise à apporter une précision supplémentaire au sous-amendement du Gouvernement.

En effet, un certain nombre de petites et moyennes entreprises du secteur pharmaceutique investissent beaucoup dans la mise au point et le développement de formes galéniques nouvelles, en particulier pour améliorer l'efficacité des produits et les adapter aux besoins des patients ainsi qu'aux



différents marchés d'exportation. Cette situation pose un problème, car ces laboratoires procèdent à des innovations sur des produits existants, en conformité avec les directives de l'Office européen des brevets. Curieusement, dans ce contexte européen, l'adoption du sous-amendement du Gouvernement les empêcherait de se défendre contre les copies.

C'est pourquoi je propose de compléter le sous-amendement que vient de présenter Mme la ministre, afin que soient mieux protégés ces laboratoires qui innovent dans la présentation des médicaments et sont souvent très concurrents à l'exportation.

**M. le président.** L'amendement n° 482, présenté par MM. Milon et Houpert, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 4

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

II. – Alinéa 5

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

La parole est à M. Alain Houpert.

**M. Alain Houpert.** Il est vrai que la différence de forme, de couleur ou de goût d'un générique peut troubler les patients et conduire à maintenir un taux de substitution bas ou, pire, à causer des problèmes de santé publique. Il est donc important de mettre à la disposition des patients une offre qui reprenne les caractères organoleptiques du princeps au prix du générique.

Toutefois, la disposition adoptée par l'Assemblée nationale remet gravement en cause les droits de propriété intellectuelle, notamment les règles en matière de dessins et modèles, alors que l'objectif visé pourrait être atteint plus simplement.

Il est donc proposé de restreindre la possibilité de remettre en cause le droit des marques ou des dessins et modèles aux seuls cas où, douze mois après la mise sur le marché du générique, il n'existe pas de molécule au prix du générique qui reprenne les caractéristiques organoleptiques de la molécule princeps.

**M. le président.** L'amendement n° 502 rectifié, présenté par MM. About et A. Giraud, Mme Payet, M. Vanlerenberghe et les membres du groupe Union centriste, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 4

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

II. – Alinéa 5

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

La parole est à M. Nicolas About.

**M. Nicolas About.** Il est vrai que la différence de forme, de couleur ou de goût d'un générique peut troubler les patients et conduire à maintenir un taux de substitution bas ou, pire, à causer des problèmes de santé publique. Il est donc important de mettre à la disposition des patients une offre qui reprenne les caractères organoleptiques du princeps au prix du générique.

Toutefois, la disposition adoptée par l'Assemblée nationale remet gravement en cause les droits de propriété intellectuelle, notamment les règles en matière de dessins et modèles, alors que l'objectif visé pourrait être atteint plus simplement.

Il est donc proposé de restreindre la possibilité de remettre en cause le droit des marques ou des dessins et modèles aux seuls cas où, trente-six mois après la mise sur le marché du générique, il n'existe pas de molécule au prix du générique qui reprenne les caractéristiques organoleptiques de la molécule princeps.

J'indique par ailleurs que je souhaite transformer cet amendement en sous-amendement à l'amendement n° 12 rectifié afin d'éviter que l'adoption de l'amendement de la commission et du sous-amendement du Gouvernement ne le rende sans objet.

**M. le président.** Je suis donc saisi d'un sous-amendement n° 502 rectifié *bis*, présenté par MM. About et A. Giraud, Mme Payet, M. Vanlerenberghe et les membres du groupe Union centriste, qui est ainsi libellé :

Amendement n° 12 rect

Alinéa 3

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

Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Le sous-amendement du Gouvernement est donc un sous-amendement rectifié à notre amendement rectifié !

Madame la ministre, nous avons étudié en commission ce que devenait le texte de notre amendement une fois modifié par la première version de votre sous-amendement, qui portait le numéro 519. Le résultat ne nous a pas convaincus, pas plus que ne nous convainquent les modifications introduites dans le sous-amendement rectifié.

De notre côté, nous avons rectifié notre amendement pour en alléger la rédaction et nous référer de manière très générique, si j'ose dire, au droit de propriété intellectuelle. Nous souhaitons par ailleurs que cette disposition figure dans le code de la santé publique plutôt que dans le code de la propriété intellectuelle ; nous souhaitons aussi qu'elle vise toutes les formes de protection. C'est pourquoi nous sollicitons le retrait du sous-amendement n° 519 rectifié.

J'ajoute que, si nous avons le plus grand respect pour le droit communautaire, auquel Mme la ministre a fait référence, il n'en reste pas moins, je le répète, que selon nos principes constitutionnels – aucune directive ne les a encore modifiés ! – le droit de propriété, tout en étant un droit fondamental, peut être limité si l'intérêt général l'exige.

**M. François Autain.** Voilà qui est bien dit !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** D'ailleurs, M. About, en présentant son amendement, a reconnu l'intérêt de permettre à certains génériques de conserver les formes et les couleurs du princeps, alors même qu'il veut établir une protection d'une durée de trente-six mois lorsqu'aucun générique n'existe encore.

Autoriser, pour éviter des accidents qui peuvent être très graves, qu'un médicament générique se présente comme le princeps auquel il est substituable, que ce soit un cachet carré ou une gélule jaune, cela ne me semble pas être une limitation abusive de l'exercice du droit de propriété intellectuelle.

En ce qui concerne le sous-amendement n° 518, la commission a abordé hier la question soulevée par Gilbert Barbier, et elle partage son souci. Cependant, l'adoption du texte qu'il nous propose créerait une nouvelle condition d'acquisition d'un droit de propriété industrielle, ce qui pourrait poser un problème.

Surtout, sur le fond, l'amendement de la commission ne vise pas du tout le cas qui préoccupe notre collègue, à savoir celui des formes galéniques nouvelles, dont l'objet est d'améliorer l'efficacité des produits ou de les adapter à de nouveaux marchés – sujet largement développé par François Autain lors de la défense de divers amendements.

Comme l'a relevé Gilbert Barbier lui-même, son sous-amendement vise le cas des génériques substituables dont on essaie d'empêcher l'arrivée sur le marché. Il s'agit de savoir s'il est licite de fabriquer une gélule ou un cachet de la même forme et de la même couleur que celle du médicament princeps. Je ne voudrais pas le tenter, mais M. Autain pourrait donner beaucoup plus d'exemples que je ne serais en mesure de le faire des variations infinies de médicaments qui, sans utiliser de molécules nouvelles, sont commercialisés sous forme de spécialités nouvelles parce que leur formule les rend mieux tolérés ou mieux adaptés au cas de telle ou telle catégorie de patients ! M. Renaudin a confirmé ces pratiques lors des auditions auxquelles j'ai procédé.

Or, l'amendement de la commission n'aborde absolument pas cette question. Nous nous préoccupons simplement de l'aspect physique, de la forme et de la couleur du médicament, pour ne pas dérouter les patients habitués à cet aspect.

Je demande donc à M. Barbier, sous le bénéfice de ces explications, de retirer le sous-amendement n° 518, qui, pour être examiné, aurait plutôt dû être présenté comme un amendement. En effet, il ne peut pas être rattaché, en l'état, à l'amendement de la commission, puisqu'il n'a pas le même objet.

L'amendement n° 482, défendu par M. Alain Houpert, procède du même souci que celui de la commission. Cependant, il se rapporte au texte de l'Assemblée nationale, qui ne paraît pas suffisamment respectueux du droit de propriété industrielle, notamment en ce qui concerne les brevets. Il pose également un problème pratique puisqu'il réserve de fait au fabricant du princeps l'exclusivité, pendant un an, du droit de fabriquer un générique d'apparence semblable. La commission préfère donc son propre texte, qui concilie d'une manière plus respectueuse les droits de propriété intellectuelle et le souci de protéger un intérêt majeur de santé publique. Je demande donc aux auteurs de cet amendement de le retirer au profit de celui de la commission.

Bien que M. Nicolas About ait transformé son amendement en sous-amendement, la commission émet le même avis que sur l'amendement n° 482, c'est-à-dire une demande de retrait.

Je vous avoue, monsieur le président, mes chers collègues, que j'ai moi-même eu du mal à comprendre ce dispositif d'une très grande complexité. Il n'est pas évident de démêler ces questions de droits de propriété intellectuelle !

La commission a cherché une rédaction suffisamment large pour permettre de concilier la protection des droits de propriété intellectuelle et la possibilité pour les patients de bénéficier de génériques dont la forme, la couleur et le dessin sont identiques à ceux du produit princeps, et ce afin d'éviter les erreurs dans la consommation et l'utilisation de ces médicaments.

Je ne suis pas certain d'avoir été clair, mes chers collègues, mais je ne trouve pas d'autres mots pour exposer la situation, et je vous prie de m'en excuser !

**M. le président.** La question est effectivement loin d'être simple ! J'observe cependant que, si le sous-amendement du Gouvernement était adopté, le sous-amendement n° 502 rectifié *bis* deviendrait sans objet. Aussi, je souhaiterais entendre l'avis de la commission sur ce point précis.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Monsieur le président, je vous fais entièrement confiance pour trancher cette question de technique législative ! Au demeurant, en ma qualité de rapporteur, je ne me pose pas cette question puisque la commission a demandé le retrait de la totalité des sous-amendements.

**M. le président.** Monsieur About, le sous-amendement n° 502 rectifié *bis* est-il maintenu ?

**M. Nicolas About.** Monsieur le président, je ne vois pas en quoi l'adoption du sous-amendement du Gouvernement rendrait mon sous-amendement sans objet, puisqu'ils se complètent mutuellement.

**M. le président.** À ceci près que votre sous-amendement se réfère explicitement à l'amendement n° 12 rectifié !

**M. Nicolas About.** Mais les modifications introduites par le sous-amendement du Gouvernement ne remettent pas en cause l'insertion de mon sous-amendement !

**M. le président.** Effectivement...

**M. Nicolas About.** Je le maintiens donc.

**M. le président.** Monsieur Barbier, le sous-amendement n° 518 est-il maintenu ?

**M. Gilbert Barbier.** Mon analyse est la même que celle de M. About : mon sous-amendement vient compléter l'amendement de la commission au même titre que celui du Gouvernement, sans que leurs dispositions interfèrent.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Pour éclairer le débat, je souhaiterais me livrer à une analyse juridique un peu plus détaillée.

L'article 29 *bis*, tel qu'il est issu des travaux de l'Assemblée nationale, tend à supprimer les protections des droits conférés par un brevet au sens de l'article L. 613-5 du code de la propriété intellectuelle, d'une part, et des droits conférés par l'enregistrement d'une marque, d'un dessin ou d'un modèle au sens, respectivement, des articles L. 711-1 et L. 511-1 du même code, d'autre part.

L'analyse menée par l'Institut national de la propriété industrielle fait ressortir les principaux points suivants.

Les protections que nous souhaitons assouplir pour les médicaments génériques concernent non pas le droit des brevets, mais plutôt les enregistrements au titre des marques, dessins et modèles. Il me semble que, malgré la confusion qui tend à s'établir, nous sommes tous d'accord sur ce point !

**M. Alain Vasselle**, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Tout à fait. C'est bien ce qui est visé !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, ministre. La directive 98/71/CE sur la protection juridique des dessins ou modèles n'autorise pas la dérogation envisagée à l'article 29 *bis* dans sa rédaction issue des travaux de l'Assemblée nationale. C'est pourquoi j'avais émis un avis défavorable sur cette proposition des députés. En outre, contrairement à ce que M. le rapporteur général affirme, le motif d'intérêt général ne permet pas de déroger aux dispositions de cette directive.

Je le répète, je souscris entièrement à la philosophie que défend M. le rapporteur général et aux objectifs qu'il vise : il faut assurer un meilleur suivi du traitement par les malades qui se verront prescrire des médicaments génériques. Certains malades chroniques, qui prennent un médicament depuis plusieurs années, sont en effet dérouterés par le médicament générique, qui dérange évidemment leurs habitudes. Quand on a, comme moi, travaillé derrière un comptoir de pharmacie, on sait bien que les clients veulent « la petite pilule bleue dans la boîte rose » ! (*Sourires.*)

**M. Nicolas About**. La boîte rose, surtout !

**M. François Autain**. Et avec un ruban !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, ministre. La seule possibilité juridique immédiate consiste à agir sur le terrain du droit des marques. En effet, la directive 2008/95/CE rapprochant les législations des États membres sur les marques autorise la dérogation recherchée. Ainsi, nous nous trouverions en parfaite conformité avec le droit européen, sous certaines conditions bien entendu. Il faudrait notamment que l'usage de la marque ne donne pas l'impression qu'il existe de lien commercial entre le tiers et le titulaire de la marque, soit entre le laboratoire commercialisant le médicament générique et l'exploitant du médicament princeps. Cette condition me paraît tout à fait essentielle.

L'INPI relève également l'inadaptation de l'expression « caractères organoleptiques ». Je l'ai déjà indiqué, ce terme est beaucoup trop général. Je crois aussi que tout le monde s'accorde à dire que cette dénomination englobe des caractères impossibles à protéger juridiquement, comme l'odeur ou le goût. L'INPI recommande donc de mentionner uniquement l'« aspect tridimensionnel » et la « couleur » de la forme pharmaceutique. Cette solution me semble, là aussi, de simple bon sens !

L'INPI note enfin que le code de la propriété intellectuelle constitue le seul vecteur juridique adapté. Il propose d'y inclure un nouvel article L. 713-6-1 tendant à permettre que ne soit pas opposée aux médicaments génériques substituables la protection dont peut bénéficier, au titre du droit des marques, le médicament princeps quant à son aspect tridimensionnel et sa couleur.

Je voulais apporter d'emblée ces précisions, car mon argumentation sur les sous-amendements de M. Gilbert Barbier et de M. Nicolas About ainsi que sur l'amendement présenté par M. Alain Houpert en découlera.

Monsieur Barbier, votre sous-amendement tend à instaurer une exception à cette levée des droits lorsque le caractère réel et utile de la nouvelle présentation a pu être établi. Vous craignez en effet une atteinte aux droits de la propriété intellectuelle qui affecterait notamment les petites entreprises pharmaceutiques – il en reste tout de même quelques-unes sur le territoire national !

C'est précisément l'objet du sous-amendement que j'ai présenté. J'ai essayé de trouver une voie moyenne qui tienne compte de la proposition de l'Assemblée nationale relayée par M. Alain Vasselle. Or, monsieur Barbier, vous souhaitez aller plus loin en faisant obstacle à toute levée des droits si le caractère réel et utile de la nouvelle présentation est reconnu. Cependant, d'une part, la formulation retenue pose un certain nombre de difficultés sur le plan juridique et, d'autre part, cette solution amoindrirait trop sérieusement la portée de la mesure, au détriment de la progression des médicaments génériques. Par conséquent, je ne peux l'approuver. J'émetts donc un avis défavorable sur le sous-amendement n° 518

Je précise toutefois que le sous-amendement du Gouvernement ne fait pas obstacle au dépôt d'un brevet pour une innovation galénique reconnue.

Messieurs Milon et Houpert, tout en reconnaissant l'intérêt de la mesure, vous proposez que la levée des droits intervienne seulement si, douze mois après la commercialisation du médicament générique, aucun produit reproduisant les caractères organoleptiques de référence n'est proposé au prix de ce médicament générique.

Il ne me paraît pas souhaitable de différer cette levée des droits et de la limiter, le cas échéant, à un seul médicament générique. De nouveau, la démarche voulue par le rapporteur général est tout à fait utile, et il ne convient pas de la retarder. Le Gouvernement est donc défavorable à l'amendement n° 482.

J'opposerai une argumentation identique à M. Nicolas About, dont l'objectif est également de retarder la mise en œuvre de la solution souhaitée par l'Assemblée nationale, par le rapporteur général et par nombre d'entre vous dans cet hémicycle pour favoriser la diffusion des médicaments génériques. J'émetts donc un avis également défavorable sur le sous-amendement n° 502 rectifié *bis*.

J'y insiste, mesdames, messieurs les sénateurs : l'argumentation technique que je viens de vous présenter, loin de remettre en cause la démarche voulue par le rapporteur général, bien au contraire la protège.

**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 souhaite apporter quelques précisions afin que nos collègues puissent bien comprendre les conséquences de leur vote.

Le sous-amendement du Gouvernement vise à limiter aux seules marques la possibilité de dérogation pour la copie du produit princeps, Mme la ministre s'appuyant sur une directive européenne et sur l'analyse de l'INPI pour affirmer que l'on ne peut pas déroger à la protection intellectuelle relative aux dessins et modèles.

Pour sa part, la commission des affaires sociales, allant dans le sens souhaité par M. Yves Bur, estime que la dérogation peut s'appliquer aux dessins et modèles. Elle s'appuie en cela sur la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, selon laquelle, lorsqu'un intérêt général est en jeu, il permet de limiter un droit de propriété intellectuelle défini par une directive européenne. (*Mme la ministre proteste.*)

Madame la ministre, je ne fais que vous livrer l'analyse de la commission des affaires sociales. Il est possible qu'il existe une divergence entre votre appréciation et la sienne !

À nos yeux, l'important est que, lorsqu'un laboratoire engagera un recours pour demander à conserver le bénéfice d'un droit de propriété intellectuelle, le juge puisse s'appuyer sur un texte législatif pour se prononcer. Si nous visons les seules marques, sans inclure les dessins et modèles, il se trouvera enfermé dans le dispositif étroit que nous aurons inscrit dans la loi.

Nous avons donc essayé d'être suffisamment larges pour pouvoir concilier la protection de la propriété intellectuelle et une mesure dont Mme la ministre a démontré l'intérêt avec beaucoup de pédagogie, à savoir l'autorisation pour les médicaments génériques, dans l'intérêt des patients, de copier les couleurs, les dessins et les modèles.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** En rattachant le texte à la directive, précisément, nous autorisons la dérogation souhaitée et réglons la question !

Je veux revenir sur le débat de la hiérarchie des normes que vient d'ouvrir le rapporteur général, même s'il s'agit peut-être d'une discussion purement intellectuelle.

Une loi transposant une directive européenne doit évidemment respecter la Constitution et, si un conflit apparaît dans la hiérarchie des normes, la Constitution l'emporte sur la directive. Je ne l'ai jamais nié !

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Toutefois, dans le cas présent, il n'y a pas de conflit entre la directive européenne que j'ai citée et la Constitution puisque le respect du droit de la propriété intellectuelle, auquel nous dérogeons, ne se relie absolument pas à un motif constitutionnel. C'est donc la directive européenne qui l'emporte et que nous nous devons d'appliquer.

Dans une démarche tout à fait respectueuse, je me permets donc de confirmer à M. le rapporteur général que la situation est parfaitement claire : il n'y a ici aucun conflit avec la Constitution !

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

**M. Bernard Cazeau.** Ça suffit !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** C'est donc, madame la ministre, que la divergence d'interprétation porte sur la notion d'intérêt général ! Je le répète, la lecture de votre sous-amendement donne à penser que, pour vous, l'intérêt général ne prime pas quand il s'agit de déroger à la protection des dessins et des modèles ! (*M. Bernard Cazeau marque son impatience.*)

Puisque nous ne pouvons nous entendre, il n'y a qu'à voter cet amendement. Nous aurons ainsi la possibilité de reprendre la discussion à l'occasion de la commission mixte paritaire !

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

**M. François Autain.** Je suis très sensible à l'argumentation développée par M. le rapporteur général, car elle s'appuie sur des considérants auxquels nous sommes naturellement très réceptifs puisqu'ils relèvent du respect de l'intérêt public et des droits de l'homme.

Nous pensons que la nouvelle rédaction proposée par la commission pour l'article 29 *bis* présente l'avantage d'être plus simple et plus facile à comprendre que la version transmise par l'Assemblée nationale.

Nous n'allons pas prolonger le débat inutilement, mais tous les sous-amendements tendant à modifier cette nouvelle rédaction de l'article nous semblent effectivement avoir pour objectif d'en réduire la portée. Le procédé est sans doute plus subtil dans le cas du sous-amendement gouvernemental, je n'y reviens pas, mais, s'agissant des autres propositions, en particulier du sous-amendement de M. Gilbert Barbier, il s'agit bien d'une remise en cause pratiquement totale de l'article 29 *bis* dans sa nouvelle rédaction.

Par conséquent, nous voterons l'amendement de M. le rapporteur général et nous nous opposerons aux autres sous-amendements et amendement.

**M. le président.** Je mets aux voix le sous-amendement n° 519 rectifié.

(Après une épreuve à main levée déclarée douteuse par le bureau, le Sénat, par assis et levé, n'adopte pas le sous-amendement.)

**M. le président.** Je mets aux voix le sous-amendement n° 518.

(Le sous-amendement n'est pas adopté.)

**M. le président.** Je mets aux voix le sous-amendement n° 502 rectifié *bis*.

(Le sous-amendement n'est pas adopté.)

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 12 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

**M. le président.** En conséquence, l'article 29 *bis* est ainsi rédigé et l'amendement n° 482 n'a plus d'objet.

#### Article 29 *ter*

① I. – Après le premier alinéa de l'article L. 4113-5 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

② « Cette disposition ne s'applique pas à l'activité de télémédecine telle que définie à l'article L. 6316-1 et aux coopérations entre professionnels de santé prévues aux articles L. 4011-1 à L. 4011-3. »

③ II. – La première phrase de l'article L. 162-3 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « ou lorsqu'il s'agit d'une activité de télémédecine telle que définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique ».

**M. le président.** L'amendement n° 302, présenté par M. Autain, Mme David, M. Fischer, Mmes Pasquet, Hoarau et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Alinéa 3

Supprimer cet alinéa.

La parole est à M. Guy Fischer.

**M. Guy Fischer.** Au cours de ses travaux, l'Assemblée nationale a adopté un amendement de M. Yves Bur, devenu l'article 29 *ter*, visant à autoriser les médecins libéraux à bénéficier du remboursement de l'assurance maladie pour des actes qu'ils auraient délivrés sans rencontrer physiquement le patient.

Nous nous interrogeons sur cette disposition, car la rencontre avec le patient doit demeurer la base de l'exercice médical. Celui-ci repose sur un principe fondamental : la rencontre avec le patient, autrement appelée « le colloque singulier ».

Si je comprends bien qu'il est parfois impossible de satisfaire à ce principe, par exemple en cas d'éloignement ou de conditions climatologiques défavorables, je voudrais éviter que la télémédecine ne devienne une manière comme une autre de prendre en charge le patient et de lui délivrer des soins.

De surcroît, la télémédecine n'est pas sans soulever certaines questions. Avec la nouvelle carte Vitale, sur laquelle figure une photographie d'identité, le Gouvernement disait vouloir lutter contre la fraude en permettant aux praticiens de constater *de visu* si les patients sont bien ceux qu'ils déclarent être : par téléphone, l'exercice sera pour le moins limité !

On peut aussi craindre que les patients qui reçoivent des indications par téléphone ne les comprennent pas, ce qui ne manquerait pas d'engager la responsabilité du médecin et donc de provoquer une hausse importante des contentieux.

Enfin, comme dans toutes les professions il peut arriver que certains soient malhonnêtes, nous craignons que la possibilité de revendiquer une rémunération pour un acte réalisé à distance n'entraîne quelques dérives.

Pour toutes ces raisons, nous demandons la suppression de l'alinéa 3 de l'article 29 *ter*, à moins que le Gouvernement ne nous apporte des éclaircissements complémentaires susceptibles de nous rassurer.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** La commission n'est pas favorable à la limitation de la télémédecine au seul secteur public. Elle est donc défavorable à l'amendement n° 302.

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

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

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 302.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 29 *ter*.

*(L'article 29 *ter* est adopté.)*

### Article 29 *quater*

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

**M. le président.** L'amendement n° 124 rectifié, présenté par MM. Barbier, Collin, Charasse et Fortassin, Mme Laborde et MM. Mézard, Milhau et Vall, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Gilbert Barbier.

**M. Gilbert Barbier.** Avec cet amendement, nous revenons sur un point dont nous avons largement débattu lors de l'examen de la loi HPST, c'est-à-dire : portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Nous souhaitons rendre obligatoire la transmission aux médecins traitants des observations faites par les sages-femmes à l'occasion de la surveillance et du suivi biologique lors de la délivrance des contraceptifs locaux.

Le texte actuellement en vigueur prévoit que cette transmission est faite au médecin, sans autre précision. Je pense qu'il faut donner cette information au médecin traitant, qui aura ainsi tous les éléments nécessaires au suivi de sa patiente.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** La commission, après avoir longuement débattu de ce point, n'a pas jugé opportun de donner un avis favorable à la proposition de M. Barbier, considérant que l'accès direct au gynécologue qui a été défini par voie conventionnelle en application de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie devait être maintenu.

**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. Alain Milon, pour explication de vote.

**M. Alain Milon.** Je voterai la proposition de Gilbert Barbier, dont nous avons déjà largement débattu lors de la discussion de la loi HPST. Il avait aussi été beaucoup question, lors de l'examen de cette loi, des délégations de tâches. Il s'agit, en l'espèce, d'une délégation de tâches à des personnes qui ont la compétence requise pour l'assumer.

Cet amendement mérite donc vraiment d'être voté.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 124 rectifié.

*(L'amendement est adopté.) (Exclamations sur l'ensemble des travées.)*

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Ce n'est pas possible ! Cela équivaut à modifier la loi du 13 août 2004 ! La gauche se contredit !

**M. Jean-Pierre Godefroy.** Cette adoption est le fait de votre majorité, madame la ministre !

**M. Guy Fischer.** Nous n'y sommes pour rien !

**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 le président, mes chers collègues, parce que nous travaillons aujourd'hui, samedi, et que nous risquons de travailler dimanche jusque tard dans la nuit et peut-être même lundi matin, la présidence a invité le ministre et le rapporteur général à se montrer beaucoup plus concis dans leurs avis.

Cela aboutit au résultat que nous venons de vivre avec le vote de l'amendement n° 124 rectifié. Des éléments complémentaires auraient permis que la Haute Assemblée se prononce en toute connaissance de cause.

Nous reviendrons sur cet amendement en commission mixte paritaire. Mais, à force d'avis lapidaires, nous obtenons des résultats qui ne sont pas forcément ceux que souhaitait la commission des affaires sociales.

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

**M. le président.** Monsieur le rapporteur général de la commission des affaires sociales, je crois avoir donné à chacun la possibilité de s'expliquer abondamment depuis ce matin.

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

**M. le président.** Je veux bien que l'on me mette en cause, mais il y a tout de même certaines limites à respecter...

Je mets aux voix l'article 29 *quater*, modifié.

(L'article 29 *quater* est adopté.)

#### Article 29 *quinquies*

- ① L'article L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :
- ② « Sous réserve du respect des dispositions du premier alinéa, lorsqu'il existe plusieurs alternatives médicamenteuses à même visée thérapeutique, le médecin prescrit un traitement médicamenteux figurant au répertoire des groupes génériques, à moins que des raisons particulières tenant au patient ne s'y opposent.
- ③ « En cas d'observation répétée des dispositions de l'alinéa précédent, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut engager la procédure prévue au 5° du I de l'article L. 162-1-15. »

**M. le président.** Je suis saisi de cinq amendements identiques.

L'amendement n° 13 est présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 214 est présenté par M. Houpert.

L'amendement n° 371 est présenté par M. Leclerc.

L'amendement n° 475 est présenté par M. Milon et Mmes Sittler et Panis.

L'amendement n° 503 est présenté par M. About, Mme Dini, M. A. Giraud, Mme Payet, M. Vanlerenberghe et les membres du groupe Union centriste.

Ces cinq amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. le rapporteur général de la commission des affaires sociales, pour présenter l'amendement n° 13.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** L'article 29 *quinquies*, qui a été inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet de lutter contre « l'effet structure » dont bénéficient les médicaments les plus récents et les plus chers même quand ils ne présentent pas d'avantage thérapeutique par rapport à ceux qui sont déjà présents sur le marché. Cela se traduit par le développement des prescriptions hors répertoire, obstacle important à la progression de la prescription des génériques.

Cependant, le dispositif proposé risquerait fort de se révéler inapplicable. C'est pourquoi nous vous proposons de supprimer cet article.

Il paraît préférable de développer des actions dont les résultats cumulés ont commencé à créer une vraie dynamique : maîtrise médicalisée des dépenses, action médico-économique de la Haute Autorité de santé, contrats d'amélioration des pratiques individuelles, ou CAPI, politique des prix, etc.

Il paraît aussi indispensable – et nous comptons beaucoup sur vous, madame la ministre, pour appuyer cette démarche – d'accélérer le développement et la diffusion des logiciels d'aide à la prescription, ce qui permettra de favoriser la prescription des génériques.

**M. le président.** La parole est à M. Alain Houpert, pour présenter l'amendement n° 214.

**M. Alain Houpert.** L'article 29 *quinquies* prévoit qu'à efficacité thérapeutique équivalente, et sauf nécessité particulière tenant au patient, les médecins doivent prescrire dans le répertoire des génériques. À défaut, le directeur de la caisse peut engager à leur encontre la procédure de mise sous entente préalable.

En obligeant les médecins à prescrire des génériques, l'article 29 *quinquies* est en totale contradiction avec la politique actuelle du générique, qui repose sur le droit de substitution accordé aux pharmaciens et qui a donné des résultats très probants.

Par ailleurs, les génériques font partie intégrante des objectifs de maîtrise médicalisée que les partenaires conventionnels se sont fixés avec succès. Cette disposition législative constitue donc une ingérence inacceptable dans le dispositif conventionnel, d'autant que la procédure de sanction qui lui est liée, la mise sous « entente préalable » de certains médecins pour l'ensemble de leurs prescriptions, est totalement inappropriée, voire dangereuse pour les patients.

De surcroît, l'article 30 du projet de loi prévoit, sous couvert de difficultés de mise en œuvre de la procédure d'entente préalable, son remplacement par un autre dispositif.

**M. le président.** La parole est à M. Dominique Leclerc, pour présenter l'amendement n° 371.

**M. Dominique Leclerc.** J'ai proposé la suppression de l'article 29 *quinquies* parce que, là encore, sont en débat des dispositions qui devraient rester dans le cadre conventionnel – sinon, c'est que je n'en comprends pas le sens ! – et qui n'ont pas leur place dans le cadre législatif.

**M. le président.** La parole est à M. Alain Milon, pour présenter l'amendement n° 475.

**M. Alain Milon.** Cet amendement a été défendu.

**M. le président.** La parole est à M. Adrien Giraud, pour présenter l'amendement n° 503.

**M. Adrien Giraud.** Comme l'a déjà indiqué Alain Vasselle, ces amendements identiques ont pour objet de supprimer l'article 29 *quinquies*, qui vise à lutter contre « l'effet structure » dont bénéficient les médicaments les plus récents et les plus chers même quand ils ne présentent pas d'avantage thérapeutique par rapport à ceux qui sont déjà présents sur le marché.

Je ne répéterai pas les arguments qui ont été déjà développés, et que je partage. L'objet de cet article est louable, mais la sanction qu'il prévoit risque d'être inapplicable. Il nous semble donc préférable de poursuivre la politique de limitation des prescriptions hors répertoire déjà mise en œuvre.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Depuis 1990, une forte augmentation de l'utilisation des génériques a été enregistrée. Il faut bien reconnaître que l'on est aujourd'hui parvenu à un palier du fait que les laboratoires font la promotion de produits similaires hors du répertoire.

**M. François Autain.** Très bien !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Nous poursuivons la démarche engagée à travers les CAPI, puisque la prescription des génériques fait partie des objectifs assignés aux médecins qui souscrivent un tel contrat.

Cette démarche volontariste me semble extrêmement intéressante. Les CAPI rencontrent certes un grand succès, puisque 12 000 ont été signés. Cependant, certains médecins se refusent à le faire, ce qui motive la mesure plus coercitive prévue par M. Bur.

Sur cette question, je m'en remets donc à la sagesse de la Haute Assemblée.

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

**M. François Autain.** Monsieur le rapporteur général, je ne me sens nullement responsable du fait que nous soyons obligés de travailler un samedi, un dimanche, et peut-être un lundi sur ce PLFSS !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Vous n'avez rien d'autre à faire !

**M. François Autain.** Ce n'est pas nous qui avons la maîtrise de l'ordre du jour, c'est le Gouvernement, et je dois reconnaître qu'il se débrouille extrêmement mal. Peut-être faudrait-il changer de gouvernement pour parvenir à un ordre du jour mieux maîtrisé ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Ou changer l'opposition !

**M. François Autain.** En tout cas, actuellement, nous travaillons dans des conditions scandaleuses.

Quoi qu'il en soit, cela ne doit pas nous empêcher de prendre le temps de délibérer et de nous exprimer – dans la mesure, bien entendu, où le règlement nous le permet. Je vais donc mettre à profit les quatre minutes et quarante-cinq secondes du temps de parole qu'il me reste pour vous faire part de ce que je pense de l'article 29 *quinquies* et des amendements tendant à sa suppression.

L'article qui nous est parvenu de l'Assemblée nationale procède des meilleures intentions du monde puisqu'il s'agit de lutter contre la tendance des médecins à ne pas prescrire de génériques. Cela dit, la faute ne leur en revient pas exclusivement : ils y sont contraints, ainsi que Mme la ministre l'a enfin reconnu à l'instant, par la pression qu'exercent sur eux les laboratoires, qui les incitent à prescrire des fausses nouveautés, ne figurant évidemment pas au répertoire des génériques.

En effet, pour que le pharmacien puisse éventuellement substituer un générique au médicament prescrit par le médecin, encore faut-il que le médicament princeps soit inscrit dans ce répertoire. L'astuce utilisée par les laboratoires pour contourner la difficulté consiste à sortir sans arrêt de nouveaux médicaments. Cela a déjà été dit, la Commission de la transparence, aidée par le Comité économique des produits de santé, identifie chaque année de 250 à 300 nouveaux médicaments considérés comme de fausses innovations et qui permettent aux médecins de « s'évader » du répertoire.

C'est pourquoi je comprends que le rapporteur général et plusieurs de mes collègues proposent la suppression de l'article 29 *quinquies*. Mais encore eût-il fallu prévoir un système qui permette d'éviter la dérive des prescriptions

au profit de médicaments non substituables. Or, dans ce domaine, il faut bien le reconnaître, aucune proposition n'est avancée.

Cet article n'est manifestement pas applicable, d'autant qu'il porte atteinte à la sacro-sainte liberté de prescription du médecin. Il n'est pas question de s'attaquer à ce principe, qu'il faut toutefois relativiser : les médecins doivent respecter les référentiels, toujours plus nombreux, établis par la Haute Autorité de santé.

Il n'est pas non plus possible d'invoquer la liberté de prescription quand, dans le même temps, on attend des médecins qu'ils respectent les bonnes pratiques, en essayant de soigner le mieux possible et dans les conditions économiques les plus favorables pour la sécurité sociale.

Il y a là un véritable problème, mais nous ne le tranchons pas aujourd'hui. Toutefois, bien que je sois favorable à la suppression de cet article, j'aurais souhaité que d'autres dispositions soient proposées.

Pour ma part, j'ai présenté à plusieurs reprises des propositions, mais elles ont toujours été « retoquées » par la majorité. Pourtant, la solution est simple et elle se situe en amont de la prescription : il faut cesser de mettre sur le marché des médicaments qui ne présentent aucune amélioration du service médical rendu. Or nous faisons exactement le contraire ! Dès lors, le problème ne fait que s'aggraver.

Face à cette situation préoccupante, j'attends du Gouvernement qu'il fasse preuve d'initiative pour atteindre les objectifs visés par cet article. Hélas, je ne vois rien venir !

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

**M. Bernard Cazeau.** Je partage tout à fait l'analyse de François Autain. Je veux simplement souligner combien est inquiétant le retard que nous avons pris par rapport aux autres pays européens en matière de génériques : cela nous prive d'importantes économies, pourtant absolument nécessaires.

Mon groupe s'abstiendra donc sur ces cinq amendements de suppression.

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n<sup>os</sup> 13, 214, 371, 475 et 503.

*(Les amendements sont adoptés.)*

**M. le président.** En conséquence, l'article 29 *quinquies* est supprimé et les amendements n<sup>os</sup> 122 rectifié et 65 n'ont plus d'objet.

#### Article 29 *sexies*

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

**M. le président.** L'amendement n<sup>o</sup> 14, 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 inséré par l'Assemblée nationale prévoit que les contrats d'amélioration des pratiques individuelles, les CAPI, pourront faire l'objet d'avenants intégrant les objectifs fixés chaque année en matière de maîtrise médicalisée des dépenses.

La portée normative de cet article est limitée, car les signataires d'un contrat peuvent le modifier ou le compléter sans y être autorisés par la loi. En outre, cette disposition n'a pas véritablement sa place dans une loi de financement de la sécurité sociale.

C'est la raison pour laquelle nous proposons la suppression de cet article.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. Je rappelle que le CAPI, dont chacun a souligné ici le grand succès, n'est pas un contrat comme les autres puisque c'est un contrat type établi par le directeur général de l'UNCAM. Les médecins choisissent d'y adhérer ou non et ils ne négocient pas les engagements avec l'assurance maladie.

La décision du 9 mars 2009 assure aux médecins une certaine visibilité sur leurs engagements et leurs objectifs, dont la réalisation ouvre droit à une contrepartie financière. Ainsi, le CAPI est signé pour une durée de trois ans et ne peut être modifié que pour tenir compte de l'évolution des acquis de la science.

Pour autant, et sans remettre en cause la stabilité du CAPI, je souhaite qu'une articulation puisse être introduite entre ses objectifs et ceux de la maîtrise médicalisée, qui sont, eux, négociés entre les syndicats médicaux et l'assurance maladie et assurent la rationalisation des dépenses de cette dernière.

Toutefois, afin de respecter la visibilité des professionnels sur les contrats en cours, cette nouvelle formule ne s'appliquera pas aux 11 600 contrats déjà signés, elle s'appliquera seulement aux contrats à venir.

Pour toutes ces raisons, monsieur le rapporteur général, je vous demande de bien vouloir retirer votre amendement. À défaut, j'y serai défavorable.

**M. le président**. La parole est à M. le rapporteur général.

**M. Alain Vasselle**, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. Madame la ministre, accepter d'intégrer aux CAPI, par des avenants, des décisions prises aujourd'hui par la CNAM et demain par les directeurs des agences régionales de santé ou le secrétaire général du ministère dans le cadre d'objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses apporte de l'eau au moulin de mon collègue Alain Milon, qui voulait renvoyer la définition des contrats à la négociation conventionnelle.

Cela étant, je ne me battrais pas pour cet amendement, que je retire bien volontiers.

**M. le président**. L'amendement n° 14 est retiré.

Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 216 est présenté par MM. Houpert et Milon.

L'amendement n° 373 est présenté par M. Leclerc

Tous deux sont ainsi libellés :

Avant l'alinéa 1

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Alain Houpert, pour présenter l'amendement n° 216.

**M. Alain Houpert**. Si cet amendement est adopté, le CAPI ne sera proposé aux médecins conventionnés et aux centres de santé que si la convention ne prévoit pas d'engagements identiques en matière de prescription, de dépistage et de prévention, de continuité et de coordination des soins, de permanence de soins, de contrôle médical, d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels.

Négociés par les partenaires conventionnels, ces engagements individuels feraient ainsi partie intégrante du champ conventionnel et deviendraient un outil utile à l'accompagnement des stratégies conventionnelles. Ils feraient l'objet d'un suivi individuel et donneraient lieu à une rémunération individuelle en cas de réalisation des objectifs.

À partir du moment où la convention prévoit des contreparties financières liées au respect d'engagements individualisés, elle doit automatiquement se substituer aux contrats déjà signés.

**M. le président**. La parole est à M. Dominique Leclerc, pour présenter l'amendement n° 373.

**M. Dominique Leclerc**. Il est défendu, monsieur le président.

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

**M. Alain Vasselle**, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. Puisque Mme la ministre a souhaité maintenir les dispositions de l'article 29 *sexies*, je lui laisse le soin de donner son avis sur ces deux amendements.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. Notre discussion s'inscrit dans la continuité du débat que nous avons eu ce matin à propos de l'amendement de M. Milon, sur lequel je me suis longuement exprimée.

Il est vrai qu'un certain nombre de syndicats représentatifs – pas tous, heureusement ! – se sont violemment opposés au contrat d'amélioration des pratiques individuelles – vous le voyez, monsieur le président, je cède à vos objurgations et m'efforce d'éviter l'utilisation de l'acronyme (*Sourires*) –, allant jusqu'à engager des actions en justice.

Ce contrat ayant rencontré un très grand succès, les partenaires conventionnels essayent maintenant de le réintégrer dans leurs négociations. Il y a là un détournement auquel je ne peux pas adhérer. Il faut distinguer, d'un côté, une vie négociation conventionnelle sur ce que j'appellerai la « base » entre les syndicats représentatifs et l'assurance maladie, négociation dont les conclusions reçoivent – ou non – la « bénédiction » du Gouvernement et du ministre de la santé, et, de l'autre côté, une démarche contractuelle, dont le contenu est défini par le directeur général de l'UNCAM et à laquelle les médecins adhèrent s'ils le souhaitent.

Le CAPI constitue, en quelque sorte, un supplément d'engagement pour les médecins. Ne confondons pas les deux démarches et ne jouons pas le match retour de l'échec enregistré par un certain nombre de partenaires conventionnels, qui veulent détourner le CAPI à leur profit.



**M. le président.** La parole est à M. Alain Milon, pour explication de vote.

**M. Alain Milon.** Aux termes de l'article 29 *sexies*, le contrat peut faire l'objet d'avenants destinés à y intégrer des objectifs fixés chaque année en matière de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie. Le contrat étant signé entre une organisation, la CPAM, et un médecin, les avenants ne sont proposés que par la CPAM. Le médecin se retrouve donc seul face à un organisme important. C'est la raison pour laquelle j'ai estimé nécessaire de prévoir une protection supplémentaire du médecin.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Monsieur Milon, si j'ai émis un avis défavorable sur l'amendement qui tendait à fixer des objectifs de maîtrise médicalisée dans le CAPI, c'est justement parce que je souhaite que ces objectifs soient discutés dans le cadre de la vie conventionnelle.

Vous avez raison de souligner que le médecin ne doit pas être démuné. D'un point de vue éthique, il est normal que les objectifs de maîtrise médicalisée ne soient pas négociés individuellement, car ils doivent être partagés par l'ensemble des médecins.

La position du Gouvernement sur ces différents amendements est donc tout à fait cohérente et je remercie M. le rapporteur général d'avoir retiré son amendement.

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur général.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Madame la ministre, si je vous ai bien compris, vous ne voulez pas que l'on introduise la notion de maîtrise médicalisée dans les contrats individuels.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Pas pour ce qui concerne ce que j'ai appelé la « base », qui relève de la vie conventionnelle ! Les objectifs fixés en matière de maîtrise médicalisée doivent évidemment être respectés par tous.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** J'entends bien, mais vous admettez que la rédaction de l'article laisse planer une certaine ambiguïté. En fait, il faut faire la distinction entre la « base » et le reste ! Dans l'article, il est tout de même question d'avenants au contrat « destinés à y intégrer les objectifs fixés chaque année en matière de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie ». Admettez, madame la ministre, que ce n'est pas très clair et comprenez que, au regard de vos déclarations, on puisse s'interroger sur cette disposition.

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

**M. François Autain.** Pour une fois, je souscris aux observations formulées par Mme la ministre sur l'amendement de suppression présenté par M. le rapporteur général. Pourquoi se priverait-on de la possibilité de modifier chaque année un certain nombre d'objectifs contenus dans les CAPI, d'autant que ceux-ci sont conclus pour trois ans ?

En revanche, je ne suis pas d'accord avec vous, madame la ministre, quand vous prétendez qu'il n'y a pas de maîtrise médicalisée dans les CAPI. Il y en a quand même un peu puisque le champ « optimisation des prescriptions » prévoit qu'on tient compte de ces prescriptions : cette année, sont visés les inhibiteurs de la pompe à protons, les statines, les hypertenseurs, etc., mais il n'en ira pas nécessairement de même dans un an ou deux. D'où la nécessité de pouvoir revoir chaque année les objectifs fixés dans les contrats.

C'est la raison pour laquelle je suis très favorable à l'article 29 *sexies*, et je ne comprends pas que M. le rapporteur général ait voulu le supprimer.

Vous le voyez, je penche tantôt du côté du rapporteur général, tantôt du côté de Mme la ministre ! Je ne veux pas faire de jaloux ! (*Sourires.*)

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n<sup>os</sup> 216 et 373.

(*Les amendements ne sont pas adoptés.*)

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

L'amendement n<sup>o</sup> 217 est présenté par MM. Houpert et Milon.

L'amendement n<sup>o</sup> 374 est présenté par M. Leclerc.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

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

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

La parole est à M. Alain Houpert, pour présenter l'amendement n<sup>o</sup> 217.

**M. Alain Houpert.** Je vous renvoie, mes chers collègues, à la défense de l'amendement n<sup>o</sup> 216.

**M. Dominique Leclerc.** L'amendement n<sup>o</sup> 374 est défendu, monsieur le président !

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

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

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

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

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n<sup>os</sup> 217 et 374.

(*Les amendements ne sont pas adoptés.*)

#### Article additionnel après l'article 29 *sexies*

**M. le président.** L'amendement n<sup>o</sup> 298, 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 29 *sexies*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à M. Guy Fischer.

**M. Guy Fischer.** Cet amendement vise à réintroduire une disposition de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite HPST, disposition qui a été censurée par le Conseil constitutionnel au motif que l'expérimentation qu'elle prévoyait n'était pas limitée dans le temps.

Il s'agissait en effet de permettre aux assurés ou ayants droit âgés de seize à vingt-cinq ans de bénéficier chaque année d'une consultation de prévention, réalisée par un médecin généraliste, pour laquelle ils seraient dispensés de l'avance des frais. Tout le monde s'accordera pour dire que cette disposition constituait une avancée, qu'elle présentait un grand intérêt tant pour les assurés sociaux, qui pouvaient bénéficier d'un véritable accès à la prévention, que pour la sécurité sociale, une maladie dépistée précocement coûtant souvent moins cher qu'un traitement délivré une fois qu'elle est installée.

Pour rendre cette mesure pleinement effective, nous entendons satisfaire aux exigences du Conseil constitutionnel en précisant que cette expérimentation sera limitée dans le temps.

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

**M. Alain Vasselle**, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Nous avons effectivement tenté d'introduire une telle disposition dans la loi HPST, mais le Conseil constitutionnel s'y était finalement opposé.

La commission des affaires sociales estime qu'il s'agissait d'une initiative heureuse. En effet, bien que des progrès considérables aient été réalisés dans ce domaine, notre pays souffre encore d'une politique de prévention insuffisamment dynamique. Cette expérimentation, qui cible le public jeune, mérite d'être tentée. C'est la raison pour laquelle la commission est favorable à cet amendement.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, ministre. Cet amendement reprend une démarche du Gouvernement qui avait été censurée par le Conseil constitutionnel faute de prévoir une date limite.

En conséquence, le Gouvernement émet un avis favorable.

Tout arrive, monsieur Fischer, y compris un avis favorable du Gouvernement sur l'un de vos amendements... Champagne ! (*Rires.*)

**M. François Autain.** Nous n'aurons pas perdu notre week-end ! (*Sourires.*)

**M. le président.** Madame la ministre, vous ne demandez tout de même pas une suspension de séance pour célébrer cet accord ?... (*Nouveaux sourires.*)

Je mets aux voix l'amendement n° 298.

(*L'amendement est adopté.*)

**M. le président.** En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 29 *sexies*.

Je constate que cet amendement a été adopté à l'unanimité des présents et je ne doute pas que M. Autain offrira le champagne à la suspension ! (*Nouveaux sourires.*)

### Article 30

- ① I. – Le 6° du II de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « ou lorsque le médecin n'atteint pas l'objectif de réduction des prescriptions ou réalisations prévu au II du même article ».
- ② II. – L'article L. 162-1-15 du même code est ainsi modifié :
- ③ 1° Au début du premier alinéa, est insérée la mention :

« I. – » ;

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

**M. le président.** La parole est à M. Bernard Cazeau, sur l'article.

**M. Bernard Cazeau.** Le I de l'article 30 permet de durcir encore la procédure de mise sous accord préalable. En clair, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie pourra imposer au professionnel de santé de réduire ses prescriptions d'arrêts de travail ou de transports pendant une période correspondant à la réalisation d'un chiffre équivalent à celui réalisé par ses collègues régionaux sur le reste de l'année où la « déviance de prescription » est constatée. En cas de non-coopération ou d'échec, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie pourra prononcer à l'encontre du médecin une pénalité égale à deux mois de salaires !

Sans me faire le héraut de l'indépendance médicale, j'aimerais quand même vous inviter à réfléchir aux effets pervers que pourrait avoir cet article tel qu'il est rédigé. Je pense notamment à la sélection de la clientèle et à la discrimination des malades les plus « polymédicamentés ».

En théorie, les praticiens sont tenus de ne pas choisir leurs patients. Certains le font malheureusement pour des raisons financières. Il ne faudrait pas que, demain, d'autres esquivent certains malades au prétexte que ces derniers pourraient leur faire dépasser leur quota de prescriptions autorisées par l'article 30.

Un peu de bon sens ! Ne réitérons pas la pensée sanitaire du début des années soixante-dix. Il faut se sortir de la tête cette représentation technocratique qui tend à présenter chaque médecin comme une source de dépenses. (*M. Paul Blanc marque son approbation.*)

Dans sa rédaction actuelle, la suspicion de mauvaise pratique est focalisée sur une véritable obsession : « tel médecin prescrit beaucoup trop d'actes »... Cet article induira une forme d'autocensure chez certains médecins qui, ne voulant pas être soupçonnés injustement, comptent actes et nuitées en fonction, non de l'état médical ou social des patients, mais de contraintes procédurales ou comptables.

Nous vous appelons à ne pas renouveler le raisonnement « numero-clausien », qui a fait tant de ravages en matière d'organisation des soins voilà quelques années.

**M. Paul Blanc.** Très bien !

**M. le président.** Je suis saisi de quatre amendements identiques.

L'amendement n° 120 rectifié est présenté par MM. Barbier et Charasse et Mme Escoffier.

L'amendement n° 219 est présenté par M. Houpert.

L'amendement n° 376 est présenté par M. Leclerc.

L'amendement n° 479 est présenté par M. Milon et Mmes Sittler et Panis.

Ces quatre amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Gilbert Barbier, pour présenter l'amendement n° 120 rectifié.

**M. Gilbert Barbier.** M. Cazeau, qui n'a pas déposé d'amendement sur cet article, nous rejoindra certainement pour en demander la suppression.

Vouloir augmenter le contrôle est une bonne chose, mais la manière dont est rédigé cet article fait craindre des dérives considérables. En effet, pour donner au médecin un objectif en matière de prescriptions, on se fonde sur des statistiques régionales. Il en résultera que le médecin accusé de trop prescrire des transports ou des médicaments renoncera à traiter les patients dont la situation sociale nécessite de lourdes prescriptions, notamment des arrêts de travail.

Nous allons pénaliser des médecins qui exercent souvent dans des conditions difficiles, particulièrement dans les banlieues.

**M. François Autain.** Cela n'a rien à voir !

**M. Gilbert Barbier.** Bien sûr que si ! Ces médecins sont souvent surprescripteurs, en raison des pathologies de leurs patients.

Comme l'a souligné M. Cazeau, cette procédure devrait être menée d'une manière beaucoup plus fine. Je pense qu'il faut lutter contre l'exagération en matière de prescriptions médicales, mais la méthode utilisée me semble contraire à notre objectif.

À l'instar de nombreux collègues, je souhaite donc que nous supprimions cet article.

**M. Paul Blanc.** Très bien !

**M. le président.** La parole est à M. Alain Houpert, pour présenter l'amendement n° 219.

**M. Alain Houpert.** Je partage la préoccupation de M. Barbier. Cette disposition permet en effet au directeur de l'organisme local, en lien avec l'échelon médical, de proposer au médecin d'atteindre un objectif de réduction des prescriptions en cause dans un délai maximum de six mois. Le défaut de réalisation de l'objectif est sanctionné.

Sous couvert de simplification, cet article est en fait plus coercitif encore que les dispositions existantes, en laissant tout pouvoir au directeur pour fixer aux médecins des objectifs statistiques inatteignables, et donc rendre la sanction financière inéluctable, ce que nous ne souhaitons pas.

**M. le président.** La parole est à M. Dominique Leclerc, pour présenter l'amendement n° 376.

**M. Dominique Leclerc.** Il est défendu, monsieur le président.

**M. Alain Milon.** L'amendement n° 479 également, monsieur le président !

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** J'entends bien la préoccupation de nos collègues : ils se font l'écho des professionnels de santé, qui ont le sentiment que ce dispositif va être plus coercitif que celui qui s'applique actuellement.

Actuellement, les médecins dont on constate qu'ils prescrivent de manière excessive, au-delà d'une moyenne régionale, sont mis sous entente préalable. Ce dispositif est déjà assez contraignant pour les professionnels.

Aujourd'hui, on propose un dispositif beaucoup plus souple, avec des critères affinés, de manière qu'un dialogue s'instaure entre le médecin et la caisse primaire d'assurance maladie. Cela me paraît aller plutôt dans le sens que vous souhaitez, mes chers collègues ! (*Mme la ministre, marque son approbation.*)

Je peine donc à comprendre l'objection des professionnels de santé qui, par l'intermédiaire de leurs syndicats, vous ont « vendu » cet amendement. (*Mme Marie-Thérèse Hermange proteste.*)

**M. Gilbert Barbier.** Le terme « vendu » n'est pas acceptable !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Vous avez raison, mon cher collègue ; je le retire. Il est vrai que personne dans cette assemblée ne dépose d'amendements soufflés par des lobbies... En tant que rapporteur général de la commission des affaires sociales, je suis bien placé pour savoir que les syndicats ne cherchent jamais à influencer les parlementaires...

Cela étant dit, le système proposé me semble beaucoup plus responsable et beaucoup moins coercitif que le dispositif existant. Il instaure une coresponsabilité de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Premièrement, le médecin peut refuser l'objectif proposé et décider de poursuivre la procédure telle que nous la connaissons actuellement. S'il décide de ne rien changer, il a toutes les manettes en main ! C'est d'ailleurs plus le manque que l'excès de contraintes qui pourrait nous être reproché. Il s'agit en effet d'une procédure librement consentie, assortie d'un objectif de réduction partagé entre l'assurance maladie et le praticien concerné.

Deuxièmement, la fixation de l'objectif est encadrée, la convention étant cosignée avec le médecin-conseil chef de service. Il ne s'agit pas de présenter des objectifs de prescriptions irréalistes : ils ne pourront d'ailleurs pas être inférieurs à la moyenne régionale constatée pour les praticiens ayant une activité comparable, ce qui constitue vraiment une limite basse, et c'est là une garantie importante.

Ces deux contraintes imposent de prendre en compte des éléments d'ordre médical et constituent autant de garde-fous contre la fixation, par le directeur, d'objectifs inatteignables. Tout au plus ce dernier pourra-t-il proposer au médecin concerné d'adopter une pratique similaire à celle de ses confrères ayant une activité comparable. Si le médecin ne veut pas s'y plier, il aura toute liberté de refuser.

Troisièmement, s'agissant du caractère coercitif de la procédure, comme l'a dit fort justement M. le rapporteur général, celle-ci présente des avantages importants pour le praticien, qui poursuivra son activité normalement sans être soumis à un contrôle continu du service médical, avec les lourdeurs que cela peut engendrer, pour lui comme pour ses patients.

Bien sûr, une pénalité limitée pourra être prononcée si l'objectif n'est pas atteint, mais c'est un corollaire indispensable afin d'éviter tout effet d'aubaine. Toutefois, cette pénalité sera vraisemblablement exceptionnelle, car on imagine mal un praticien entrer volontairement dans un dispositif et ne pas se donner les moyens de parvenir à ses fins.

Enfin, je le répète, le professionnel qui estimera cette procédure trop coercitive pourra librement la refuser. C'est donc pour lui un gain.

Voilà pourquoi, compte tenu de ces toutes ces précisions sur le caractère facultatif et volontariste du dispositif, qui se substitue, si le praticien le souhaite, à des démarches coercitives, le Gouvernement émet un avis défavorable sur ces quatre amendements identiques. Cette disposition que plusieurs d'entre vous souhaitent supprimer représente en fait un vrai gain de liberté.

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n<sup>os</sup> 120 rectifié, 219, 376 et 479.

*(Après une épreuve à main levée déclarée douteuse par le bureau, le Sénat, par assis et levé, n'adopte pas les amendements.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 30.

*(L'article 30 est adopté.)*

#### Articles additionnels après l'article 30

**M. le président.** L'amendement n<sup>o</sup> 432, présenté par Mme Escoffier et MM. Charasse et Milhau, est ainsi libellé :

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

I. – Après le premier alinéa de l'article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les travailleurs indépendants visés à l'alinéa précédent, ainsi que les associés uniques personnes physiques non salariés de sociétés à responsabilité limitée visées à l'article L. 223-1 du code de commerce, lorsqu'ils exercent une activité salariée dont la durée hebdomadaire est au moins égale à 17,5 heures, peuvent, sur simple demande, être exonérés des cotisations perçues au titre des assurances maladie par les organismes visés à l'article L. 611-8. »

II. – La perte de recettes résultant pour l'État du I ci-dessus est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Cet amendement n'est pas soutenu.

L'amendement n<sup>o</sup> 512, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

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

I. – Le 14<sup>o</sup> de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« 14<sup>o</sup> Le montant de la contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie au développement professionnel continu ; ».

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

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

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

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a simplifié le dispositif de formation professionnelle continue des professionnels de santé.

Les fonds publics destinés au financement de ce qu'on appelle désormais le DPC, c'est-à-dire, monsieur le président (*Sourires.*), le développement professionnel continu,...

**M. François Autain.** Oui, le nom a changé !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** ... sont regroupés dans un fonds unique dont a la charge un organisme gestionnaire *ad hoc*, en lieu et place des organismes de gestion conventionnels.

L'article 59 de la loi HPST a cependant prévu que les contributions de l'assurance maladie au titre de chaque profession exerçant en libéral étaient fixées par les conventions ou avenants à ces conventions. Cela signifie que, si la vie conventionnelle est bloquée pour une raison ou une autre, les financements de l'assurance maladie au profit du développement professionnel continu seront bloqués.

Par cet amendement, je propose que les partenaires conventionnels conservent la compétence de l'évaluation des besoins de formation, mais que ce soit le collège des directeurs de l'UNCAM qui arrête le montant annuel des contributions de l'assurance maladie.

Ce dispositif parachève donc celui qui a été mis en place par la loi HPST. Ainsi, le financement du développement professionnel continu et l'indemnisation des professionnels de santé libéraux seront garantis en cas de blocage.

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

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

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

**M. François Autain.** On ne peut être que favorable à cet amendement !

Le développement professionnel continu, nouvelle désignation de la formation professionnelle continue, a été rendu obligatoire voilà douze ans, en 1997. Or, à ce jour, en raison des multiples modifications législatives qui sont intervenues depuis lors, cette disposition n'est toujours pas entrée en vigueur.

En outre, se pose le problème du financement de cette formation professionnelle continue. Un fonds a été créé à cet effet. Or, madame la ministre, vous n'ignorez pas que celui-ci est abondé à hauteur de 98 % par l'industrie pharmaceutique. De fait, on est bien obligé de s'interroger sur l'indépendance de la formation qui est dispensée aux médecins à l'égard de cette industrie, dont le métier, chacun le sait, est de fabriquer et de commercialiser des médicaments. Dans la mesure où les médecins sont prescripteurs, on ne peut que s'interroger sur l'éventuelle existence de liens d'intérêt préjudiciables à la qualité de la formation dispensée.

Autant je pense que la création de ce fonds a été un progrès, autant je considère qu'il faudra malheureusement revoir son financement, en prévoyant notamment une participation de la sécurité sociale. Nous renouerions d'ailleurs ainsi avec une pratique qui avait cours dans le passé. Il conviendrait néanmoins revoir cette participation à la hausse, étant entendu que cela ne suffira pas à financer entièrement la formation professionnelle.

La question est de savoir si l'État et les médecins veulent s'impliquer dans le financement de cette dernière, afin de rendre la contribution de l'industrie pharmaceutique aussi faible que possible. D'ailleurs, l'inspection générale des affaires sociales avait rédigé un rapport dans lequel elle exprimait très clairement le vœu que ce mélange des genres prenne fin. C'est à cette occasion qu'elle avait proposé la création de ce fonds.

Idéalement, il faudrait trouver d'autres sources de financement que celles que procure l'industrie pharmaceutique, qui n'a rien d'une entreprise philanthropique.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Justement !

**M. François Autain.** Si celle-ci finance la formation médicale continue, c'est bien parce qu'elle y trouve son intérêt en matière de prescriptions médicales. Or, si les médecins prescrivent moins, l'assurance maladie ne s'en portera que mieux. C'est pourquoi nous devons nous efforcer d'atteindre ces objectifs, tout en préservant la qualité des soins dispensés.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 512.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 30.

Je constate que l'amendement n° 512 a été adopté à l'unanimité des présents.

Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 215 est présenté par MM. Houpert et Milon.

L'amendement n° 372 est présenté par M. Leclerc.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

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

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

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

La parole est à M. Alain Houpert, pour présenter l'amendement n° 215.

**M. Alain Houpert.** Il s'agit d'un amendement de précision, pour lequel valent les arguments que j'ai développés en présentant les amendements n°s 216 et 217.

**M. Dominique Leclerc.** L'amendement n° 372 est défendu, monsieur le président !

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Le Gouvernement et la commission se sont déjà largement exprimés sur l'articulation entre les CAPI et les négociations conventionnelles. Aussi, je demanderai à nos collègues de bien vouloir retirer ces amendements ; à défaut, la commission émettra un avis défavorable.

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

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

**M. Alain Houpert.** Je retire l'amendement n° 215, monsieur le président.

**M. Dominique Leclerc.** Je retire également l'amendement n° 372, monsieur le président.

**M. le président.** Les amendements n°s 215 et 372 sont retirés.

L'amendement n° 15, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

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

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

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

La parole est à M. le rapporteur général.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Monsieur le président, si vous n'y voyez pas d'inconvénient, je défendrai simultanément les amendements n°s 15 et 16, qui concernent tous deux le secteur optionnel.

**M. le président.** J'appelle donc dès à présent en discussion l'amendement n° 16, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, et ainsi libellé :

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

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

« Seuls peuvent être appelés à assurer une ou plusieurs des missions de service public mentionnées à l'article L. 6112-1 les établissements privés dans lesquels plus de

la moitié des médecins pouvant exercer dans le secteur d'activité visé au dernier alinéa de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale exercent dans ce secteur ou dans le secteur à tarifs opposables. »

Veillez poursuivre, monsieur le rapporteur général.

**M. Alain Vasselle**, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. Mes chers collègues, je ne retracerai pas l'histoire de ce secteur optionnel, dont il a déjà été beaucoup question au cours de la discussion générale.

Le 15 octobre dernier, l'assurance maladie et certains syndicats de médecins ont signé avec l'UNOCAM, l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaires, un protocole d'accord sur la mise en place du secteur optionnel, à la suite d'un amendement adopté à l'initiative du député Yves Bur lors de la réunion de la commission mixte paritaire sur la loi HPST et qui faisait lui-même écho à une déclaration du Président de la République.

Le présent amendement tend donc à prévoir la mise en œuvre de ce secteur optionnel par la convention médicale ou, à défaut, par le règlement arbitral. Ce secteur optionnel peut être tout à fait vertueux pour limiter les dépassements d'honoraires et il est donc important qu'il entre en vigueur le plus rapidement possible.

L'objectif est d'inciter la majorité, voire, idéalement, la totalité des médecins actuellement en secteur 2, c'est-à-dire ceux qui pratiquent des dépassements d'honoraires, à rejoindre ce secteur optionnel.

Dans le même temps, les médecins du secteur 1 se demandent pourquoi ils ne pourraient pas rejoindre, eux aussi, le secteur optionnel. Or la migration des médecins du secteur 1 vers le secteur optionnel aurait un effet inflationniste sur les dépenses de santé, ce qui n'est évidemment pas souhaitable.

Aussi, il est impératif que ce qui résultera des négociations conventionnelles soit aussi précis que possible sur ce point. J'ai cru comprendre que l'UNOCAM adhérerait à cette position, du moins si j'en crois un courrier électronique qu'elle m'a adressé dès qu'elle a eu connaissance des amendements de la commission. Cela étant, la cohérence n'est pas toujours parfaite entre ce que ses responsables disent et ce qu'ils font...

J'ajoute que le développement du secteur optionnel devrait aider le Gouvernement dans ses efforts pour faire converger les tarifs des hôpitaux publics et privés. C'est pourquoi l'amendement n° 16 vise à inciter les médecins relevant du secteur 2 à rejoindre le nouveau secteur optionnel en prévoyant que seuls les établissements privés dont la majorité des médecins exerce en secteur 1 ou en secteur optionnel pourront exercer des missions de service public, en application de la loi HPST.

Les responsables des établissements privés m'ont objecté que, si une majorité de leurs médecins ne voulait pas rejoindre le secteur optionnel, je privais les établissements en question de la possibilité d'exercer des missions de service public.

Quant à Mme la ministre, elle a invoqué le fait que la formation des jeunes médecins faisait partie des missions de service public et qu'il serait fort inopportun d'empêcher ainsi certains établissements privés d'assurer cette formation. Il conviendra évidemment, dans le cadre des négociations conventionnelles, de trouver une voie qui permette que cette

activité indispensable puisse continuer à se dérouler dans les établissements qui ne rempliraient pas les conditions fixées dans l'amendement n° 16.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. J'ai déjà eu l'occasion de m'exprimer sur ces sujets, en particulier sur celui qui est abordé par l'amendement n° 15, lors de la discussion générale.

L'UNCAM, l'UNOCAM et deux syndicats représentatifs de médecins ont signé, le 15 octobre dernier, non pas un avenant à la convention, mais un protocole d'accord définissant les modalités de mise en place du secteur optionnel. Bien qu'il laisse encore beaucoup de questions en suspens, ce protocole constitue une amorce positive et une base de discussion.

La mise en place effective de ce nouveau secteur d'exercice nécessite la signature et l'approbation d'un texte conventionnel. Beaucoup de points restent à régler puisque l'objectif est de provoquer une migration significative des praticiens du secteur 2 vers le secteur optionnel.

Comme l'a dit excellemment M. le rapporteur général, il ne s'agit pas de vider le secteur 1 au profit du secteur optionnel. Car le but n'est pas d'assurer une meilleure rémunération des médecins, il est de permettre à nos concitoyens de bénéficier d'un réel accès aux soins à des tarifs opposables. Là est le cœur du débat.

Sur un sujet aussi sensible, je souhaite que nous laissions les partenaires conventionnels discuter sans leur mettre le couteau sous la gorge. Les placer sous une menace juridique ne serait pas de bonne politique. Leur imposer une obligation de résultat sur le secteur optionnel dans la convention pourrait perturber l'équilibre de la négociation et produire des effets contraires : en particulier, cela fragiliserait les chances d'aboutir en cette période rendue difficile par la perspective des élections des représentants des partenaires conventionnels, qui se dérouleront en février 2010 et à la suite desquelles les résultats ainsi obtenus pourraient être remis en cause.

La rédaction actuelle de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale n'empêche pas la définition ni la mise en œuvre par voie conventionnelle du secteur optionnel, qui peut aussi, en application du code de la sécurité sociale, être défini par règlement arbitral. Il n'y a donc, malgré le calendrier de la vie conventionnelle, aucune raison de précipiter les choses. Dans ces conditions, je vous serais donc reconnaissante, monsieur le rapporteur général, de retirer l'amendement n° 15. À défaut, j'y serai défavorable.

Je suis également défavorable à l'amendement n° 16, qui tend à réserver l'exercice des missions de service public aux établissements de santé privée dont la majorité des médecins exercent en secteur 1 ou en secteur optionnel.

Je rappelle que la loi HPST exige l'absence de dépassement d'honoraires pour les activités correspondant à des missions de service public dans les établissements de santé. Les missions de service public qui donnent lieu à facturation ne peuvent donc être réalisées qu'à tarifs opposables. La loi est sans ambiguïté sur ce point.

Le secteur optionnel n'étant pas encore défini, il est prématuré de prévoir dans le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale une disposition qui anticipe sa création.

Par ailleurs, certaines missions de service public ne font pas l'objet de tarification au sens strict et ne donnent donc pas lieu à dépassements d'honoraires. Je pense, entre autres, aux missions de recherche, d'enseignement et de formation initiale des professionnels de santé. Il serait peu productif, pour ne pas dire contre-productif, de subordonner l'exercice de ces missions à un seuil de médecins pratiquant en secteur 1 ou en secteur optionnel.

J'ajoute qu'en matière de formation de médecins, compte tenu des difficultés que l'on constate pour trouver des terrains de stage, il convient de pouvoir s'adresser au plus grand nombre possible d'établissements de santé, même s'ils ne correspondent pas aux critères que vous avez fixés.

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur général.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Madame la ministre, vous aurez compris que ces amendements constituent en fait un appel fort en direction du Gouvernement afin que nous avancions sur ce dossier.

M. Xavier Bertrand, lorsqu'il occupait vos fonctions,...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** C'est bien loin !

**M. François Autain.** Cela fait quatre ans !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** ... parlait déjà du secteur optionnel. Or, depuis, il ne s'est rien passé. Il aura fallu attendre une déclaration du Président de la République pour que la situation évolue un peu.

Je tiens également à rappeler – et ce faisant, j'espère ne pas être cruel – que j'avais défendu des amendements analogues lors de la discussion du projet de loi HPST. Le rapporteur, M. Alain Milon, en avait demandé le retrait. Vous aviez fait de même en avançant des arguments identiques à ceux que vous développez aujourd'hui.

C'est finalement un amendement d'Yves Bur qui a fixé une date limite, ce qui a amené l'ensemble des syndicats de médecins et l'UNOCAM à signer un protocole.

Comme on peut le constater, lorsque la volonté politique s'exprime, et pour peu qu'on leur mette l'épée dans les reins, les acteurs conventionnels acceptent de se mettre autour de la table pour négocier et, en l'occurrence, établir les bases de ce pourraient être les futurs accords conventionnels.

Ma grande crainte est qu'on ne laisse encore traîner les choses. En tout état de cause, il est illusoire de penser qu'il y aura du nouveau avant les élections de février prochain, le mandat de l'actuelle représentation des acteurs conventionnels arrivant à échéance le 11 février. Cela provoquera le report des discussions d'au moins une année, voire plus.

On ne peut présager du résultat des élections, mais je crains que la question du secteur optionnel ne soit abordée qu'au bout du bout des nouvelles négociations conventionnelles. On discutera de bien d'autres sujets avant de s'y intéresser ! Autrement dit, si l'on ne pousse pas les feux, ce dossier risque fort de traîner.

Je souhaite donc qu'au moins l'amendement n° 15 soit adopté afin que l'on puisse évoquer ce sujet en CMP avec nos collègues de l'Assemblée nationale. Il importe en effet d'affirmer notre volonté d'avancer. Nous sommes suffisamment nombreux à dénoncer le poids toujours plus important des dépassements d'honoraires dont pâtissent nos concitoyens pour ne pas essayer de trouver une porte de sortie.

**M. François Autain.** C'est sûr !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** L'amendement n° 16, j'en conviens, madame la ministre, présente, dans l'état actuel de la législation, plus d'inconvénients que d'avantages. Il relève plus de l'affichage que du concret et son application soulèverait quelques difficultés.

La commission ne s'est pas réunie pour décider du sort de cet amendement, mais je me crois autorisé à le retirer.

**M. le président.** L'amendement n° 16 est retiré.

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je tiens tout d'abord à remercier M. Alain Vasselle d'avoir entendu mes arguments et retiré l'amendement n° 16.

En ce qui concerne le protocole du 15 octobre dernier, je constate que les garanties que vous souhaitez, monsieur le rapporteur général, n'ont pas été réunies puisque la plateforme exige des travaux complémentaires extrêmement importants.

Si les engagements de l'assurance maladie sont d'une grande clarté, force est de reconnaître que ceux des professionnels de santé sont beaucoup plus flous.

Je comprends bien le sens de votre propos, monsieur le rapporteur général. Vous souhaitez, avant le terme de l'actuelle convention, forcer un peu le pas et obliger les partenaires conventionnels à achever un travail qui est juste entamé.

J'ai envie de vous retourner cette argumentation. Si nous procédons ainsi, nous nous exposons à un double risque.

En premier lieu, nous risquons d'aboutir à un accord qui ne serait pas satisfaisant pour le Gouvernement parce qu'il n'apporterait pas la principale garantie que nous voulons, c'est-à-dire, je le répète, assurer un meilleur accès aux soins pour nos concitoyens. Encore une fois, notre objectif n'est pas d'apporter une rémunération supplémentaire aux médecins.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Nous sommes d'accord !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Mais il semble que certains partenaires ne s'inscrivent pas dans cette logique.

En forçant le pas, je crains que nous n'aboutissions à un règlement conventionnel qui ne concrétiserait pas cette garantie, en d'autres termes, à un engagement conventionnel *a minima*.

En second lieu, un accord conventionnel obtenu à marche forcée pourrait être immédiatement dénoncé par les partenaires conventionnels issus des prochaines élections.

Cela reviendrait à collectionner les désavantages : aboutir à un mauvais accord que nous pourrions être obligés de dénoncer et qui, si nous ne le faisons pas, risquerait de l'être par les partenaires conventionnels nouvellement élus.

Monsieur le rapporteur, je souhaite vraiment que vous prêtiez attention aux risques de la démarche que vous proposez.

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

**M. François Autain.** Nous ne sommes pas favorables à l'amendement n° 15. Le voter reviendrait en effet à accepter la création d'un secteur optionnel alors que nous y sommes opposés.

La création d'un secteur optionnel banaliserait les dépassements d'honoraires, dont le coût serait alors, à concurrence de 50 %, assumé par les complémentaires, ce qui ne manquerait pas, à l'évidence, de se traduire par une augmentation des primes, dont de très nombreux assurés ne pourraient pas supporter la charge.

Ainsi, une nouvelle catégorie de personnes, dans l'incapacité financière de souscrire un contrat couvrant les dépassements d'honoraires, viendrait s'ajouter aux bénéficiaires de la CMUC et aux personnes qui, disposant de revenus légèrement supérieurs, sont éligibles à l'aide pour une complémentaire santé, l'ACS.

Nous proposons une solution différente. Nous considérons que l'assurance maladie doit augmenter les taux de remboursement des tarifs opposables de manière à rendre les dépassements d'honoraires inutiles.

Nous considérons donc que l'assurance médicale obligatoire doit prendre en charge les dépassements d'honoraires, alors que l'on propose des solutions qui transfèrent cette charge aux assurances privées, ce qui va, hélas ! dans le sens d'une privatisation de notre système de santé. On va ainsi laisser sur le bord de la route un nombre croissant de personnes.

Comme l'a souligné M. le rapporteur, et la déclaration de Mme la ministre n'est pas de nature à infirmer notre analyse, le secteur optionnel ne semble pas pouvoir s'appliquer de sitôt. Dans le même temps, Mme la ministre a montré, de manière implicite, que le système conventionnel ne fonctionnait plus. Il va donc falloir mettre en place une autre forme de relations entre les médecins et l'assurance maladie.

Le drame, c'est que, pendant ce temps, les dépassements d'honoraires continuent de prospérer et que le Gouvernement ne prend aucune mesure susceptible d'y remédier.

Voilà maintenant quatre ans que l'on nous promène de promesse en promesse, et cela risque de durer encore pendant de longues années. Si tel doit être le cas, ce sera insupportable, car ce sont les foyers les moins aisés qui en feront les frais.

Pour toutes ces raisons, nous ne pouvons pas voter l'amendement n° 15.

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

**M. Bernard Cazeau.** Moi, je m'interroge : pourquoi débattre d'une question qui, en fait, ressortit de la prospective ? En effet, le secteur optionnel relève du domaine conventionnel et, à ce jour, aucun accord n'a encore été signé, aucun débat préalable n'a eu lieu au sein de notre assemblée ?

Cela étant dit, je comprends que l'on puisse avoir un avis radical, comme M. Autain. Si vous êtes prêts à augmenter les honoraires des chirurgiens, des anesthésistes et des obstétriciens dans les proportions qu'ils souhaitent, en suivant l'évolution du coût de la vie, il n'est plus besoin de rechercher un autre système : l'affaire est réglée !

Nous nous trouvons face à un système qui concerne uniquement trois spécialités, pour lesquelles nos concitoyens ont affaire à des dépassements d'honoraires, pris en charge ou non par les mutuelles, en fonction des conditions d'exercice de l'activité. Peut-être faudrait-il donc résoudre le problème ponctuellement pour ces trois spécialités, en attendant, madame la ministre, de trouver une solution globale.

Sur ce point, je rejoins M. Autain, car nous risquons de mettre le doigt dans l'engrenage et de voir ensuite le système s'appliquer à d'autres spécialités, puis aux médecins généralistes, et ainsi de suite. Ce serait une manière indirecte d'augmenter les honoraires et de faire retomber cette augmentation sur les complémentaires.

Le problème est clair : l'accord vise-t-il uniquement les trois spécialités, afin de trouver rapidement une solution pour les assurés sociaux, ou met-on malheureusement le doigt dans un engrenage tel que les praticiens du secteur 2 ne seraient pas les seuls à passer dans le secteur optionnel, puisque le passage peut aussi s'effectuer dans l'autre sens ? Ce serait alors très grave parce que, comme le souhaite d'ailleurs une partie des médecins français, la liberté tarifaire s'appliquerait. Or la liberté tarifaire, vous le savez bien, c'est la fin de la sécurité sociale !

**M. François Autain.** Bien sûr !

**M. Bernard Cazeau.** Je mène aujourd'hui cette réflexion à voix haute. J'espère que M. Vasselle retirera son amendement parce qu'il serait bien imprudent de voter de telles dispositions. Il ne faut pas s'engager dans la liberté tarifaire si l'on veut éviter l'éclatement de la sécurité sociale. Ce sujet devra être réexaminé de manière beaucoup plus approfondie.

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

**M. Gilbert Barbier.** Le secteur optionnel n'a pas abouti depuis quatre ans, mais, si les choses se sont débloquentes récemment, nous le devons essentiellement à l'action de notre excellent rapporteur de la loi HPST, qui a fait adopter un amendement visant à organiser la représentativité des médecins en trois collèges.

Chacun le sait, les négociations sur le secteur optionnel piétinaient en raison de la séparation entre ce que l'on appelle les médecins de plateaux – chirurgiens, obstétriciens et anesthésistes – et les autres spécialistes, qui exigeaient jusqu'à présent de pouvoir accéder au secteur optionnel de la même façon que les premiers.

Depuis, les choses ont évolué. M. Bur a voulu imposer des délais à la négociation en fixant cette date du 15 octobre, qui, à mon avis, était tout de même irréaliste. On sait très bien que le protocole du 15 octobre, qui n'est pas un avenant à la convention, comme cela a été souligné, a été accepté du bout des lèvres par deux syndicats sur quatre, et qu'il sera intégré à la nouvelle convention.

Vu que cette convention arrive à échéance, si je ne me trompe, au début du mois de février, il faut laisser le processus conventionnel se dérouler à son rythme. J'ai d'ailleurs proposé de proroger la convention actuelle puisque, le 11 février, les élections n'auront pas encore eu lieu. Après les élections, la nouvelle représentation du corps médical risque de remettre en cause une convention qui aura été bâclée.



Je crois qu'il faut « laisser du temps au temps », selon une formule désormais célèbre, et permettre à la procédure conventionnelle de suivre son cours. On fera un bilan ultérieurement.

L'amendement n° 16 a été retiré, mais je tiens à dire qu'il me paraissait quelque peu pervers parce qu'il aurait fallu préciser qu'on ne visait que 50 % des médecins de chacune des spécialités concernées. En effet, il peut très bien y avoir, dans des établissements privés, une majorité de médecins qui pratiquent dans le secteur 1, alors que les chirurgiens, les anesthésistes ou les obstétriciens se trouvent dans le secteur 2. Dans la mesure où de nombreuses spécialités existent dans ces établissements, la disposition proposée aurait été totalement artificielle et n'aurait pas manqué de susciter des conflits.

D'une manière générale, je résumerai ma position de la manière suivante : je persiste à penser qu'il conviendrait de reporter l'échéance conventionnelle de quelques mois, voire d'une année.

**M. le président.** La parole est à M. Dominique Leclerc, pour explication de vote.

**M. Dominique Leclerc.** Il n'est pas question de refaire aujourd'hui tout le débat sur les dépassements d'honoraires. Je voudrais simplement formuler une observation.

Eu égard à notre souci de préserver une médecine de qualité et à tarif opposable, donc accessible à l'ensemble de nos concitoyens sur le territoire national, régler le problème des dépassements d'honoraires par la création d'un secteur optionnel ne m'apparaît pas comme la meilleure des solutions, et j'avais eu l'occasion de le dire lors de l'examen du précédent PLFSS.

Quand j'entends toutes les inquiétudes exprimées par M. le rapporteur général et par Mme la ministre, je crains que la mise en place d'un secteur optionnel qui a été accepté sous la contrainte, il faut le reconnaître, ne soit pas très opportune. Je rejoins à cet égard les propos de notre collègue Gilbert Barbier.

**M. François Autain.** Forcément, c'est un médecin ! *(Sourires.)*

**M. Dominique Leclerc.** Faisons, nous aussi, preuve de tact et de mesure.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je voudrais parfaire mon propos explicatif sur l'amendement n° 15 de M. le rapporteur général, pour indiquer les limites du protocole du 15 octobre dernier.

Le secteur optionnel doit garantir un bon accès aux soins des assurés. Cela signifie que 30 % des activités dans ce secteur doivent être prodiguées à tarif opposable et que les dépassements d'honoraires ne doivent pas dépasser 50 % du tarif opposable. Mais il y a un corollaire : il faut évidemment que les organismes complémentaires s'engagent à en assurer la prise en charge, dans le cadre de contrats responsables.

Permettez-moi de vous donner lecture d'un passage du texte du protocole : « L'UNOCAM et ses membres s'engagent à inciter les organismes d'assurance maladie complémentaire à prendre en charge ce nouveau secteur auprès de leurs assurés et adhérents et, sans préjudice de leur liberté contractuelle, de s'assurer dans leurs offres de la prise en charge préférentielle des compléments d'honoraires maîtrisés demandés par les professionnels dans ce cadre. » Tous les mots ont un sens !

Vous conviendrez que les organismes complémentaires ne prennent aucun engagement. Je ne fais pas de procès d'intention, mais je remarque leur démarche extrêmement prudente à ce stade du débat. Le protocole du 15 octobre comporte donc des zones d'incertitude.

Je souhaitais être complète sur ce sujet, et j'exprime de nouveau mon opposition à l'amendement n° 15.

**M. le président.** Monsieur le rapporteur général, l'amendement n° 15 est-il maintenu ?

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Sur l'amendement n° 15, je crois avoir exprimé très clairement quelle était ma position, qui est celle de la commission des affaires sociales. Si j'ai accepté de retirer l'amendement n° 16, c'est parce que des arguments techniques forts plaident en faveur de ce retrait.

Je n'ai pas de mandat pour retirer l'amendement n° 15. Mais j'ai dit que les éléments qu'a apportés Mme Bachelot dans le débat méritaient que nous les prenions en considération avec les députés lors de la commission mixte paritaire. Nous serons alors amenés à trancher.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 15.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

#### Article 30 bis

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

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

**M. le président.** Je suis saisi de cinq amendements identiques.

L'amendement n° 125 rectifié est présenté par MM. Barbier et Charasse.

L'amendement n° 218 est présenté par M. Houpert.

L'amendement n° 375 est présenté par M. Leclerc.

L'amendement n° 480 est présenté par M. Milon et Mmes Sittler et Panis.

L'amendement n° 493 est présenté par Mme Payet, MM. About, A. Giraud, Vanlerenberghe et les membres du groupe Union centriste.

Ces cinq amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Gilbert Barbier, pour présenter l'amendement n° 125 rectifié.

**M. Gilbert Barbier.** Il s'agit du problème des contrats types, qui devraient être soumis au conseil de l'Ordre afin qu'il puisse agir dans sa plénitude, c'est-à-dire individuellement sur chacun des contrats. Une signature en blanc d'une série de contrats types serait problématique puisqu'elle enlèverait tout effet sur la déontologie médicale que l'Ordre est chargé de respecter.

**M. le président.** La parole est à M. Alain Houpert, pour présenter l'amendement n° 218.

**M. Alain Houpert.** Il est défendu, monsieur le président.

**M. Dominique Leclerc.** L'amendement n° 375 également !

**M. Alain Milon.** *Idem* pour l'amendement n° 480 !

**Mme Anne-Marie Payet.** Ainsi que pour l'amendement n° 493, monsieur le président !

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Nos collègues veulent supprimer des dispositions introduites par l'Assemblée nationale concernant l'Ordre des médecins.

S'agissant du contrat type d'amélioration des pratiques, il faut que nous nous en tenions à la ligne qui a été celle du Sénat depuis le début de l'examen de ce texte.

C'est pourquoi la commission émet un avis défavorable.

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

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

**M. Alain Milon.** Je retire l'amendement n° 480, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 480 est retiré.

Je mets aux voix les amendements identiques n°s 125 rectifié, 218, 375 et 493.

*(Les amendements ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** L'amendement n° 17, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 2 supprimer les mots : En revanche

La parole est à M. le rapporteur général.

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

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Favorable.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 17.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 30 *bis*, modifié.

*(L'article 30 bis est adopté.)*

#### Articles additionnels après l'article 30 bis

**M. le président.** L'amendement n° 459, présenté par MM. Milon, P. Blanc, Laménie et Houpert et Mmes Sittler et Panis, est ainsi libellé :

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

Au début de la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale, sont ajoutés les mots : « Sur le fondement d'un programme régional établi par la commission exécutive mentionnée à l'article L. 6115-2 du code de la santé publique après avis des fédérations régionales représentatives des établissements de santé publics et privés, ».

La parole est à M. Alain Milon.

**M. Alain Milon.** La procédure consistant, pour l'agence régionale de l'hospitalisation – qui va perdurer encore pendant quelques semaines –, à placer sous entente préalable la prise en charge de certaines prestations d'hospitalisation souffre aujourd'hui d'une absence totale de concertation préalable. La procédure contradictoire prévue par la loi est insuffisante et nécessite d'être complétée par l'obligation faite à l'agence d'établir un programme régional soumis obligatoirement à la concertation des fédérations d'établissements de santé au niveau régional. En effet, la mise sous entente préalable et les critères qui y président s'appliquent non pas à un établissement isolé, mais concernent potentiellement tous les établissements d'une même région.

Cet article vise donc à introduire une concertation préalable obligatoire, qui garantira l'équité de traitement entre établissements, quels que soient leur taille ou leur statut, tout autant que l'efficacité de ces mesures, car les fédérations d'établissements jouent un rôle pédagogique important à l'égard de leurs adhérents.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Notre collègue Alain Milon souhaiterait que soit développée une concertation avec les fédérations hospitalières avant la mise sous entente préalable.

Cette mise sous entente préalable fait déjà l'objet d'une procédure qui est connue et tout cela sera renforcé dans le cadre des dispositions votées dans la loi HPST. Les agences régionales de santé vont sans doute jouer un rôle déterminant dans ce domaine.

Il n'était pas apparu utile à la commission des affaires sociales – pour le moment du moins – de solliciter l'avis des fédérations. C'est la raison pour laquelle nous demandons le retrait de l'amendement n° 459 et nous attendons les éléments complémentaires que Mme la ministre voudra bien livrer à la Haute Assemblée.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je souscris aux propos de M. le rapporteur général. Cette proposition sera inopérante dans le contexte des ARS, appelées à se substituer aux ARH, dont les commissions exécutives vont évidemment disparaître.

La loi HPST prévoit un programme pluriannuel de gestion du risque élaboré par l'agence régionale de santé et donnant lieu à concertation avec les organismes d'assurance maladie et les organismes complémentaires. Ce programme intégrera notamment la question des mises sous entente préalable des établissements de santé et il sera porté à la connaissance des fédérations d'établissements à travers la conférence régionale de santé.

Dans ces conditions, monsieur Milon, vos préoccupations, tout à fait légitimes, sont satisfaites par la loi HPST.

**M. le président.** Monsieur Milon, l'amendement n° 459 est-il maintenu ?

**M. Alain Milon.** Non, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 459 est retiré.

L'amendement n° 180 rectifié *bis*, présenté par M. Milon, est ainsi libellé :

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

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

« Art. L. 162-31-1. – L'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut autoriser à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010, pour une période n'excédant pas trois ans, de nouveaux modes de prise en charge et de financement par l'assurance maladie des frais d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire d'actes chirurgicaux exercés dans un cabinet libéral en dehors d'un établissement de santé.

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

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

La parole est à M. Alain Milon.

**M. Alain Milon.** Cette proposition va sans doute faire beaucoup parler, mais il était nécessaire, me semble-t-il, de la présenter et d'en discuter tous ensemble ici aujourd'hui.

La technique de la chirurgie de la cataracte a considérablement évolué depuis ces quinze dernières années, passant d'une chirurgie sous anesthésie générale en hospitalisation complète à une chirurgie réalisable sous anesthésie locale, permettant d'alléger les contraintes de structure.

De nombreux pays étrangers ont développé une chirurgie extra-hospitalière, notamment sous forme de « centres autonomes ». La CNAMTS est favorable au développement de ce mode de prise en charge, qui a démontré son efficacité. Elle a adressé à la Haute Autorité de santé un cahier des charges décrivant l'environnement nécessaire pour la chirurgie de la cataracte extra-hospitalière.

Le présent amendement a donc pour objet de permettre la prise en charge de l'activité de la chirurgie ambulatoire de la cataracte en milieu extra-hospitalier et son financement dans le cadre de l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun au MCO, médecine-chirurgie-obstétrique.

D'autres actes chirurgicaux, les actes d'endoscopie, les actes de chirurgie dermatologique – j'évoquerai peut-être tout à l'heure les implants dentaires – peuvent être concernés sur proposition des professionnels de santé après avis conforme de la Haute Autorité de santé.

Une convention entre le cabinet libéral, le centre autonome et un établissement de santé public ou privé devra évidemment être établie permettant la prise en charge de l'opéré en cas de complications, lesquelles, nous le savons, surviennent extrêmement rarement.

**M. le président.** Le sous-amendement n° 536, présenté par Mmes Hermange et Desmarescaux, est ainsi libellé :

Amendement n° 180 rectifié *bis*

Alinéa 3

Après les mots : des frais insérer les mots : de dialyse à domicile ou

La parole est à Mme Marie-Thérèse Hermange.

**Mme Marie-Thérèse Hermange.** Il s'agit, au travers de ce sous-amendement, de favoriser le développement de la dialyse à domicile comme alternative à l'hospitalisation ou l'intervention en centre de dialyse, et cela pour deux raisons : d'une part, parce que cette solution est évidemment beaucoup plus commode pour le patient et, d'autre part, parce que la tarification à l'activité présente l'inconvénient d'encourager les établissements de santé, publics et privés, à privilégier la dialyse en centre, au tarif nettement plus élevé.

Voilà pourquoi Mme Desmarescaux et moi pensons qu'il est important de développer au maximum la dialyse à domicile – comme on l'a fait pour la chirurgie ambulatoire – de préférence à la chirurgie en hospitalisation conventionnelle.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** C'est, me semble-t-il, la direction dans laquelle il faut s'orienter avec, bien entendu, toutes les garanties et les précautions nécessaires pour s'assurer de la bonne qualité des soins qui seront apportés ou des actes qui seront réalisés en milieu extra-hospitalier.

Cela va tout à fait dans le sens et dans l'esprit de la réforme de l'assurance maladie que nous avons votée en 2004 et des différentes dispositions que nous avons adoptées au fil du temps, notamment en développant le secteur ambulatoire à l'hôpital.

La commission des affaires sociales émet un avis très favorable sur l'amendement n° 180 rectifié *bis* de M. Milon – je le remercie d'ailleurs d'avoir pris cette initiative – et sur le sous-amendement n° 536.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Il s'agit d'un débat qui est avant tout médical. Je partage, comme M. le rapporteur général et les auteurs de l'amendement et du sous-amendement, la volonté d'encourager le développement de la chirurgie ambulatoire, axe fort de la politique que je conduis.

Je le rappelle, depuis mon arrivée au ministère de la santé et des sports, j'ai pris de nombreuses mesures en ce sens : des tarifs incitatifs, des objectifs qui sont fixés par les ARH à chaque établissement et, si nécessaire, des procédures de mise sous entente préalable. J'ai donc mené une politique à la fois incitative et volontariste de développement de la chirurgie ambulatoire.

Mesdames Hermange et Desmarescaux, vous proposez de permettre à l'UNCAM d'expérimenter, pendant trois ans, de nouveaux modes de prise en charge de la dialyse à domicile en cabinet libéral.

Votre sous-amendement pose un problème de rédaction puisque, s'il est adopté, l'UNCAM pourra autoriser de nouveaux modes de prise en charge et de financement par l'assurance maladie des frais de dialyse à domicile en cabinet libéral.

**Mme Marie-Thérèse Hermange.** Non, il ne s'agit pas de cela, madame la ministre !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Or il n'existe pas de technique d'exposition extrarénale en cabinet libéral et, si la dialyse est réalisée à domicile, ce n'est pas en cabinet libéral. Votre rédaction est au moins maladroitement.

Je partage évidemment votre souci de développer ces techniques, qui ont le double avantage de l'efficacité médico-économique et du confort du patient. Le recours à ces techniques est d'ailleurs moins développé en France que dans d'autres pays comparables : 8 % en France, contre 15 % dans l'OCDE.

Le schéma régional d'organisation des soins organise l'offre de soins sur le fondement d'une évaluation des besoins de santé des territoires de santé et les schémas de troisième génération ont fixé, en fonction des besoins de la population, des objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins en dialyse, y compris à domicile.

Le développement de la dialyse à domicile se heurte en partie à une tarification de l'hémodialyse historiquement plus avantageuse que la tarification de la dialyse à domicile, 80 000 euros contre 50 000 euros en moyenne par patient et par an, et donc susceptible d'inciter les services de néphrologie à orienter les patients vers cette prise en charge au détriment à la fois de l'efficacité et du confort de vie des patients.

Cet ajustement tarifaire, qui est évidemment tout à fait important, relève non pas d'une disposition législative, vous en conviendrez, mais d'un simple arrêté. Il faut en effet que la tarification de l'hémodialyse soit ajustée et que la dialyse à domicile soit valorisée.

Cependant, le développement de la dialyse à domicile et, plus largement, du traitement de l'insuffisance rénale chronique ne se réduit pas à la question tarifaire. La prévention est un autre axe primordial. L'organisation des soins est à adapter en fonction de ces techniques. La dialyse nécessite des structures libérales, des réseaux, qui, il faut l'avouer, ne sont pas pour l'instant suffisamment développés. Cela nécessite aussi que les urgences et les établissements médico-sociaux soient formés aux techniques de dialyse à domicile.

Tout cela suppose que l'ensemble des acteurs concernés soient mobilisés. Je suis donc plutôt favorable à un plan d'action global sur la dialyse. Mes services sont en train d'y travailler.

Je vous propose que des objectifs d'amélioration des pratiques de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique et des objectifs d'évolution du ratio dialyse à domicile/hémodialyse soit intégrés à l'évaluation du directeur de l'ARS par le comité national de pilotage – c'est une proposition dont je vous demande de bien mesurer l'importance – ainsi qu'au compte rendu du directeur de l'ARS devant le conseil de surveillance et la conférence régionale de santé et de l'autonomie. Faire en sorte que le développement de la dialyse à domicile soit un des critères d'évaluation de l'ARS et de son directeur me paraît plus adéquat et mieux correspondre à la démarche médicalisée que la solution que vous proposez.

J'en viens maintenant à l'amendement n° 180 rectifié *bis*, qui concerne la cataracte.

**M. Gilbert Barbier.** C'est vrai qu'il faut y voir plus clair ! (*Sourires.*)

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Mais ce ne sera pas à l'œil ! (*Nouveaux sourires.*)

Monsieur Milon, je viens d'évoquer ma volonté de développer la chirurgie ambulatoire. Mes services viennent de transmettre au Conseil d'État des projets de décret visant à autoriser l'activité de chirurgie ambulatoire au sein de centres autonomes de santé, qui seront des établissements spécialisés dans la chirurgie ambulatoire. Il s'agit évidemment d'une activité rigoureusement encadrée, soumise à un certain nombre de conditions, et ces centres constitueront, aux côtés des outils tarifaires et des outils organisationnels, des instruments importants pour amplifier le développement de la chirurgie ambulatoire.

Je ne souhaite pas, pour l'instant, aller plus loin dans l'expérimentation tant que certaines études n'auront pas été menées plus avant. La sécurité des soins ne peut se prêter à des démarches expérimentales ; sinon, l'expérimentation, tout à fait légitime par ailleurs, se fait au détriment de la qualité des soins !

Une étude tout à fait sérieuse, réalisée par les autorités sanitaires américaines, souligne par exemple que, dans le cadre de ces interventions, le risque de décès est dix fois plus élevé en cabinet libéral qu'en système hospitalier.

**Mme Muguet Dini, présidente de la commission des affaires sociales.** Ce sont les Américains !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Cela mérite évidemment confirmation, mais je ne peux pas faire litière de cette évaluation et, en tant que ministre de la santé, dire benoîtement que l'on va expérimenter en France une méthode chirurgicale qui affiche un ratio de mortalité aussi différent de celui d'un autre mode de prise en charge.

Par conséquent, j'ai demandé à la Haute Autorité de santé, dans le cadre de son programme de travail pour 2009, de mener des travaux sur les conditions de réalisation de ces actes qui se déroulent en l'absence d'anesthésiste.

La Haute Autorité de santé a intégré cette demande dans ses travaux sur la chirurgie de ville et je souhaite vraiment – après tout, je suis la ministre de la qualité et de la sécurité des soins ! –, tout en poursuivant les objectifs de développement de la chirurgie ambulatoire, en rester à cette démarche prudentielle qui consiste à assurer la qualité des soins tout en permettant le développement de la chirurgie ambulatoire, monsieur le rapporteur général, plutôt que de rester dans un flou parfaitement dommageable.

Oui à la chirurgie ambulatoire, mais attention à la sécurité !

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur général.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Nous comprenons bien, madame la ministre, tous les arguments que vous avez développés pour demander à nos collègues de retirer l'amendement n° 180 rectifié *bis* et le sous-amendement n° 536 et nous partageons vos préoccupations, qui sont parfaitement légitimes. Nous ne pouvons pas faire prendre quelque risque que ce soit aux patients qui accepteraient de se faire opérer dans un cabinet libéral.

Cela étant, il me semble que le deuxième alinéa du texte proposé pour l'article L. 162-31-1 par l'amendement de M. Milon réunit toutes les précautions que vous souhaitez, madame la ministre, sauf à mettre en cause les compétences de la Haute Autorité de santé et sa capacité à veiller à ce que le cahier des charges prenne en considération les éléments que vous avez évoqués, ainsi que la convention entre le cabinet médical et un établissement de santé pour la prise en charge d'éventuelles complications.

Peut-être y a-t-il lieu d'améliorer la rédaction proposée, mais je laisse le soin aux auteurs de l'amendement d'apprécier la suite qu'ils entendent lui donner à la lumière de l'argumentation que vous venez de développer.

**M. le président.** La parole est à Mme Catherine Tröndle, pour explication de vote.

**Mme Catherine Tröndle.** Mme la ministre a dit tout à l'heure que nous n'avions pas suffisamment de recul sur la dialyse à domicile.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** C'est sur la cataracte que nous n'avons pas encore assez de recul !

**Mme Catherine Tröndle.** Je livrerai un simple témoignage.

Je connais ce problème pour l'avoir vécu en tant qu'enfant : mon père a été dialysé à domicile. À l'époque, ma mère, qui n'était pas du tout issue du milieu médical, a bénéficié d'une formation, et tout s'est passé en bonne intelligence avec les médecins. La dialyse à domicile a été d'un confort absolu pour mes parents et pour nous, leurs enfants. Or cela remonte à plus de vingt ans : nous avons donc suffisamment de recul sur cette question. Je pense qu'il faut vraiment promouvoir le développement de la dialyse à domicile.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** La question ne se pose pas du tout dans les mêmes termes s'agissant de la cataracte et s'agissant de la dialyse à domicile. Pour cette dernière, nous avons effectivement un recul suffisant.

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

**Mme Marie-Thérèse Hermange.** En réalité, madame la ministre, vous avez répondu, d'un point de vue technique, à un amendement que je n'ai pas déposé, mais qui allait plus loin que le sous-amendement n° 536.

En effet, avec Sylvie Desmarescaux, nous avons envisagé d'assujettir la dialyse en centre à un mécanisme d'accord préalable, comme cela se pratique depuis deux ans pour la chirurgie ambulatoire. Nous voulions faire de la dialyse hors centre la référence et de la dialyse en centre l'exception, motivée médicalement, en privilégiant une évolution tarifaire plus dynamique pour la dialyse hors centre.

Mais nous n'avons pas pu déposer cet amendement du fait d'une erreur technique dont je suis responsable. C'est pourquoi nous avons déposé ce sous-amendement d'appel à l'amendement de notre collègue Alain Milon, afin de favoriser le développement de la dialyse à domicile.

Au vu de ces explications, vous pourriez éventuellement, madame la ministre, accepter ce dispositif beaucoup moins contraignant.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je ne connais que votre sous-amendement !

**M. François Autain.** Nous ne comprenons absolument rien !

**M. le président.** Vous n'êtes pas le seul, cher collègue !

Madame Hermange, il ne saurait être question de discuter en séance publique d'un amendement que personne n'a vu !

La parole est à M. le rapporteur général.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Lorsque la commission des affaires sociales s'est réunie lors de la suspension du déjeuner, elle a examiné le sous-amendement n° 536 qui remplaçait l'amendement que Mme Hermange avait initialement préparé ; nous n'avons d'ailleurs jamais eu connaissance de cet amendement.

Ce sous-amendement tient compte des observations formulées par Mme la ministre en s'intégrant au texte proposé par M. Milon.

**M. le président.** Mes chers collègues, nous n'allons pas faire un travail de commission en séance publique !

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

**M. le président.** Dès lors que cet amendement n'a pas été déposé, il n'y a pas lieu d'en discuter !

**Mme Muguette Dini, présidente de la commission des affaires sociales.** Tout à fait !

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** J'ai en ma possession le sous-amendement n° 536 et l'avis que j'ai émis porte bien sur ce sous-amendement !

**M. le président.** La parole est à Mme Sylvie Desmarescaux, pour explication de vote.

**Mme Sylvie Desmarescaux.** Madame la ministre, vous nous avez répondu que ce sous-amendement était mal rédigé !

**M. François Autain.** C'est sûr !

**Mme Sylvie Desmarescaux.** Vous avez compris que la dialyse se ferait dans un cabinet libéral, mais il ne s'agit pas du tout de cela !

Par souci de clarté, je vais vous donner lecture de l'alinéa de l'amendement n° 180 rectifié *bis* visé par notre sous-amendement si celui-ci était adopté : « L'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut autoriser à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010, pour une période n'excédant pas trois ans, de nouveaux modes de prise en charge et de financement pour l'assurance maladie des frais de dialyse à domicile ou d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire d'actes chirurgicaux exercés dans un cabinet médical en dehors d'un établissement de santé. » Autrement dit, la formule « dans un cabinet médical en dehors d'un établissement de santé » ne concerne que la cataracte, non la dialyse.

**M. le président.** Merci de cette clarification, ma chère collègue !

La parole est à M. Paul Blanc, pour explication de vote.

**M. Paul Blanc.** Je suis navré de ne pas être d'accord avec mon confrère et néanmoins ami Alain Milon.

Une opération de la cataracte nécessite d'abord des conditions d'asepsie draconiennes, ainsi qu'une anesthésie locale. Or tout le monde le sait, un patient peut avoir un choc à la suite de l'injection de produits anesthésiques, même s'il s'agit d'une anesthésie locale. Il me paraît donc difficile de pouvoir pratiquer une opération de la cataracte alors que l'on n'a pas à sa disposition un anesthésiste-réanimateur susceptible de procéder à une réanimation d'urgence.

Dans ces conditions, il est préférable de pratiquer l'opération de la cataracte dans un bloc opératoire en milieu hospitalier.

**M. le président.** La parole est à M. Alain Milon, pour explication de vote.

**M. Alain Milon.** Je souhaite répondre à mon collègue Paul Blanc. Je propose de pratiquer les opérations de la cataracte non pas dans les cabinets médicaux, mais dans des centres autonomes,...

**M. Nicolas About.** Absolument ! Ce n'est pas pareil !

**M. Alain Milon.** ... c'est-à-dire à un endroit où les médecins ophtalmologistes pourraient se regrouper.

Je rappelle que de telles opérations nécessitent une anesthésie locale, qui se fait généralement maintenant sous forme de gouttes et non plus par injection.

Vous avez parlé de choc anesthésique, monsieur Blanc. Je tiens à rappeler que les chirurgiens-dentistes, qui n'ont pas obligatoirement la formation de réanimation qu'ont les médecins, donc les médecins ophtalmologistes, sont amenés à pratiquer dans leur cabinet des actes chirurgicaux autrement plus lourds qu'une opération de la cataracte : je veux parler des implants dentaires. Un implant dentaire implique l'ouverture de la gencive, la perforation de l'os maxillaire, au voisinage des sinus. Je pourrais entrer un peu plus loin dans le détail...

**M. le président.** Non, ce ne sera pas nécessaire... (*Sourires.*)

**M. François Autain.** Nous ne sommes pas à l'Académie des sciences !

**M. Alain Milon.** Bref, cette opération peut entraîner de véritables catastrophes chirurgicales, ce qui n'existe pas dans la chirurgie ambulatoire de la cataracte. Je ne parle pas d'une cataracte fortement évoluée, qu'on ne traite d'ailleurs plus aujourd'hui puisque, vous le savez bien, les ophtalmologistes opèrent la cataracte au tout début de la maladie et non plus lorsque le cristallin est devenu complètement opaque.

**M. François Autain.** C'est vrai !

**M. Alain Milon.** Mme la ministre a évoqué un sondage réalisé aux États-Unis faisant apparaître qu'il y aurait dix fois plus de risques de mourir d'une opération de la cataracte dans un centre autonome que dans une clinique ou dans un hôpital. Mais, jusqu'à preuve du contraire, c'est bien dans les cliniques et les hôpitaux que surviennent les maladies nosocomiales, et pas encore dans les centres autonomes, ni dans les cabinets de médecin ou de chirurgien.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** La plus grande confusion règne !

**M. François Autain.** Là, vous avez raison, madame la ministre !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je vous en prie, monsieur Autain, n'y ajoutez pas ! (*Sourires.*)

On a comparé deux actes qui n'ont rien à voir entre eux.

Mme Hermange parle de la dialyse à domicile, un acte qui est parfaitement autorisé ; Mme Tröndle nous a d'ailleurs fait part de son expérience personnelle. Pourquoi voulez-vous accorder une autorisation aux organismes d'assurance maladie ? Ils l'ont déjà ! En l'espèce, il n'y a aucun problème ! Il faut simplement que les autorités sanitaires régionales développent la dialyse à domicile, et c'est bien une des missions que j'ai confiées aux ARS

**Mme Catherine Tröndle.** Très bien !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** J'en conviens, il est utile de le rappeler au cours de ce débat, mais il n'y a aucunement besoin de prendre des mesures législatives à cet égard, d'autant que celle que vous proposez, mesdames Hermange et Desmarescaux, est plus restrictive que ce qui existe déjà. En l'espèce, toute mesure nouvelle est superfétatoire.

La situation est fort différente pour ce qui concerne la cataracte. Il s'agit d'un acte chirurgical qui, pour le moment, n'est pas autorisé en cabinet privé. Je n'ai pas l'expertise nécessaire pour prendre une telle décision. Vous-même, monsieur Milon, avez opéré un mouvement de repli

en admettant que l'on pourrait pratiquer cette opération non pas dans un cabinet libéral, mais dans des centres de chirurgie ambulatoire.

**M. Alain Milon.** C'est l'amendement qui le prévoit !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Avouez que votre amendement prête à confusion !

**M. Alain Milon.** Je veux bien l'admettre !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Laissons la Haute Autorité de santé définir un cahier des charges. Je vous promets que je m'emploierai à développer ces techniques ; c'est un engagement tout à fait solennel que je prends, et c'est d'ailleurs l'un des axes forts de ma politique. Au reste, j'y ai tout intérêt en tant que ministre en charge de la santé et de l'assurance maladie. Ne voyez donc dans ma position aucun frein !

**M. le président.** Madame Hermange, le sous-amendement n° 536 est-il maintenu ?

**Mme Marie-Thérèse Hermange.** Au vu des explications qui ont été apportées, je le retire, monsieur le président ; et je remercie Mme la ministre de son engagement.

**M. le président.** Le sous-amendement n° 536 est retiré.

Monsieur Milon, l'amendement n° 180 rectifié *bis* est-il maintenu ?

**M. Alain Milon.** Au bénéfice des engagements pris par Mme la ministre, je vais le retirer, monsieur le président. Mais je reviendrai régulièrement à la charge parce que j'attache, comme Mme la ministre, une importance toute particulière à cette question.

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

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

L'amendement n° 396 rectifié, présenté par MM. Leclerc et Milon, Mmes Bout, Debré et Procaccia, M. Gilles, Mlle Joissains, M. Barbier et Mme Papon, est ainsi libellé :

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

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

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

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

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

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

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

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

La parole est à M. Dominique Leclerc.

**M. Dominique Leclerc.** Pour couvrir leur « responsabilité civile professionnelle », les médecins libéraux souscrivent des contrats d'assurance qui comprennent des plafonds de garantie.

Lorsque la couverture d'assurance est épuisée, deux cas de figure peuvent se présenter. Si la procédure a été portée devant une commission régionale pour conciliation, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, l'ONIAM, indemnise la victime et peut se retourner contre le praticien pour obtenir le remboursement des sommes avancées. Si la condamnation a été prononcée par une juridiction civile, l'ONIAM n'intervient pas, la victime est indemnisée directement par le praticien, mais dans les limites de son patrimoine.

En cas de dommages survenus à un enfant lors de sa naissance, les dommages et intérêts sont définitivement fixés lorsque la victime devient adulte. Compte tenu de l'inflation et de l'espérance de vie de la victime, ceux-ci peuvent dépasser de plusieurs millions d'euros les plafonds d'assurance les plus élevés proposés par les assureurs, qui sont à l'heure actuelle de 3 millions d'euros.

Par ailleurs, la couverture d'assurance des médecins est limitée à dix ans après leur cessation d'activité ou leur décès. Si une plainte est portée après ce délai, les praticiens condamnés ou leurs héritiers doivent prendre en charge l'indemnisation sur leurs biens propres puisque la couverture d'assurance est expirée.

Les praticiens et leurs familles sont ainsi exposés à un risque de ruine, soit à la suite d'une condamnation par une juridiction civile, soit du fait de l'action récursoire de l'ONIAM.

Pour cette raison, de nombreux praticiens libéraux renoncent à pratiquer l'obstétrique, alors que les hôpitaux publics ne peuvent plus, on le sait, satisfaire aux besoins faute de financements adéquats et de personnels.

Les victimes sont exposées au risque d'insolvabilité des praticiens condamnés par les juridictions civiles

En résumé, du fait des limites de garantie qui protègent les assureurs, les praticiens et les victimes sont exposés à certains risques. C'est à cette situation que je propose de mettre un terme en prévoyant deux mesures.

D'une part, lorsqu'un professionnel de santé est condamné par une juridiction au paiement de dommages et intérêts qui dépassent la couverture d'assurance ou lorsque le délai de validité de la couverture d'assurance est expiré, l'ONIAM est substitué à l'assureur.

D'autre part, dans tous les cas où l'ONIAM intervient parce que la couverture d'assurance est épuisée ou expirée, il ne peut se retourner contre les praticiens ou leurs héritiers.

Par conséquent, il convient de modifier l'article L. 1142-15 du code de la santé publique et de créer un nouvel article L. 1142-15-1.

Chacun l'aura compris, nous sommes aujourd'hui face à un système qui préserve le patient, et c'est heureux, qui protège bien l'assureur, ce qui est un peu étonnant, mais expose les professionnels concernés.

Je vais maintenant essayer de répondre par avance aux remarques que ne va pas manquer de formuler Mme la ministre. (*Sourires.*)

J'ai en effet déjà présenté cet amendement à deux reprises les années précédentes. Mais, par deux fois, vous m'avez fait comprendre que mon inquiétude n'était pas justifiée, car aucun cas ne correspondait aux situations que j'exposais. J'ai donc cherché à en savoir plus...

L'ONIAM ne produit plus de statistiques depuis quelques années. Tant pis pour moi !

Je me suis donc rapproché de l'Observatoire des risques médicaux, mais ses membres ne se sont pas réunis depuis 2006. Je n'avais décidément pas de chance !!

J'ai alors cherché du côté des assureurs. Dans son rapport de 2007, la Mutuelle d'assurances du corps de santé français, la MACSF, qui est l'organisme d'assurance préféré des professionnels de santé, signale huit affaires portant sur des montants supérieurs à 5 millions d'euros, dont six en 2006 et deux en 2005.

Quant à l'inspection générale des affaires sociales, l'IGAS, elle signale en 2007 douze cas portant sur des montants supérieurs à 3 millions d'euros survenus entre 1995 et 2005 et six cas sur la période 2004-2006.

**M. le président.** Veuillez conclure, monsieur Leclerc !

**M. Dominique Leclerc.** Je suis désolé d'être un peu long, monsieur le président, mais il s'agit d'un problème très important.

Pour les affaires jugées actuellement – 9 millions d'euros à Orléans, entre 5 millions et 6 millions d'euros à Rochefort – , il ne s'agit que de provisions qui peuvent être revues à la majorité de l'enfant, donc plus de dix ans après, avec des réajustements d'indemnités en fonction de l'augmentation du coût de la vie.

C'est la raison pour laquelle nous souhaitons que l'ONIAM se substitue à l'assureur chaque fois que le plafond et les délais sont dépassés. Tous ces problèmes assurantiels, et c'est le plus important, pèsent lourdement sur les jeunes qui veulent s'engager dans ces professions « à risque », et qui hésitent donc à s'installer, mais ils inquiètent aussi les professionnels plus âgés.

**M. le président.** L'amendement n° 533, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

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

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

« *Art. L. 1142-15-1.* – Lorsqu'un professionnel de santé est condamné par une juridiction à réparer les dommages subis par la victime et que la couverture d'assurance prévue à l'article L. 1142-2 est épuisée,

l'office institué à l'article L. 1142-22 est substitué à l'assureur et il est subrogé dans les droits de la victime contre le professionnel de santé responsable du dommage, sauf dans le cas où le délai de validité de la couverture d'assurance garantie par les dispositions du cinquième alinéa de l'article L. 251-2 du code des assurances est expiré. »

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je pense qu'il n'est pas inutile de rappeler les principes.

La substitution de l'ONIAM à l'assureur au-delà du plafond de garantie n'est valable qu'en cas de procédure amiable.

En cas de procédure juridictionnelle, l'ONIAM n'intervient que si le juge retient le motif de l'aléa thérapeutique. En cas d'accident médical fautif, la victime peut être exposée au risque d'insolvabilité du praticien condamné par les juridictions civiles et se trouver, dans les faits, moins bien indemnisée qu'en cas de procédure amiable.

En outre, la couverture d'assurance des médecins étant limitée à dix ans après leur cessation d'activité ou leur décès, si une plainte est portée après ce délai, ce qui est effectivement tout à fait possible, les praticiens condamnés ou leurs héritiers doivent prendre en charge l'indemnisation sur leurs biens propres, ce qui peut exposer également les victimes au risque d'insolvabilité des praticiens condamnés par les juridictions civiles ou d'insolvabilité de leurs héritiers.

L'amendement que je propose vise à remédier à cette question d'iniquité dans l'indemnisation des victimes, en harmonisant l'intervention de l'ONIAM en cas de procédure amiable et de procédure juridictionnelle.

**M. le président.** L'amendement n° 538, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

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

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

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

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

« Cette aide est fixée à :

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

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

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

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

La parole est à M. le rapporteur général, pour présenter cet amendement et donner l'avis de la commission des affaires sociales sur les amendements n°s 396 rectifié et 533.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général.** Nous espérons que notre amendement permettra, à l'occasion de l'examen de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, de trouver une porte de sortie en répondant à l'attente des professionnels de santé tout en préservant notre droit.

Il tend à concilier le souhait de M. Leclerc et l'approche du Gouvernement.

Nous évoquons, une fois encore, la responsabilité des gynécologues. Les deux amendements proposés ont paru poser des difficultés.

L'amendement n° 396 rectifié de M. Leclerc risquerait d'empêcher toute condamnation pécuniaire des médecins, même en cas faute, puisque l'ONIAM prendrait en charge des sommes dépassant le plafond d'assurance.

L'amendement n° 533 du Gouvernement pose un problème juridique puisqu'il prévoit un recours subrogatoire après décision juridictionnelle, ce qui n'est pas possible en droit. Je le précise après expertise de la commission des lois.

Par conséquent, nous vous proposons une solution qui consiste à relever les plafonds d'assurance des gynécologues de 3 millions à 6 millions d'euros par sinistre, à relever l'aide de la CNAM à ces professionnels et, enfin, à prévoir la substitution de l'ONIAM dans un seul cas, à savoir celui où la durée de validité de l'assurance du praticien est expirée, pour éviter qu'un professionnel ne doive payer des sommes considérables très longtemps après l'événement, voire une fois qu'il a pris sa retraite.

Avec un amendement ainsi équilibré, nous pensons répondre à la demande récurrente des professionnels de santé ; M. Dominique Leclerc a rappelé qu'il présentait cet amendement pour la troisième fois consécutive. Il y a lieu, le Gouvernement en convient, d'avancer sur ce dossier pour trouver une porte de sortie.

Il n'y aurait rien de pire que de s'engager dans la voie dont a fait état une dépêche de l'Agence de presse médicale. Selon cette dépêche, les pouvoirs publics auraient adressé à l'ONIAM un courrier lui demandant de poursuivre une politique de recours très active, tout en lui signalant que des dispositions réglementaires permettraient au conseil d'administration de statuer, au terme d'une analyse au cas par cas, sur l'opportunité de renoncer éventuellement au recours subrogatoire contre le professionnel de santé dans certains cas jugés rares.



Une disposition de cette nature n'aurait pas de véritable fondement juridique. De plus, ce ne serait pas rendre service au Gouvernement que de prendre une telle initiative après l'adoption d'un amendement qui, lui-même, pose un problème en termes de droit.

Aussi, mes chers collègues, je vous invite à vous rassembler sur l'amendement n° 538 de la commission des affaires sociales, dont nous verrons à l'usage s'il permet effectivement de contenir les situations vécues par les professionnels.

Il est vrai qu'une véritable menace pèse sur cette activité. Compte tenu des contentieux qui se font jour au fil des mois, un certain nombre de professionnels risquent d'abandonner une partie de leur activité, et ce sont les patients qui en pâtiront au premier chef.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 396 rectifié et 538 ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je rappelle que nous ne sommes évidemment pas restés inactifs pour répondre aux difficultés des professionnels de santé que M. Leclerc a rappelées à juste titre.

En 2006, a été mise en place une aide à la souscription d'une assurance professionnelle pour les médecins qui s'engagent dans une démarche d'accréditation. Nous avons véritablement accompagné les médecins face à la hausse de leur prime d'assurance qui vise à garantir leur responsabilité civile. Ces mesures, il faut le dire, ont eu un effet positif certain sur le marché de l'assurance, qui est revenu à l'équilibre. Le temps n'est pas à la remise en cause des principes hérités des lois Kouchner-About. Il faut rendre à César ce qui est à César... (*Sourires.*)

**M. Nicolas About.** Et à About ce qui est à About ! (*Nouveaux sourires.*)

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Voilà !

Monsieur Leclerc, vous proposez de faire prendre par l'ONIAM la part d'indemnisation supérieure au plafond d'assurance en cas d'accident médical fautif. Je rejoins complètement l'avis de M. le rapporteur général sur cette affaire, qui pose un problème de fond, d'ordre non seulement technique, mais aussi éthique. En effet, pour la première fois, cela ferait intervenir de plein droit les deniers publics en indemnisation d'une faute médicale, alors qu'ils ne servent aujourd'hui que pour l'aléa thérapeutique. Nos concitoyens auraient vraiment beaucoup de mal à comprendre la démarche que vous préconisez.

Je le répète, l'objectif que vous visez est très théorique. Depuis sept ans, l'ONIAM n'a jamais eu à exercer un recours subrogatoire sur cette base. Dans la plupart des cas, les praticiens sont couverts par leur contrat pour des montants bien plus élevés que 3 millions d'euros puisqu'ils sont de l'ordre de 6 millions à 8 millions d'euros ; ils se couvrent sur une base volontaire et ce montant suffit à couvrir les plus gros sinistres.

Par conséquent, je ne vois pas pourquoi les finances publiques prendraient en charge des montants qui sont couverts aujourd'hui par le marché de l'assurance ni pourquoi l'ONIAM deviendrait un co-assureur de la faute médicale. Ce n'est vraiment pas pour cela que cet office a été créé. Je suis donc défavorable aux 1° et 2° de l'amendement n° 396 rectifié.

Les dépassements de plafond qui pourraient avoir lieu résulteraient non pas d'un comportement délibéré de sous-assurance du praticien, mais des effets de l'inflation qui se produisent sur plusieurs décennies et qui ne peuvent être

correctement appréhendés par les mécanismes de l'assurance. Je parle là des cas où la consolidation n'intervient que plusieurs décennies après l'accident médical fautif qui a entraîné l'infirmité ou l'invalidité. Pour ces cas, un abandon de recours de l'ONIAM pourrait être justifié et, comme je l'ai indiqué, nous sommes prêts à trouver une solution.

Le Gouvernement est évidemment opposé à une solution législative qui viserait à un abandon de recours en toute hypothèse et qui ferait courir à l'assurance maladie un risque financier non négligeable au moment précis où vous êtes saisis d'un PLFSS par lequel on s'efforce de résorber des déficits extrêmement importants.

Nous sommes prêts à adapter le décret fixant les plafonds minimaux de garantie que doivent offrir les contrats d'assurance en les augmentant pour les cas où cela s'avère nécessaire et à trouver, dans un cadre réglementaire, une réponse efficace à vos questions.

De plus, monsieur Milon, votre amendement pose une question d'équité quant à l'indemnisation des victimes selon qu'elles se trouvent dans le cadre d'une procédure amiable ou d'une procédure juridictionnelle.

C'est à tout cela que je veux remédier avec l'amendement n° 533.

Dans son amendement n° 538, M. le rapporteur général propose un certain nombre de dispositions relatives à la responsabilité civile des médecins. Le plancher de la couverture est augmenté, passant de 3 millions à 6 millions d'euros.

Cher rapporteur général, vous placez au niveau législatif le dispositif d'aide de l'assurance maladie et, évidemment, vous augmentez l'aide de façon importante, tout en déplaçant le curseur de cette aide entre les secteurs d'exercice des médecins. Bien sûr, je ne suis pas opposée à des mesures de ce type, mais elles sont indiscutablement d'ordre réglementaire. En les élevant ainsi dans la hiérarchie des normes, vous les rendez beaucoup plus rigides, nous privant de la possibilité de les moduler facilement, et cela sans apporter de réel avantage.

Par ailleurs, et je m'en réfère à des spécialistes,...

**M. Nicolas About.** Aïe aïe aïe ! C'est un coup bas !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** ... il me semble que cela représente une charge supplémentaire pour l'assurance maladie, et que votre amendement tombe sous le coup de l'article 40 de la Constitution. Mais c'est un coup de Jarnac...

**M. le président.** Madame la ministre, vous invoquez l'article 40 ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Oui, cela relève de l'article 40.

J'entends bien ce que dit M. le rapporteur général au sujet de la rédaction que je propose. Celle-ci n'est pas parfaite ; faute avouée est à moitié pardonnée, monsieur le rapporteur général !

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Mais sur le plan des principes, elle ne présente pas de difficulté. L'amendement du Gouvernement a d'ailleurs été rédigé par la direction qui est chargée de la régulation du secteur

des assurances. Cette rédaction a été vérifiée par des juristes du ministère en charge des comptes publics, ainsi que par d'autres juristes.

Comparaison n'est pas raison, mais prenons l'exemple du droit automobile. Il est prévu, au cas où le conducteur n'est pas assuré, que le juge condamne le fonds de garantie des assurances obligatoires de dommages à indemniser la victime et que ce fonds puisse ensuite se retourner contre le conducteur. La démarche ne pose donc pas de problème sur le principe. On connaît déjà ce mécanisme dans d'autres secteurs des assurances. Notre amendement présente des imperfections, je vous l'accorde, mais je suis prête à y travailler.

**M. le président.** La parole est à M. Nicolas About.

**M. Nicolas About.** À partir du moment où Mme la ministre invoque l'article 40, la discussion de l'amendement n° 538 est effectivement terminée.

**M. François Autain.** Elle est terminée !

**M. Nicolas About.** Toutefois, madame la ministre, vous n'avez pas répondu sur le paragraphe III de l'amendement de la commission et la remarque sur la protection accordée aux obstétriciens lorsqu'ils atteignent l'âge de la retraite et qu'un recours est déposé au-delà de leur période d'assurance. Il est important que le Gouvernement apporte un certain nombre de garanties sur ce plan.

Selon moi, l'amendement de M. le rapporteur général et de la commission est tout à fait exceptionnel. Je regrette beaucoup, bien sûr, même si je m'y attendais, que l'article 40 soit invoqué. Il n'en demeure pas moins qu'il faudra revenir sur ce sujet. Le Gouvernement sera tenu tôt ou tard de protéger en particulier les obstétriciens du secteur 1, qui sont de moins en moins nombreux.

**M. François Autain.** Voilà !

**M. Nicolas About.** Si on ne fait rien, il n'y en aura bientôt plus !

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Mais cela a-t-il sa place dans un texte de nature législative ?

**M. Nicolas About.** Enfin, concernant l'amendement du Gouvernement, la rédaction n'est visiblement pas au point. Partant du parallélisme suggéré avec l'assurance automobile, il faudrait que, à défaut d'une assurance suffisamment correcte du médecin, le juge prononce la condamnation de l'ONIAM et que l'Office puisse alors se retourner contre le médecin. Vous le voyez, cela est un peu compliqué. En tout cas, je ne suis pas sûr que nous soyons en état de voter l'amendement du Gouvernement ce soir.

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur général.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** J'ai noté que Mme la ministre invoquait l'article 40 de la Constitution. C'est regrettable, car notre rédaction était juridiquement susceptible d'être adoptée et donc de pouvoir être examinée en commission mixte paritaire. En effet, l'amendement de M. Leclerc, en l'état, n'est pas satisfaisant, pour les raisons que j'ai évoquées et que Mme la ministre a confirmées. Il en est de même de l'amendement du Gouvernement. Car, en droit, on ne peut prévoir la subrogation sur une décision d'un magistrat. Nous ne pouvons donc pas non plus accepter cet amendement en l'état. Une nouvelle rédaction est donc nécessaire.

Dans ces conditions, ne voyant pour l'heure pas d'autre solution, je propose de réserver l'examen de ces amendements jusqu'à la fin de la discussion des articles, pour que nous puissions trouver avec le Gouvernement une rédaction juridiquement valable, faute de quoi nous risquons de faire des bêtises.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le troisième paragraphe soulève une interrogation. Je suis d'accord avec M. About, il faut effectivement aller plus loin : c'est d'ailleurs le sens de l'amendement du Gouvernement, qui permet de prendre en compte ce que vous avez dit.

Je n'ai bien sûr pas invoqué l'article 40 pour arrêter la discussion, cela pourrait d'ailleurs avoir des effets contre-productifs sur la résolution d'un véritable problème dont j'estime néanmoins qu'il relève largement du domaine réglementaire.

**M. Dominique Leclerc.** Très bien !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** M. le rapporteur général propose la réserve afin de permettre une confrontation complémentaire.

**Mme Muguette Dini, présidente de la commission des affaires sociales.** Jusqu'à la fin de la discussion !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Pour ma part, j'y suis tout à fait favorable. Réservez cette affaire, si vous nous y autorisez, monsieur le président. Nous pourrions ainsi avancer dans notre discussion pour permettre une appréciation juridique plus affirmée, puisque nos expertises diffèrent, monsieur le rapporteur général.

**M. le président.** Jusqu'à quand souhaitez-vous la réserve ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Jusqu'à la fin de la discussion, si M. le rapporteur général en est d'accord. (*M. le rapporteur général opine.*)

**M. le président.** Ce sera pour demain soir.

**M. François Autain.** Ou lundi !

**M. le président.** Vous n'invoquez donc plus l'article 40 de la Constitution ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Pour l'instant je n'invoque pas l'article 40, mais je me réserve la possibilité d'y recourir si les dispositions retenues ne me conviennent pas.

**M. le président.** La parole est à M. Dominique Leclerc.

**M. Dominique Leclerc.** Je souhaiterais intervenir, brièvement, car Mme la ministre, après avoir invoqué l'article 40, nous accorde un délai.

J'ai mentionné que c'était le troisième amendement que je dépose sur ce sujet. Madame, je vous ai cru naïvement lorsque, à l'occasion de l'examen du texte qui est devenu la loi portant réforme sur l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, vous nous avez donné rendez-vous pour le projet de loi de financement de la sécurité sociale dont nous discutons actuellement. Je pensais que vous étiez tous prêts à apporter des solutions à un véritable problème sur lequel je ne reviens pas. Or, madame la ministre, vous présentez un amendement puis vous invoquez l'article 40. Je ne peux cautionner cette démarche. Il y a tout de même quelque chose qui ne va pas.

Je demande donc, à mon tour, un rendez-vous, le stade ultime étant d'arriver jusqu'à la commission mixte paritaire, mais je me rallie à votre conclusion, à savoir retenir comme échéance la fin de ce débat.

Par ailleurs, je ne peux vous laisser dire qu'il n'y a pas lieu de recourir aux deniers publics pour régler les problèmes liés à des fautes professionnelles. En effet, la faute professionnelle relève de la juridiction pénale. En l'occurrence, il s'agit d'assurance, c'est-à-dire d'un mécanisme de prise en charge de la possibilité d'erreur, et là nous sommes dans le civil et l'assurantiel.

**M. François Autain.** Nous n'avions pas besoin de cette digression !

**M. Dominique Leclerc.** La distinction mérite d'être soulignée, puisque c'est à la lumière de celle-ci que les choses doivent être considérées.

**M. le président.** La suite de la discussion et le vote sur les amendements n<sup>os</sup> 396 rectifié, 538 et 533 sont donc réservés jusqu'à la fin du débat.

**M. François Autain.** Et nous, ne pouvons pas intervenir ?

**M. le président.** Non, il y a la réserve. Il vaut mieux attendre qu'ils se mettent d'accord, et vous éclairerez alors le débat, cher ami.

L'amendement n<sup>o</sup> 425, présenté par Mme Desmarescaux, M. P. Blanc, Mmes Bout et Debré, M. Gilles, Mmes Henneron et Hermange, MM. Lardeux et Milon, Mmes Payet et Rozier, MM. Adnot, Türk, Darniche, Cornu et Carle et Mlle Joissains, est ainsi libellé :

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

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

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

La parole est à Mme Sylvie Desmarescaux.

**Mme Sylvie Desmarescaux.** Cet amendement vise le renouvellement des orthèses plantaires. Je suis certaine que chacun s'en souviendra, lors de l'examen du PLFSS pour 2009 avait été adoptée une mesure autorisant les pédicures-podologues à adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'orthèses plantaires, donc les semelles orthopédiques, datant de moins de trois ans.

Or, la délivrance des semelles ne relève pas de la seule compétence des pédicures-podologues. Elle concerne également les orthoprothésistes, les podoprothésistes et les orthopédistes-orthésistes.

Pour réparer cet oubli et éviter toute discrimination entre ces professions, je propose d'étendre la mesure de l'autorisation du renouvellement de ces orthèses plantaires à ces professionnels, et ce bien évidemment aussi sur prescription médicale initiale de moins de trois ans, dans des conditions fixées par décret et sauf opposition du médecin.

Cet amendement a pour objet de mettre sur un pied d'égalité, si j'ose dire, l'ensemble des professions habilitées pour la réalisation et la délivrance des orthèses plantaires.

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

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

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Cette mesure semble tout à fait légitime, et j'y souscris sur le principe. Elle apparaît néanmoins prématurée, car ses effets n'ont pas encore été expertisés pour les pédicures-podologues. Avant d'étendre le principe de la délégation de tâche à d'autres professions de santé, il faut s'assurer que les objectifs impartis sur le plan économique et sur celui de la qualité des soins ont bien été atteints pour les professions de santé déjà bénéficiaires de cette délégation. Alors que le bilan n'a pas été établi pour les pédicures-podologues, vous souhaitez étendre cette mesure à de nouvelles professions de santé ! Excusez-moi de vous le dire, ce n'est pas la démarche qui est retenue dans ce cadre. Pour être crédible, la délégation de tâche doit s'appuyer sur un processus d'évaluation.

**M. François Autain.** Ah !

**M. le président.** La parole est à Mme Sylvie Desmarescaux, pour explication de vote.

**Mme Sylvie Desmarescaux.** Exerçant dans les mêmes conditions que leurs confrères pédicures-podologues, ces professionnels peuvent comme eux faire des semelles. Dans l'article D. 4364-1 du code de santé publique, les prothésistes et orthésistes sont cités au même titre que les pédicures-podologues pour l'appareillage des personnes malades ou atteintes d'un handicap. Ils relèvent en outre de la même profession et sont issus du même cursus.

**M. François Autain.** Alors ?

**M. le président.** Madame Desmarescaux, l'amendement n<sup>o</sup> 425 est-il maintenu ?

**Mme Sylvie Desmarescaux.** Oui, monsieur le président.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n<sup>o</sup> 425.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je constate que cet amendement a été adopté à l'unanimité des présents.

Un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 30 *bis*.

### Article 31

① I. – La section 2 du chapitre II du titre II du livre III du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 322-5-5 ainsi rédigé :

② « *Art. L. 322-5-5.* – Sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des dépenses de transport et sur recommandation du conseil de l'hospitalisation, l'État arrête, chaque année, un taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transport remboursées sur l'enveloppe de soins de ville.

③ « Lorsque l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate que les dépenses de transport occasionnées par les prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein d'un établissement de santé ont connu une progression supérieure à ce taux et que ce dépassement résulte de pratiques de prescription non conformes à l'exigence de recours au mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du bénéficiaire telle qu'elle résulte de l'article L. 321-1, elle peut proposer de conclure, avec l'établissement de santé et l'organisme local d'assurance maladie, un contrat d'amélioration de la qualité et de

- l'organisation des soins portant sur les transports, d'une durée de trois ans.
- ④ « Ce contrat est conforme à un contrat-type élaboré selon les modalités définies à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique et comporte notamment :
- ⑤ « 1° Un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport de l'établissement en lien avec le taux d'évolution des dépenses fixé nationalement et actualisé annuellement par avenant ;
- ⑥ « 2° Un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières en termes de prescription de transports.
- ⑦ « En cas de refus de l'établissement de conclure ce contrat, l'agence régionale de santé lui enjoint de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de transport qui lui sont imputables, dans la limite de 10 % de ces dépenses.
- ⑧ « Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que l'établissement de santé n'a pas respecté l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport et après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, l'agence régionale de santé peut lui enjoindre de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de transport qui lui sont imputables, dans la limite du dépassement de son objectif.
- ⑨ « Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que des économies ont été réalisées par rapport à l'objectif, l'agence régionale de santé peut enjoindre à l'organisme local d'assurance maladie de verser à l'établissement de santé une fraction des économies réalisées.
- ⑩ « Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent article. »
- ⑪ II. – L'article 64 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 est ainsi rédigé :
- ⑫ « Art. 64. – De nouvelles modalités d'organisation et de régulation des transports peuvent être expérimentées, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010 et pour une période n'excédant pas cinq ans, sous la responsabilité des établissements de santé qui en font le choix.
- ⑬ « Cette expérimentation a pour objectif de développer des modes de transports plus efficaces en facilitant la mise en place de transports partagés, notamment en recourant à des véhicules sanitaires légers ou des transports de patients à mobilité réduite.
- ⑭ « Les établissements de santé et les transporteurs sanitaires signent une convention créant des centres de régulation, chargés de proposer au patient le mode de transport le plus adapté à son état de santé. Les entreprises de transports membres du centre de régulation doivent respecter la prescription médicalisée de transports.
- ⑮ « Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 322-5-1 du code de la sécurité sociale, la dispense d'avance des frais pour l'assuré est supprimée s'il refuse la proposition de transport qui lui est faite.
- ⑯ « Dans un délai de six mois suivant la publication de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2010, les agences régionales de santé fixent la liste des établissements de santé entrant dans le champ de cette expérimentation.
- ⑰ « Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe le cahier des charges de mise en œuvre et d'évaluation de cette expérimentation.
- ⑱ « Ces expérimentations font l'objet d'une évaluation annuelle et, à leur terme, d'un rapport du Gouvernement transmis au Parlement. »
- ⑲ III. – Jusqu'à la date prévue au I de l'article 131 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, les compétences attribuées par le présent article aux agences régionales de santé sont exercées par les missions régionales de santé.

**M. le président.** La parole est à M. Bernard Cazeau, sur l'article.

**M. Bernard Cazeau.** L'article 31 concerne la régulation des dépenses de transport sanitaire.

En 2008, les dépenses de frais de déplacement des malades se sont élevées à 2,6 milliards d'euros, dont 2,4 milliards d'euros pris en charge par l'assurance maladie, soit une progression de 4,6 % par rapport à 2007. Le transport en ambulance représentait, à lui seul, 1,1 milliard d'euros, avec une progression de près de 4,4 % par rapport à 2007.

Les dépenses de transports de malades ont ainsi fortement augmenté au cours de la dernière décennie, avec un taux d'évolution moyen de près de 8 % par an. Cette croissance devrait se poursuivre, voire s'accélérer lorsque la loi HPST entrera en vigueur. Le regroupement des établissements hospitaliers mais aussi les fermetures de certains établissements que l'on voit poindre auront pour conséquence d'accroître le nombre de malades à transporter et la distance à parcourir pour aller les chercher.

À cet égard, l'ambition du Gouvernement est de freiner tendanciellement la progression des dépenses de transport : 5,7 % en 2009, 4 % en 2010, 3 % en 2011. Cette prévision, madame la ministre, me paraît assez fantaisiste.

Comment entendez-vous faire pour obtenir ces chiffres ? Vous proposez une fois encore de taper sur les doigts des établissements de santé, qu'ils soient privés ou publics d'ailleurs, au moyen de sanctions financières. Aux termes de cet article, les agences régionales de santé, les ARS, devront contrôler les hôpitaux dont les prescriptions de transport sanitaire ne seraient pas maîtrisées par contrats imposés ; en cas d'impossibilité de l'établissement, l'ARS pourrait obliger celui-ci à reverser à l'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de transport liées aux prescriptions des médecins qui y exercent une activité, dans la limite de 10 %.

Afin d'appliquer ce mécanisme de sanction, le texte prévoit également la fixation d'un taux national d'évolution des dépenses de transport des établissements, qui servirait de base à la sanction. Mais d'où provient ce taux ? Comment justifier l'homogénéité de ce taux sur la France entière ? On sait très bien que les situations sont disparates. En matière de transport sanitaire, la situation dans le Nord-Pas-de-Calais ne recouvre pas celle du Puy-de-Dôme. De même, on ne peut comparer la Dordogne au territoire de Belfort !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** C'est quoi, cette attaque ? (Sourires.)

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 31.

(L'article 31 est adopté.)

**Articles additionnels après l'article 31**

**M. le président.** L'amendement n° 307, 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 31, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

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

La parole est à M. Guy Fischer.

**M. Guy Fischer.** Comme vous le savez, les médicaments, après avoir reçu leur autorisation de mise sur le marché, doivent, pour être remboursables, suivre un double parcours : devant la sécurité sociale d'abord, qui fixe le taux de remboursement, et devant le Comité économique des produits de santé ensuite, lequel en fixe le prix.

Avec cet amendement, nous entendons permettre à la sécurité sociale de disposer d'un droit de veto sur certains médicaments qu'elle jugerait inefficaces, en refusant que ces derniers soient inscrits sur la liste des produits et médicaments remboursables. Il reviendrait ainsi au ministre chargé de la santé de fixer le taux de remboursement du médicament si la sécurité sociale a jugé inopportun d'organiser ce remboursement.

Madame la ministre, mes chers collègues, il s'agit d'éviter que des médicaments qui ont été considérés par la Commission de la transparence comme présentant une amélioration du service médical rendu faible ou insuffisante ne soient remboursés quelque temps, avant de faire ensuite l'objet d'une procédure de déremboursement.

Pour reprendre les termes d'une campagne de mobilisation initiée par la Mutualité française, soit un médicament est efficace et il doit être remboursé, soit il ne l'est pas et il ne doit pas être remboursé.

L'adoption de cet amendement permettrait de limiter les effets négatifs, pour les comptes sociaux, de la technique de contournement des règles de brevet inventée par les laboratoires pharmaceutiques, qui consiste à mettre sur le marché de nouveaux médicaments ayant les mêmes propriétés que d'autres, plus anciens, tombés dans le droit commun, sans innover du point de vue thérapeutique.

**M. François Autain.** Très bien !

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

**Mme Muguet Dini, présidente de la commission des affaires sociales.** La commission a émis un avis défavorable sur cet amendement.

Nous avons déjà longuement débattu des questions relatives au service médical rendu des médicaments. Il ne me paraît donc pas nécessaire de développer ce sujet plus longuement.

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

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

**M. le président.** L'amendement n° 307 est-il maintenu ?

**M. François Autain.** Monsieur le président, non seulement je le maintiens, mais je souhaite intervenir.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je m'en doutais !

**M. le président.** Cet amendement a été excellemment présenté par M. Fischer...

**M. François Autain.** Et notre vote sera excellemment expliqué par moi-même ! (*Sourires.*)

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** C'est un désaveu de M. Fischer ! (*Nouveaux sourires.*)

**M. le président.** Monsieur Autain, vous mettez en doute la parole de M. Fischer.

**M. François Autain.** Absolument pas ! J'entends expliquer notre vote.

**M. le président.** Vous avez donc la parole, pour explication de vote sur l'amendement n° 307.

**M. François Autain.** Le bien-fondé de cet amendement ne nous est pas apparu subitement. Il s'agit en effet d'une recommandation, à laquelle nous n'aurions d'ailleurs pas pensé, de la Caisse nationale de l'assurance maladie dans son rapport pour 2008, publié voilà quelques semaines.

Cette recommandation nous paraît tout à fait pertinente. En effet, 45 % des dépenses supplémentaires enregistrées chaque année par l'assurance maladie concernent des molécules qui ne présentent pas ou qui présentent peu d'amélioration du service médical rendu par rapport à l'arsenal thérapeutique préexistant.

Ces nouveaux produits se substituent en partie aux médicaments existants, induisant de nouvelles prescriptions et, donc, des dépenses supplémentaires. Ils témoignent d'une tendance particulièrement marquée en France : les médecins, nous l'avons dit mais il faut le répéter, reportent leurs prescriptions sur les médicaments les plus récents, au détriment des molécules les plus anciennes, souvent « génériques ».

Cependant, le Gouvernement refuse de prendre des mesures efficaces permettant d'éviter une telle dérive. Les amendements que nous avons déposés en ce sens ont toujours reçu de sa part un avis totalement négatif.

Je me demande même s'il souhaite vraiment faire en sorte que seules des dépenses absolument nécessaires, dont l'augmentation serait par conséquent moins importante, pèsent sur le budget de l'assurance maladie.

Si les dispositions prévues par cet amendement avaient été adoptées par le Parlement et appliquées par l'assurance maladie, ainsi qu'elle le demande, celle-ci aurait pu, en 2008, opposer son veto à huit médicaments au moins, qui ne présentaient aucun intérêt par rapport à l'arsenal médical existant. Il s'agit du Lyrica, du Tarceva, du Spiriva, de l'Inegy, du Crestor – qui est une statine ! –, du Truvada, du Seroplex et du Risperdal.

Ces médicaments ont été mis sur le marché parce qu'ils sont censés permettre à la sécurité sociale de réaliser des économies.

Or on s'aperçoit que le Lyrica, qui est un anti-épileptique mis sur le marché en juin 2006, ne permet pas d'améliorer le service médical rendu, puisqu'il a été classé ASMR 5. Non seulement il a été remboursé à 75 %, mais son coût de traitement journalier s'élève à 3,35 euros, ce qui est très supérieur au coût journalier des médicaments de la même famille, dont le prix varie de 0,99 euro à 2,61 euros.

Sauf à m'expliquer que, en mettant sur le marché des médicaments plus chers que ceux qui existent déjà, on réalise des économies, je suis opposé à la mise sur le marché de ces médicaments inutiles. J'attends toujours, du reste, cette explication, qui ne m'a encore jamais été apportée !

L'adoption de l'amendement n° 307 vous permettrait justement d'atteindre cet objectif, madame la ministre. Toutefois, j'ai cru comprendre que vous ne cherchiez pas à faire des économies, tout au moins dans le domaine du médicament. Sinon, vous auriez certainement été favorable à certains des amendements que nous avons présentés au cours de ce débat.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Votre argumentation ne tient pas la route !

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 307.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. Paul Blanc.** Pas de chance ! *(Sourires sur les travées de l'UMP.)*

**M. François Autain.** Je recommencerais !

**M. le président.** Madame la ministre, les trois amendements réservés tout à l'heure, c'est-à-dire les amendements n°s 396 rectifié, 538 et 533, doivent-ils être examinés ce soir ou à la fin de la discussion des amendements ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** À la fin !

**M. le président.** Cette précision va permettre à la commission des finances de se rapprocher de la commission des affaires sociales pour trouver une solution en toute sérénité.

Je suis saisi de trois amendements identiques.

L'amendement n° 404 est présenté par M. Revet.

L'amendement n° 450 est présenté par MM. Milon, P. Blanc, Laménie et Houpert et Mmes Sittler et Panis.

L'amendement n° 495 est présenté par MM. About et A. Giraud, Mme Payet, M. Vanlerenberghe et les membres du groupe Union centriste.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

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

Les deux derniers alinéas de l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles tel qu'il résulte du III de l'article 63 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :

« 3° Des tarifs journaliers afférents aux prestations relatives à l'hébergement, fixés par le président du conseil général, dans des conditions précisées par décret et opposables aux bénéficiaires de l'aide sociale accueillis dans des établissements habilités totalement ou partiellement à l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées. Ce décret détermine le contenu des tarifs journa-

liers afférents aux prestations relatives à l'hébergement qui ne peuvent comporter des dépenses intégrées dans les tarifs relatifs aux soins et à la dépendance cités respectivement aux 1° et au 2°.

« Pour les établissements mentionnés à l'article L. 342-1 à l'exception de ceux mentionnés au 4°, les prestations relatives à l'hébergement sont fixées et contrôlées dans les conditions prévues par les articles L. 342-2 à L. 342-6.

« Les tarifs correspondant à des prestations complémentaires et librement acceptées et acquittées par les résidents, à la condition qu'elles ne relèvent pas des tarifs cités aux 1°, 2° et 3°, constituent des suppléments aux tarifs journaliers afférents à l'hébergement. Ils doivent être établis par l'organe délibérant de la personne morale gestionnaire pour chaque catégorie homogène de prestation faisant l'objet d'un paiement par les résidents ou leurs représentants au sein de l'établissement. Les tarifs des suppléments aux tarifs journaliers doivent être communiqués aux titulaires d'un contrat de séjour ou à leurs représentants, et portés à la connaissance du président du conseil général et du public dans des conditions fixées par décret.

« Pour les établissements mentionnés à l'article L. 342-1 et les résidents non admis à l'aide sociale dans les établissements relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code et du 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, les prestations relatives aux suppléments aux tarifs journaliers afférents à l'hébergement sont fixées et contrôlées dans les conditions prévues par les articles L. 342-2 à L. 342-6 du présent code. »

L'amendement n° 404 n'est pas soutenu.

La parole est à M. Alain Milon, pour présenter l'amendement n° 450.

**M. Alain Milon.** Le rapport publié cet été par l'Inspection générale des affaires sociales, l'IGAS, sur le « reste à charge » en maison de retraite a montré que, sous ce terme générique, lié au tarif de l'hébergement, se manifestent de fait des situations très différentes.

Ainsi, le blanchissage du linge des résidents et d'autres prestations peuvent être inclus dans le tarif hébergement ou exclus de celui-ci.

Il est également connu que des opérateurs peu scrupuleux, tirant parti de la vulnérabilité des usagers et de leurs proches, facturent en sus les protections pour incontinence, alors qu'elles sont incluses dans le tarif dépendance. Certains peuvent exiger des « forfaits de surveillance particulière », qui relèveraient pour leur part du périmètre des forfaits soins. D'autres, enfin, portent en plus sur les factures des prestations d'animation qui peuvent pour une part être incluses dans le tarif hébergement : cette facturation supplémentaire n'est pas nécessairement illégitime, mais elle doit être encadrée.

Cette situation très hétérogène quant aux prestations prises en charge par le tarif hébergement des maisons de retraite montre que la définition précise de celui-ci a été le grand oublié des réformes successives de la tarification des maisons de retraite. Il demeure aujourd'hui défini par « ce qui n'est pas inclus dans le tarif soins ou le tarif dépendance », ce qui n'est pas suffisant et engendre de nombreuses ambiguïtés.

Outre la difficulté, pour les usagers, de définir un véritable rapport qualité-prix des établissements, ce qui les expose à des abus tarifaires, cette opacité présente deux graves incon-

vénients collectifs. Tout d'abord, il est impossible de considérer avec précision le périmètre effectif de ce qui ressortit potentiellement à la couverture du risque de la perte d'autonomie. Ensuite, comment mesurer précisément le taux d'accessibilité financière des maisons de retraite par territoire, au regard de la population desservie ?

Il est temps de prendre en considération la nature tarifaire et le niveau des tarifs pratiqués, qui est un bien meilleur révélateur des besoins que le seul taux d'équipement moyen en lits de maisons de retraite pour 1 000 personnes de moins de 75 ans, qui demeure à l'heure actuelle le seul repère, peu pertinent, et ce à double titre.

En premier lieu, l'entrée en maison de retraite se fait désormais vers 85 ans, tandis que la durée moyenne de séjour est de l'ordre de deux ans et demi.

En second lieu, la notion d'accessibilité financière semble dorénavant plus appropriée que le seul critère d'accessibilité géographique.

Cet amendement vise donc à préciser la nature des prestations couvertes par les tarifs afférents à l'hébergement.

**M. le président.** La parole est à M. Nicolas About, pour présenter l'amendement n° 495.

**M. Nicolas About.** Monsieur le président, je considère qu'il a été brillamment défendu par M. Milon.

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

**Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur de la commission des affaires sociales pour le secteur médico-social.** Cet amendement, excellemment présenté par M. Alain Milon, vise à compléter l'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, relatif à la réforme de la tarification des EHPAD, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, afin de préciser les modalités de fixation du tarif afférent à l'hébergement.

Je partage l'analyse des auteurs de ces amendements sur deux points.

Tout d'abord, les tarifs d'hébergement sont très variables d'un établissement à l'autre, en fonction du périmètre des prestations retenues, ce qui entraîne des écarts de reste à charge parfois importants pour les usagers.

Ensuite, force est de constater que le coût encore très élevé du reste à charge constitue toujours une barrière à l'entrée dans les EHPAD.

Je soutiens donc la démarche qui tend à définir précisément les contours du tarif afférent à l'hébergement.

Toutefois, je tiens à préciser – mais les auteurs de ces amendements l'ont certainement à l'esprit – que le décret relatif à la mise en œuvre de la réforme de la tarification des EHPAD, qui précisera notamment les prestations couvertes par le tarif afférent à l'hébergement, sera publié très prochainement.

Aussi la commission s'en remet-elle à la sagesse de la Haute Assemblée sur ces deux amendements identiques.

**M. Nicolas About.** Vous avez raison, madame le rapporteur !

**M. le président.** Nous sommes heureux d'accueillir Mme Nora Berra en cet agréable samedi soir et nous lui souhaitons la bienvenue dans notre hémicycle.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** Merci, monsieur le président.

**M. le président.** Vous avez la parole, madame la secrétaire d'État, pour donner l'avis du Gouvernement sur les amendements identiques n°s 450 et 495.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État chargée des aînés.** Monsieur le président, madame la présidente de la commission, monsieur le rapporteur général, madame le rapporteur, mesdames, messieurs les sénateurs, le Gouvernement partage sans réserve les préoccupations qui ont été exprimées au travers de ces deux amendements.

Il faut garantir à chaque financeur – usagers, conseils généraux et assurance maladie – que sa part ne sera pas indument augmentée de charges pesant normalement sur ses partenaires.

À cet égard, l'instauration par l'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 de deux forfaits globaux pour les soins et la dépendance et de tarifs journaliers d'hébergement a consolidé le fonctionnement tripartite du système.

Messieurs Milon et About, comme vous le précisez vous-mêmes dans vos amendements, il revient désormais au pouvoir réglementaire d'explicitier le contenu de ces forfaits et tarifs.

Le projet de décret qui vient d'être mentionné par Mme Desmarescaux sera prochainement transmis au Conseil d'État, après une concertation très approfondie avec l'ensemble des acteurs.

Concernant plus particulièrement la définition du tarif hébergement, je tiens à vous assurer que le Gouvernement a été particulièrement attentif à ce que la rédaction du décret limite au strict nécessaire la charge pesant sur les résidents.

Sur les compléments tarifaires, je partage, messieurs les sénateurs, votre souci d'assurer une véritable transparence sur leur facturation. Il est en effet inacceptable que certains établissements ne précisent pas la nature de ces suppléments, voire facturent aux résidents des prestations couvertes par les forfaits dépendance. De telles pratiques ne doivent donc pas se perpétuer.

Ces points seront explicitement identifiés dans le décret en cours d'élaboration.

Aussi, le Gouvernement demande le retrait de ces amendements identiques, qui seront satisfaits par le futur décret.

**M. le président.** La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote sur les amendements identiques n°s 450 et 495.

**M. Guy Fischer.** Je regrette que Mme la secrétaire d'État demande le retrait de ces deux amendements identiques.

En effet, la publication du futur décret soulève de très fortes inquiétudes. En tant que parlementaires, nous sommes aujourd'hui sollicités, notamment par les directeurs d'EHPAD. Les familles sont, elles aussi, très inquiètes.

Aujourd'hui, comme vous l'avez rappelé, madame la secrétaire d'État, des conventions tripartites régissent le système. Prochainement, un projet de loi sur la dépendance devrait nous être soumis. À cette occasion, l'une des premières inquiétudes à apaiser sera l'évolution du reste à charge, qui devient de plus en plus lourd, voire insupportable pour les familles.

La plupart du temps les familles gardent leurs aînés auprès d'elles le plus longtemps possible. Quand elles décident de les confier à un EHPAD, c'est parce que la dépendance est devenue insupportable et qu'elles étouffent.

Elles se heurtent alors à une première difficulté : le manque de place. Pour monter un dossier d'EHPAD, croyez-moi, pour en avoir fait l'expérience dans ma ville de Vénissieux avec la Mutualité française, je sais que ce n'est pas simple.

La seconde difficulté est tarifaire, le conseil général et l'assurance maladie entendant contraindre leurs dépenses.

Je ne crois donc pas me tromper en disant qu'il existe de fortes inquiétudes chez les directeurs d'EHPAD, concernant le projet de décret, mais aussi auprès des familles, une place dans un EHPAD coûtant pratiquement 2 000 euros par mois.

**M. le président.** Monsieur Milon, l'amendement n° 450 est-il maintenu ?

**M. Alain Milon.** J'ai bien noté qu'un projet de décret était en cours, mais, comme on dit en Catalogne, dans le pays de Paul Blanc, il vaut mieux une pomme de terre dans l'assiette qu'un pigeon qui vole ! (*Sourires.*) Aussi, je maintiens mon amendement. Nous verrons bien ce qu'il adviendra par la suite.

**M. le président.** Monsieur About, qu'en est-il de l'amendement n° 495 ?

**M. Nicolas About.** Je le maintiens.

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n° 450 et 495.

*(Les amendements sont adoptés.)*

**M. le président.** La pomme de terre l'a emporté sur le pigeon. (*Rires.*)

Je constate que ces amendements ont été adoptés à l'unanimité des présents.

Un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 31.

Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 403 est présenté par M. Revet.

L'amendement n° 449 est présenté par MM. Milon, P. Blanc, Laménie, Houpert et Gilles, Mlle Joissains et Mmes Sittler et Paris.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

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

Le premier alinéa de l'article L. 342-3-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Les établissements d'hébergement pour personnes âgées habilités au titre de l'aide sociale mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 peuvent être soumis aux dispositions du présent chapitre à la demande de l'organe délibérant de la personne morale gestionnaire, lorsqu'il est constaté que l'établissement a accueilli en moyenne moins de 50 % de bénéficiaires de l'aide sociale par rapport à sa dernière capacité agréée sur les trois exercices précédant celui de la demande. Cette faculté est exercée par les établissements publics et les établissements et services sociaux et médico-sociaux privés d'intérêt collectif mentionnés à l'article L. 311-1 qui indiquent les dispositions qu'ils adoptent pour limiter le reste à charge des usagers, dans le cadre de la convention d'aide sociale conclue avec le conseil général compétent. »

L'amendement n° 403 n'est pas soutenu.

La parole est à M. Alain Milon, pour présenter l'amendement n° 449.

**M. Alain Milon.** Il y a lieu d'harmoniser les dispositions de l'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 sur la tarification des EHPAD avec celles qui concernent les établissements et services sociaux et médico-sociaux privés d'intérêt collectif et qui sont mentionnées dans la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Aux termes de cette dernière, les organes délibérants des personnes morales gestionnaires adoptent un projet institutionnel décrivant les modalités selon lesquelles les établissements privés d'intérêt collectif limitent le reste à charge pesant sur les usagers.

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

**Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur.** Cet amendement vise à proposer une nouvelle rédaction de l'article L. 342-3-1 du code de l'action sociale et des familles.

Son adoption emporterait une conséquence majeure non explicitée par votre présentation, mon cher collègue : en lieu et place du conseil général, l'organe délibérant de la personne morale gestionnaire de l'établissement, c'est-à-dire le conseil d'administration – personne ne l'ignore –, pourrait fixer librement les tarifs applicables aux non-bénéficiaires de l'aide sociale. En revanche, les tarifs applicables aux bénéficiaires de l'aide sociale continueront, quant à eux, à être fixés par le conseil général dans le cadre de la convention d'aide sociale.

Cet amendement prévoit également que les établissements devront néanmoins indiquer dans la convention les mesures qu'ils entendent prendre pour limiter le reste à charge des usagers. Entreraient dans le champ d'application de cette mesure à la fois les établissements médico-sociaux publics et les établissements médico-sociaux privés d'intérêt collectif, d'ailleurs créés par la loi HPST, dont vous avez été l'ardent défenseur.

Votre proposition ouvrirait la voie à une libéralisation, donc à une possible dérive, des tarifs applicables aux non-bénéficiaires de l'aide sociale. En effet, je le répète, chaque conseil d'administration pourrait fixer ses tarifs comme il l'entend sans que le conseil général ait à se prononcer.

**M. le président.** Ce serait fâcheux !

**M. Jean-Pierre Godefroy.** Absolument !

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

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** Cet amendement me semble aller au-delà de la simple mesure d'harmonisation de l'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 avec la loi Hôpital, patients, santé et territoires, évoquée dans son exposé des motifs.

Il vise en effet à supprimer l'accord du président du conseil général sur la demande de fixation des tarifs d'hébergement formulée par un établissement habilité au titre de l'aide sociale. Une telle disposition reviendrait à prendre le risque d'une hausse des tarifs, comme vient de l'indiquer Mme le rapporteur, alors que le reste à charge des personnes âgées hébergées en établissement est une préoccupation majeure des Français, et un sujet de tout premier ordre pour moi.

Je rappelle par ailleurs que des concertations sont en cours dans le cadre du projet de décret pris en application de l'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.



Je le réaffirme ici, comme je l'ai déjà fait à plusieurs reprises, il n'est pas question de permettre une libéralisation des tarifs dans les secteurs public et associatif.

**M. François Autain.** Nous sommes d'accord !

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** Cet engagement reste intact et justifie que le Gouvernement demande le retrait de cet amendement. À défaut, il émettra un avis nettement défavorable.

**M. le président.** Monsieur Milon, l'amendement n° 449 est-il maintenu ?

**M. Alain Milon.** Je n'avais pas interprété l'amendement en ce sens. Si tel avait été le cas, je ne l'aurais pas présenté.

En conséquence, je le retire.

**M. François Autain.** Très bon repentir !

**M. le président.** L'amendement n° 449 est retiré.

L'amendement n° 306, 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 31, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 3131-11 du code de la santé publique, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Art. L... – Dès lors que le ministre en charge de la santé décide de l'application des mesures visées à l'article L. 3131-1 et suivants, et que ces mesures peuvent avoir pour effet d'engager la participation financière des organismes visés aux articles L. 182-3-1 et L. 182-4-1 du code de la sécurité sociale, il est tenu de les saisir pour avis sur l'application de ces mesures. »

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Je vais le défendre brièvement.

**M. le président.** Quand vous dites cela, je suis inquiet !

**M. François Autain.** Les auteurs de cet amendement considèrent que l'UNCAM et l'UNOCAM, parce que ces organismes peuvent être appelés à contribuer financièrement aux mesures prises par le Gouvernement au titre de l'urgence sanitaire ou du risque pandémique, doivent pouvoir donner leur avis sur ces mesures.

**M. le président.** Je vous félicite de votre concision.

**M. François Autain.** C'est suffisamment rare pour être signalé !

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

**Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur.** Cet amendement prévoit que les mesures d'urgence prises par le ministre en charge de la santé et les représentants de l'État territorialement compétents en cas de menace sanitaire grave, notamment en cas de menace d'épidémie, soient prises après avis de l'UNCAM et de l'UNOCAM si elles peuvent avoir pour effet d'engager leur participation financière.

Ce genre de mesure relevant par essence des compétences régaliennes de l'État, il ne paraît pas possible d'imposer aux autorités publiques les consultations proposées. La commission demande donc aux auteurs de cet amendement de le retirer. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** Avis défavorable.

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

**M. Guy Fischer.** Cet amendement, chacun l'aura compris, vise à réagir aux événements survenus récemment à la suite de la pandémie de grippe A. Je vais être un peu plus long que François Autain,...

**M. François Autain.** Je suis toujours un peu laconique ! (*Sourires.*)

**M. Guy Fischer.** ... car je tiens à expliquer notre position.

Le Gouvernement, sans doute soucieux d'appliquer le principe de précaution, a décidé de commander 94 millions de doses de vaccins et 33 millions de traitements antiviraux. Il a ensuite prévu, dans le cadre de l'examen du PLFSS pour 2010, de soumettre les organismes d'assurance santé complémentaire à une contribution importante. Or nous avons constaté avec regret que ceux-ci n'avaient pas été consultés en amont et qu'ils étaient mis devant le fait accompli.

Aussi, par cet amendement, nous entendons permettre à ces organismes de donner leur avis, dès lors qu'ils participent financièrement aux mesures d'urgence déclarées par le ministre en charge de la santé. Cela implique leur complète information, ce qui suppose que leur soit communiquée l'intégralité des contrats. Pour notre part, nous avons essayé de nous procurer lesdits contrats, mais nous n'y sommes par parvenus.

**M. François Autain.** Exactement !

**M. Guy Fischer.** C'est secret-défense !

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 306.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**M. le président.** L'amendement n° 471, présenté par MM. Milon et Houpert et Mmes Sittler et Panis, est ainsi libellé :

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

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

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

La parole est à M. Alain Milon.

**M. Alain Milon.** Face à l'impératif de maîtrise des dépenses hospitalières, une régulation par les prix, désormais à l'échelle nationale dans le contexte de la tarification à l'activité, s'ajoute à une régulation par les volumes.

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

En dépit des intentions qui prévalaient lors de la publication de l'ordonnance de 2003, il s'avère aujourd'hui que le dispositif des OQOS, dont l'une des vertus principales devait être de corriger les éventuels effets pervers de la T2A afin de garantir l'accès aux soins et de répartir de manière optimale l'offre en fonction des besoins, n'est pas à même de satisfaire à cette exigence, voire la contredit.

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

Le dépassement d'un objectif d'activité préalablement fixé ne saurait être opposé à un établissement que dans une seule hypothèse, celle de la réalisation d'actes inutiles ou injustifiés. C'est pourquoi il est proposé de pouvoir déroger à titre expérimental au système des objectifs quantifiés en contrepartie de la mise en œuvre d'une démarche d'évaluation de la pertinence des actes et des hospitalisations par des établissements volontaires.

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

**Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur.** Monsieur Milon, malgré tout l'intérêt que vous portez à cet amendement, je vous demande de bien vouloir le retirer, sinon je serais contrainte d'émettre un avis défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Même avis que Mme le rapporteur.

**M. le président.** Monsieur Milon, l'amendement n° 309 est-il maintenu ?

**M. Alain Milon.** Lorsque deux femmes me présentent en même temps leur demande, je ne peux faire autrement que d'y souscrire.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je reconnais là votre galanterie !

**M. le président.** L'amendement n° 471 est retiré.

L'amendement n° 309, 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 31, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le troisième alinéa de l'article L. 952-23-1 du code de l'éducation, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Chaque membre du personnel enseignant universitaire titulaire ou non titulaire de médecine générale défini par cet article conclut avec les Agences régionales de santé un contrat sur la base duquel il perçoit une rémunération complémentaire aux revenus issus de l'exercice de ses fonctions de soins en médecine générale ambulatoire. Ce contrat est conforme à un contrat type élaboré par le ministère de la santé, de la jeunesse et des sports et prévoit des engagements individualisés qui peuvent porter sur les modalités d'exercice, la diffusion des recommandations de bonne pratique en médecine générale, la participation à toute action d'amélioration des pratiques, la participation à des actions de dépistage et de prévention. Les indicateurs observés sont définis scientifiquement par la Haute Autorité de santé. »

La parole est à M. Guy Fischer.

**M. Guy Fischer.** La loi du 8 février 2008 est venue conforter la place de la médecine générale dans notre pays en reconnaissant les enseignants de médecine générale qui exercent leur activité de soins en médecine ambulatoire. Cette reconnaissance est toutefois imparfaite, puisque l'enseignement en médecine est avant tout tourné vers le système hospitalier. Cela explique sans doute pourquoi a été créé le statut de médecin associé.

À l'heure actuelle, sauf erreur de ma part, dix professeurs universitaires de médecine générale ont été nommés par décret et dix autres devraient l'être prochainement. Trente chefs de clinique ont également été nommés, mais, à ce jour, aucun maître de conférences.

Comme on manque d'enseignants, le Gouvernement n'a pas voulu supprimer la filière historique – c'est sans doute sage –, c'est-à-dire les enseignants associés, qui, faut-il le rappeler, sont tout de même payés 2,5 fois moins que les titulaires. Il y aurait peut-être un effort à faire dans ce domaine, comme à l'égard des maîtres de conférences associés, qui ne perçoivent que 1 000 euros par mois pour cette activité.

Or, comme vous le savez, toute la difficulté vient du fait que, contrairement aux enseignants en médecine d'autres spécialités, les enseignants de médecine générale exercent en cabinet. Leur rémunération est donc très souvent fonction du nombre d'actes qu'ils réalisent, alors que les enseignants qui ont une carrière hospitalière sont rémunérés au forfait ou sont salariés.

Pour faire simple, le temps où l'enseignant de médecine générale enseigne ou forme son stagiaire n'est pas rémunéré, puisqu'il ne réalise pas d'actes.

Nous considérons pour notre part que pour rendre réellement attractive la profession de médecin de premier recours, il faut tout mettre en œuvre pour revaloriser la fonction. Cela passe par la possibilité de compter sur des professionnels de qualité, capables à la fois de transmettre et de motiver. En l'état actuel de la situation, cela nous semble compliqué.

C'est pourquoi nous proposons, avec cet amendement, que chaque membre du personnel enseignant universitaire titulaire ou non titulaire de médecine générale puisse conclure avec les Agences régionales de santé un contrat sur la base duquel il perçoit une rémunération complémentaire aux revenus issus de l'exercice de ses fonctions de soins en médecine générale ambulatoire.

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

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

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Monsieur Fischer, cela existe. En effet, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a créé un contrat similaire à celui que vous proposez. Sur la base de ce contrat type, des contrats sont passés entre les chefs de clinique de médecine générale et les URCAM. Le projet d'ordonnance de coordination prise en application de la loi du 21 juillet 2009 – mais je comprends que vous n'avez pas suivi ces textes qui sont récents – prévoit que la gestion de ces contrats sera désormais assurée par les agences régionales de santé.

Votre amendement est donc satisfait.

**M. le président.** Monsieur Fischer, l'amendement n° 309 est-il maintenu ?

**M. Guy Fischer.** Si ce dispositif va s'appliquer, cela signifie que nous avons posé un vrai problème !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Oui !

**M. Guy Fischer.** Dans ces conditions, madame la ministre, pour vous faire plaisir une seule fois (*Sourires et exclamations*),...

**M. le président.** Oh, ne dites pas une chose pareille !

**M. Guy Fischer.** ... je retire cet amendement.

**M. le président.** L'amendement n° 309 est retiré.

L'amendement n° 370, 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 31, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement dépose sur le Bureau des assemblées, au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2010, un rapport étudiant l'opportunité de modifier la législation, et plus particulièrement l'arrêté du 21 mars 2005 relatif à la classification commune des actes médicaux remplaçant l'ancienne nomenclature générale des actes professionnels, afin d'autoriser les titulaires du diplôme de médecine générale à coter dans les mêmes conditions que les autres médecins spécialistes.

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Comme vous le savez, madame la ministre, la question de la rémunération des médecins généralistes, qui ont obtenu le diplôme de « spécialiste de médecine générale » – il n'y a plus de généralistes, ni d'omnipraticiens, maintenant tout le monde est spécialiste ! –, fait encore débat. Les décisions juridiques se multiplient, sans être pour autant concordantes.

Ainsi, le tribunal des affaires de la sécurité sociale de Laon a-t-il rendu, le 15 septembre dernier, un avis défavorable à un omnipraticien de l'Aisne, praticien spécialiste de médecine générale, qui avait coté CS. Peu de temps après, à quelques kilomètres de là, le tribunal de Strasbourg a rendu un arrêt radicalement différent, puisque la cour a décidé « que le praticien remplit les conditions de qualifications nécessaires et peut prétendre à la cotation CS réservée aux spécialistes ».

Au groupe CRC-SPG, nous partageons l'avis rendu par cette cour, et nous considérons que la possibilité de coter CS est indispensable pour encourager les étudiants en médecine à s'orienter vers la médecine générale, surtout si celle-ci est pleinement reconnue, y compris financièrement, comme étant une spécialité.

Nous avons déjà déposé un amendement analogue, madame la ministre, et vous nous aviez fait la réponse suivante : « Sur un plan juridique, le rétablissement du tarif à 23 euros ne vaut que pour le médecin qui a esté en justice, et en aucun cas pour l'ensemble des médecins ».

Je trouve cette réponse étonnante, particulièrement si on la compare à la manière dont vous traitez la MDA pour les femmes salariées. Je sais que vous n'aimez pas les acronymes, monsieur le président, aussi j'indique que la MDA est la majoration de durée d'assurance.

**M. le président.** Le public, dans les tribunes, peut ainsi suivre les débats.

**M. François Autain.** Bien sûr !

En effet, pour la MDA, il suffit qu'une décision de justice vienne contredire une décision précédente pour que vous vous empressiez de réformer la législation. En revanche, dès lors qu'il s'agit de revaloriser la spécialité de médecine générale, peu importe que les procès se succèdent et que les décisions se contredisent.

Madame la ministre, les organisations qui représentent les médecins généralistes ont déjà fait savoir qu'elles « encouragent leurs adhérents à mener la guérilla de la tarification ». Sur une disposition aussi importante que celle-ci, est-il normal, madame la ministre, de laisser les tribunaux trancher ? Est-il normal de laisser perdurer une situation qui crée inmanquablement des disparités entre les professionnels de santé en fonction du ressort juridique dont ils dépendent ?

Nous ne le croyons pas. C'est pourquoi, dans l'intérêt même des patients, qui ont tout à gagner à une revalorisation de la médecine générale, notamment dans la lutte contre les déserts médicaux, il nous semble que le Gouvernement doit apporter une réponse rapide à cette question. C'est ce que j'attends de vous, madame la ministre.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Madame la ministre, je vous avais posé une question d'actualité concernant les médecins généralistes avant l'été. Vous nous aviez apporté un certain nombre d'éléments de réponse, en précisant d'ailleurs que la majoration d'un euro attendue était provisionnée, mais qu'elle était conditionnée à l'avancée des négociations conventionnelles. Vous allez pouvoir nous dire si la situation a évolué depuis.

En réalité, il s'agit plutôt d'un amendement d'appel pour savoir où en est le Gouvernement sur ce dossier. L'objet de cet amendement fait par ailleurs référence à une question récurrente émanant des professionnels de santé et des fédérations hospitalières sur la mise en œuvre de la CCAM clinique, qui ne semble pas avancer très vite.

**M. François Autain.** Cela ne passionne pas ! C'est conventionnel !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** La CCAM technique est progressivement mise en place, mais la CCAM clinique ne semble pas mobiliser les foules...

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Ma position n'a pas changé depuis la séance de questions d'actualité que vous avez mentionnée ; je vais donc réitérer la réponse que je vous avais faite.

La revalorisation de la filière de médecine générale, qui passe par un certain nombre de dispositifs que je ne rappellerai pas, nous en avons largement discuté, n'implique pas le passage de la cotation C à CS. Il convient de faire la distinction entre ces deux métiers. Je ne souhaite pas que la cotation C soit équivalente à la cotation CS.

Néanmoins, j'ai indiqué que l'augmentation du C – ce qui, juridiquement, n'est pas la même chose – était provisionnée dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale et que je l'avais assortie de conditions extrêmement fortes en matière de dépassement d'honoraires et de démographie médicale. Comme les conditions que j'avais posées à cette augmentation n'étaient pas réunies, même si des progrès avaient été réalisés, en particulier dans

la négociation sur le secteur optionnel, mais, le moins que l'on puisse en dire, est qu'elle n'était pas aboutie, je n'avais pas souhaité bouger sur cette affaire.

**M. François Autain.** Alors, quand ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je constate qu'un certain nombre de procédures sont en cours. Néanmoins, en attendant l'issue de ces procédures, en particulier la dernière devant une plus haute instance, je reste sur ma position. Je ne vois pas l'objet ni l'intérêt d'un rapport sur l'opportunité d'autoriser les médecins généralistes à coter CS. Je suis défavorable à cet amendement.

**M. le président.** La parole est à M. François Autain, pour explication de vote sur l'amendement n° 370. Soyez bref, je vous prie.

**M. François Autain.** J'ai droit à cinq minutes !

**M. le président.** Certes, mais n'exagérez pas, nous sommes samedi soir...

**M. Paul Blanc.** M. Autain a le devoir d'être bref !

**M. François Autain.** Madame la ministre, il est bien entendu que si nous vous avons demandé la remise d'un rapport, c'est parce qu'il fallait bien donner une forme à cet amendement.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Si c'est n'importe quoi, alors ça va !

**M. François Autain.** Je souhaitais savoir si le Gouvernement avait l'intention de laisser se multiplier les procès à droite et à gauche. Le collègue qui a obtenu satisfaction va pouvoir continuer à coter CS (*Mme le ministre fait un signe de dénégation*), et celui qui n'a pas obtenu gain de cause sera obligé de coter C.

Je me demandais également si l'impossibilité pour un spécialiste de médecine générale de coter CS était liée à l'augmentation prévue à 23 euros ou si elle serait maintenue lorsque les spécialistes de médecine générale auront obtenu satisfaction en matière de rémunération, puisque le montant de leur consultation sera équivalent à celui d'autres spécialistes. Dès lors, il n'y aura plus aucune raison formelle de faire une différence entre le CS du spécialiste de médecine générale et le CS du spécialiste en otorhinolaryngologie, etc. Telle est la question qui se pose.

**M. le président.** Vous avez la parole, madame la ministre. C'est un débat entre M. Autain et vous-même.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Ce n'est pas le premier et ce ne sera sans doute pas le dernier, monsieur le président. (*Sourires.*)

Je voudrais m'adresser aux médecins qui cotent le C à 23 euros. Ils sont en dehors de la procédure conventionnelle et exposent leurs malades au non-remboursement non seulement du 1 euro mais de la totalité de la consultation. Je rends attentifs les médecins aux risques qu'ils font prendre à leurs malades, et je le dis de façon très solennelle, avant que les décisions ne soient rendues.

Une affaire est pendante devant la Cour de cassation. J'ai dit quelle était ma doctrine : attendons l'avis de la Cour de cassation pour trancher définitivement la question. Je le répète : le C, ce n'est pas le CS ! Et même s'il devait y avoir une égalité entre le C et le CS, juridiquement le C resterait la rémunération du médecin généraliste, le CS la rémunération des autres médecins spécialistes.

**M. François Autain.** Je retire mon amendement, monsieur le président.

**M. le président.** Une fois de plus, Mme la ministre vous convainc.

**M. François Autain.** Je progresse !

**M. le président.** Je le constate !

L'amendement n° 370 est retiré.

### Article 31 bis (nouveau)

Sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des dépenses de médicaments et sur recommandation du conseil de l'hospitalisation, l'État arrête, chaque année, un taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments remboursées sur l'enveloppe de soins de ville, prescrits par les professionnels de santé exerçant au sein des établissements publics de santé.

Lorsque l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate que les dépenses de médicaments occasionnées par les prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein d'un établissement de santé ont connu une progression supérieure à ce taux, elle peut proposer de conclure, avec l'établissement de santé et l'organisme local d'assurance maladie, un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les médicaments, d'une durée de trois ans.

Ce contrat est conforme à un contrat-type élaboré selon les modalités définies à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique et comporte notamment :

1° Un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de médicaments de l'établissement en lien avec le taux d'évolution des dépenses de médicaments fixé nationalement et actualisé annuellement par avenant ;

2° Un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières en termes de prescription de médicaments.

En cas de refus de l'établissement de conclure ce contrat, l'agence régionale de santé lui enjoint de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de médicaments qui lui sont imputables, dans la limite de 10 % de ces dépenses.

Si à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que l'établissement de santé n'a pas respecté l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de médicaments, et après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, l'agence régionale de santé peut lui enjoindre de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de médicaments qui lui sont imputables, dans la limite du dépassement de son objectif.

Si à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que des économies ont été réalisées par rapport à l'objectif, l'agence régionale de santé peut enjoindre à l'organisme local d'assurance maladie de verser à l'établissement de santé une fraction des économies réalisées.

Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent article.

**M. le président.** L'amendement n° 501, présenté par MM. Badré et Vanlerenberghe, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

Cet amendement n'est pas soutenu.

Je mets aux voix l'article 31 bis.

(*L'article 31 bis est adopté.*)

**Article 32**

- ① IA (*nouveau*). – Le VI de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) est ainsi rédigé :
- ② « VI. – Le I, à l'exclusion du quatrième alinéa, le II, le V, à l'exception du G, et le VII du présent article sont applicables aux établissements de santé de Guyane mentionnés aux *a* et *b* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, selon des modalités et un calendrier fixés par décret, et sous les réserves suivantes :
- ③ « 1° Au deuxième alinéa du B du V, l'année : "2008" est remplacée par l'année : "2010" ;
- ④ « 2° Au troisième alinéa du C et au D du V, l'année : "2012" est remplacée par les mots : "une date fixée par décret".
- ⑤ « Ces dispositions entrent en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2010. »
- ⑥ I. – Le premier alinéa du VII de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 précitée est ainsi modifié :
- ⑦ 1° L'année : « 2012 » est, par trois fois, remplacée par l'année : « 2018 » ;
- ⑧ 2° (*nouveau*) À la dernière phrase, le mot : « octobre » est remplacé par le mot : « septembre » ;
- ⑨ 3° (*nouveau*) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :
- ⑩ « Ce bilan contient également un programme précisant la méthode et les étapes permettant de progresser dans la réalisation de la convergence intersectorielle des tarifs avant l'échéance de 2018. »
- ⑪ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑫ 1° A (*nouveau*) À la première phrase du premier alinéa du V de l'article L. 162-22-10, le mot : « octobre » est remplacé par le mot : « septembre » ;
- ⑬ 1° B (*nouveau*) À la fin du dernier alinéa du I de l'article L. 162-22-10, la référence : « II » est remplacée par la référence : « II *bis* » ;
- ⑭ 1° Après le 6° de l'article L. 174-1-1, il est inséré un 7° ainsi rédigé :
- ⑮ « 7° Les activités de soins dispensés par un hôpital établi dans un autre État à des patients relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, en application de dispositions communautaires ou d'un accord conclu entre la France et l'État concerné, ou en application d'un accord particulier conclu par la France soit dans le cadre de dispositions communautaires, soit dans le cadre d'un accord conclu avec cet État. » ;
- ⑯ 2° Après l'article L. 174-2-1, il est inséré un article L. 174-2-2 ainsi rédigé :
- ⑰ « Art. L. 174-2-2. – Une caisse primaire d'assurance maladie désignée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale peut verser à l'hôpital mentionné au 7° de l'article L. 174-1-1, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie, les sommes dues au titre des soins dispensés à des patients relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, en application des accords mentionnés à ce même 7°.
- ⑱ « Les sommes versées sont réparties entre les régimes selon les modalités prévues à l'article L. 174-2. »

**M. le président.** La parole est à M. Bernard Cazeau, sur l'article.

**M. Bernard Cazeau.** Le paragraphe I A de cet article prévoit le report de la convergence tarifaire intersectorielle des établissements de santé à 2018. Nous en sommes satisfaits. D'ailleurs, il était temps !

Nous craignons que, dans la pratique, la T2A, surtout la T2A à 100 %, ne soit en train de tuer l'hôpital public à petit feu.

En effet, en fixant un pseudo-prix de marché variant d'une année sur l'autre, la T2A n'a été qu'un outil technocratique de répartition, qui ne prend pas en compte ou qui prend assez peu en compte la qualité des soins, et même leur justification. Quant à la convergence tarifaire intrasectorielle, mélangeant tous les hôpitaux publics quelles que soient leur taille et leurs missions, et intersectorielle public-privé, elle n'a pas de fondement concret.

Soyons lucides, comparer les coûts sur une base purement technique, c'est nier toutes les opérations ou les situations qui ne sont prises en charge que par l'hôpital public : nous l'avons déjà dit et nous le redisons, l'accueil des précaires sans couverture sociale et des patients n'ayant pas de mutuelle, les cas les plus graves ou les plus complexes, greffes d'organes, de moelle, actes de neurochirurgie, accidents vasculaires cérébraux, sans parler de la réanimation néonatale, des maladies infantiles graves ou des maladies orphelines. Le privé refuse très souvent d'accomplir tous ces actes, car ils ne sont pas rentables. Parfois même, il transfère ces cas lorsque qu'ils sont trop graves ou qu'ils nécessitent une longue hospitalisation.

Affirmer que l'activité des cliniques est identique à celle d'un hôpital public, comme ne cessent de nous le répéter M. le rapporteur général de la commission des affaires sociales et M. Milon, c'est méconnaître totalement les charges très particulières et très lourdes qui pèsent sur les établissements publics : prise en charge de plus de 80 % des urgences par exemple, traitement de tous les cas difficiles, y compris les complications ou les infections qui surviennent à la suite d'un traitement dans une clinique privée.

Nous serons très vigilants à l'égard des propositions dogmatiques de la majorité d'avancer à 2014 le délai de mise en place totale de la T2A. Nous y sommes tout à fait opposés. Par ailleurs, nous attendons des informations précises sur la liste des groupes homogènes de séjour – GHS – qui feront l'objet d'une convergence intersectorielle dès l'année 2010.

**M. le président.** La parole est à M. Guy Fischer, sur l'article.

**M. Guy Fischer.** Vous le savez, nous sommes très fortement opposés à la convergence tarifaire entre les établissements publics et les établissements privés commerciaux, et c'est pourquoi nous continuons à demander sa suppression.

Cette convergence est avant tout une traduction de votre projet idéologique de démantèlement des établissements publics de santé dans un grand ensemble d'établissements dispensant des missions de service public de santé. Pour parler clair, c'est la privatisation de l'hôpital public. À cet égard, la loi HPST est un pas supplémentaire dans cette direction.

Pour notre part, nous considérons que la convergence part d'un mauvais postulat selon lequel les hôpitaux publics seraient trop chers, alors même qu'il n'existe pas, à

ce jour, d'outil performant et complet de comparaison. La Fédération de l'hospitalisation privée a mené une campagne auprès de nous tous.

En juillet dernier, nous nous étions félicités de l'adoption par le Sénat d'un amendement tendant à repousser à 2018 la convergence tarifaire, même si nous aurions préféré vous convaincre de la nécessité d'y renoncer totalement. Cet amendement n'était en fait qu'une illusion.

En effet, avec l'article 32, vous réintroduisez par la fenêtre la convergence que nous avons repoussée par la porte. Cet article prévoit effectivement l'entrée en vigueur, dès l'année prochaine, de certains éléments de la convergence tarifaire, comme la diminution de 150 millions d'euros de financement dédiés aux tarifs d'une dizaine de groupes homogènes de séjour et l'application de certains facteurs de rapprochement dès 2010.

Madame la ministre, vous avez déclaré à l'Assemblée nationale : « Je le dis à chaque examen du PLFSS et je le répète : convergence ne signifie pas égalité tarifaire ».

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Évidemment !

**M. Guy Fischer.** Le dire, c'est bien, le prouver, c'est mieux, d'autant que votre volonté de faire converger les tarifs ne prend pas en compte la spécificité des établissements publics de santé,...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Mais si !

**M. Guy Fischer.** ... non seulement en termes de missions, mais aussi en termes de populations soignées.

Aussi, madame la ministre, nous ne pouvons accepter les expérimentations prévues à l'article 32, car elles sont un véritable coup de canif aux engagements que vous avez pris vous-même en ces lieux voilà à peine quelques mois.

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

L'amendement n° 18 est présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 57 est présenté par M. Jégou, au nom de la commission des finances.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

I. – Alinéa 7

À la fin de cet alinéa, remplacer l'année :

2018

par l'année :

2014

II. – Alinéa 10

À la fin de cet alinéa, remplacer l'année :

2018

par l'année :

2014

III. – Après l'alinéa 10

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... – Dans le 2 du VI de l'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, l'année : « 2018 » est remplacée par l'année : « 2014 ».

La parole est à M. le rapporteur général, pour présenter l'amendement n° 18.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, nous abordons un sujet qui risque de retenir quelques instants notre attention, celui de la convergence tarifaire.

Cette convergence, je le rappelle, mes chers collègues, a été introduite dans le PLFSS de 2005. Elle devait être achevée – le Gouvernement l'avait solennellement déclaré – en 2012, avec une étape intermédiaire à 50 % en 2008, soit l'année dernière.

Dans un premier temps, le Gouvernement nous a demandé de renoncer à l'étape intermédiaire de 2008, ce que nous avons accepté. Aujourd'hui, il nous demande de repousser à 2018 l'achèvement du processus de convergence – il a fait cette annonce pendant l'examen par le Sénat du texte qui est devenu la loi HPST, ce qui vous avait valu, madame la ministre, une vive réaction de ma part en commission, je n'y reviens pas – et d'entériner cette annonce. La commission des affaires sociales ne peut souscrire à un tel renvoi, qui équivaut à un report *sine die*, voire à un abandon de la convergence. Nous ne partageons pas le point de vue de M. Fischer.

**M. François Autain.** Pas du tout en effet !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Nous pouvons d'autant moins souscrire à ce report que, dans le même temps, vous nous indiquez, madame la ministre, qu'une convergence ciblée sur quelques GHS serait réalisée dès 2010. D'un côté, on reporte la convergence à 2018, de l'autre, il faudrait mettre en œuvre au cours de l'exercice 2010 des mesures pourtant inapplicables en 2012.

Nous avons donc voulu faire le point sur cette question. À cet effet, nous avons organisé une table ronde dans le cadre de la MECSS, la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale, réunissant tous les acteurs intéressés. Permettez-moi, madame la ministre, de vous remettre le bref rapport publié à la suite de cette table ronde. (*M. le rapporteur général remet ledit rapport à Mme la ministre.*)

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je l'ai déjà !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Disons qu'il s'agit de la remise solennelle de ce document, que vous avez lu et relu. (*Sourires.*)

Il apparaît que toutes les études nécessaires à la réalisation de la convergence seront achevées en 2012. Alors pourquoi reporter la convergence à 2018 ? Un tel délai ne nous apparaît pas raisonnable. C'est pourquoi la commission, mes chers collègues, vous propose de limiter à 2014 le report de la convergence.

**M. François Autain.** Pourquoi 2014 ?

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** La convergence ne doit pas être un sujet idéologique, chers collègues du groupe CRC-SPG. Il s'agit uniquement d'améliorer l'efficacité de nos établissements de santé. Nous pensons que 2014 est une date tout à fait raisonnable. Pourquoi attendre six ans alors que les seize études qu'il avait été décidé de mener seront terminées à la fin de l'année 2012 ?

Telles sont les raisons pour lesquelles, mes chers collègues, nous vous invitons à adopter l'amendement de la commission des affaires sociales, ce qui nous permettra de débattre de cette question avec les députés.

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur pour avis, pour présenter l'amendement n° 57.

**M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis de la commission des finances.** Je ne reviendrai pas sur les excellents arguments de M. le rapporteur général, l'amendement de la commission des finances étant identique à celui de la commission des affaires sociales.

Permettez-moi simplement de revenir sur la discussion que nous avons ensemble depuis maintenant quelques jours.

À plusieurs reprises, madame la ministre, vous avez indiqué, en réponse à l'opposition, qu'il était préférable de privilégier l'efficacité de l'hôpital plutôt que d'instaurer de nouvelles taxes. À cet égard, vous avez cité des exemples extrêmement frappants sur le nombre de médecins, les services excédentaires, etc. Je n'y reviens pas.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Ce sont les chiffres de la Cour des comptes.

**M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis.** Permettez-moi de vous dire, madame la ministre, que la commission des finances ne comprend pas votre proposition de reporter la mise en œuvre de la convergence à 2018. Nous savons de quelles marges de manœuvre nous disposons et nous savons aussi que nous devons, d'un côté, faire des économies et, de l'autre, élargir l'assiette.

Certes, la commission des finances a une vision très budgétaire des choses, ce qu'un certain nombre de nos collègues nous reprochent peut-être, mais pourriez-vous nous expliquer, madame la ministre, les raisons de ce report, alors que le processus a débuté en 2005 et que les études seront terminées en 2012, comme vous l'avez-vous-même indiqué ? C'est d'ailleurs pour cela que la commission des affaires sociales et la commission des finances se sont logiquement mises d'accord sur l'année 2014. Deux années pour examiner les études nous paraissent largement suffisantes.

Un report à 2018 pourrait être pris pour un signe de renoncement par l'hôpital public – et par nos collègues du groupe CRC-SPG, qui sont contre la convergence –, ce qui ne l'encouragerait pas à poursuivre les efforts nécessaires à la restauration de l'équilibre de nos finances sociales voulue par le Sénat et l'Assemblée nationale.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement sur ces deux amendements ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Pour répondre aux propos liminaires du groupe CRC-SPG, la tarification à l'activité est le système le plus juste qui soit, contrairement à la dotation globale, qui était un système on ne peut plus injuste. Il est vrai que la tarification à l'activité a mis en lumière de façon cruelle un certain nombre de dysfonctionnements de l'hôpital public. Il faut avoir le courage de le dire ; il ne faut pas se payer de mots !

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** On sait d'où viennent les dérives. Je rappelle que les deux tiers des hôpitaux publics sont à l'équilibre et que le déficit de l'hôpital public n'est donc pas une fatalité.

Quand on analyse les raisons des déficits des hôpitaux publics, on retrouve toujours les mêmes causes : des investissements surdimensionnés relevant parfois plus d'une démarche clientéliste et patrimoniale que d'un souci de

répondre aux besoins réels des malades ; des responsables politiques ont parfois considéré l'hôpital comme la variable d'ajustement de politiques sociales menées par certaines collectivités territoriales. Ainsi, quand on constate, pour les mêmes activités, les mêmes produits une différence de personnel administratif allant de un à quatre, il y a de quoi se poser des questions !

Dans son dernier rapport, la Cour des comptes, dont j'ai en effet rappelé les chiffres, monsieur le rapporteur pour avis, a objectivé de façon incontestable les gains d'efficacité possibles de nos hôpitaux. Ainsi, quand on constate que pour un lit de pneumologie, le nombre de médecins varie entre un et dix, vous avouerez, monsieur Fischer, que cela pose tout de même quelques problèmes !

Il est vrai aussi que la dotation globale permettait une marge de négociations. Les grands élus allaient négocier une petite rallonge dans le bureau du ministre de la santé, ce qui explique les distorsions de rémunération tout à fait considérables constatées pour une même activité entre certains hôpitaux.

La T2A a révélé de manière très cruelle ces inégalités et je suis surpris que personne sur ces travées ne l'ait relevé.

Bien entendu, nous savons que l'hôpital public reçoit plus de malades en situation précaire et qu'il traite les cas les plus sévères.

**M. François Autain.** Il n'est jamais trop tard pour s'en apercevoir !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** J'ai d'ailleurs été la première à prendre en compte ces éléments puisque j'ai introduit dans la dernière tarification, la V11, un coefficient lié à la précarité et à la sévérité des cas. Ces deux coefficients ont ainsi permis de mobiliser des sommes très importantes – 18 millions d'euros supplémentaires – pour l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris.

Je connais les différences de missions entre le secteur privé et le secteur public. Un certain nombre de mécanismes, que je ne ferai pas l'injure à la Haute Assemblée de rappeler, permettent de les prendre en compte. Ils ont permis d'objectiver une différence de budget de 27 % pour des activités semblables. Les derniers rapports non contestés le montrent bien.

Comme vous l'avez rappelé, – c'est une phrase que je me plais à prononcer – la convergence signifie non pas l'égalité, mais la justice. À charge et à mission égales, la rémunération doit être équivalente. Cela me paraît un minimum !

Pour ma part, je veux faire avancer la convergence. D'ailleurs, c'est déjà le cas, puisqu'elle a progressé de dix points l'année dernière. Je m'y emploie en utilisant des dispositifs de toute sorte. Mais je veux le faire dans l'équité et la justice.

Je le répète, nous avons besoin de temps pour disposer d'études suffisamment crédibles, susceptibles d'être acceptées par l'ensemble des acteurs, afin de pouvoir analyser et quantifier les écarts de coûts entre secteurs public et privé. Les thèmes étudiés sont extrêmement complexes. Il n'est pas forcément facile d'évaluer les surcoûts liés au coût du travail ou à l'activité non programmée. La mise en place d'une démarche rationnelle et précise se justifie donc pleinement.

Le nombre des études est important. Je pourrais par exemple mentionner le tableau qui figure dans votre excellent rapport sur la convergence tarifaire. Vous pensiez peut-être que je ne l'avais pas lu,...

**M. Alain Vasselle**, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. Je n'ai pas dit cela ! Je ne me serais pas permis !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. ... mais vous vous trompiez. (*Sourires.*)

**M. François Autain**. Quelle puissance de travail !

**M. Guy Fischer**. Incroyable !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. Je ne sais pas si j'ai une grande puissance de travail, mais, en tout cas, je travaille beaucoup. (*Nouveaux sourires.*)

Le rapport recense onze thèmes et pas moins de dix-neuf études. Nous avons engagé des chantiers de manière très ample ; treize ont déjà été lancés et six le seront.

Et ce n'est pas parce que nous disposerons des études à la fin de l'année 2012 que nous en appliquerons les conclusions comme cela, de manière abrupte !

C'est la deuxième raison pour laquelle, si nous voulons aller au terme du processus de convergence, nous avons besoin d'un délai entre la remise des études et la perfection du dispositif. Il convient d'intégrer les résultats dans le modèle de financement des établissements de santé, d'en lisser les éventuelles imperfections, de moduler les « effets de choc » qui pourraient se produire dans certains établissements et de prévoir la gestion des « effets revenus ». Il est impératif de conserver un délai raisonnable entre la fin des études et la refonte du modèle de financement.

C'est pourquoi l'allongement du calendrier de la convergence est pleinement justifié. Il est également motivé par la nécessité d'accorder aux établissements le temps de procéder aux adaptations nécessaires. Il n'a échappé à personne que des efforts d'efficience sont demandés aux établissements, notamment dans le cadre des procédures de retour à l'équilibre financier et de la convergence intrasectorielle. Vous voyez que je n'oublie pas la convergence intrasectorielle, sur laquelle l'un d'entre vous m'a interpellée, mesdames, messieurs les sénateurs.

Pour certains établissements, la convergence intersectorielle pourrait se traduire, de fait, par une diminution tarifaire. Je souhaite étaler cet effet dans le temps.

**M. François Autain**. Il vaut mieux !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. Cela me paraît tout à fait indispensable pour rendre cet effort soutenable.

Par conséquent, et je vous le dis en toute sincérité, dans la mesure où nous disposerons des résultats des études à la fin de l'année 2012, je ne vois pas comment nous pourrions mener à terme le processus de convergence, qui, je le répète, ne signifie pas égalité, avant l'année 2018.

Il ne s'agit pas de geler la convergence. Comme vous l'avez souligné, je veux avancer sur le sujet. Je vous ai déjà fait part des améliorations réalisées dans ce domaine. Les campagnes tarifaires successives confirmeront notre volonté d'avancer dans le processus.

J'ai évoqué un certain nombre de GHS présentant des volumes significatifs dans les deux secteurs et réalisés dans des conditions de pratique médicale et de prise en charge comparables. Nous avons besoin d'instruments solides.

Ainsi, il nous a fallu trois ans pour mettre au point la dernière version de la classification des groupes homogènes de malades, la version V11, et davantage encore pour la méthodologie des études nationales de coût, les ENC.

En 2004-2005, lorsque mes prédécesseurs ont envisagé la convergence à l'horizon 2012, ils ont fixé un objectif théorique. Ils n'avaient absolument pas perçu quels outils seraient nécessaires pour la mettre en œuvre. Je ne les critique pas. Simplement, nous nous rendons compte aujourd'hui des difficultés, et le Gouvernement en a tiré tous les enseignements.

Je ne souhaite pas revenir sur les principes de la T2A, qui est le seul mode juste de rémunération du système hospitalier,...

**M. François Autain**. Il y a tout de même aussi les missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation, les MIGAC !

**M. Jean-Jacques Jégou**, *rapporteur pour avis*. Justement ! Parlons-en !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. ... avec, bien entendu, les MIGAC.

De même, je ne souhaite pas revenir sur le concept de convergence. En revanche, je veux le rendre soutenable, juste et applicable.

**M. le président**. La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy, pour explication de vote sur les amendements identiques n°s 18 et 57.

**M. Jean-Pierre Godefroy**. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, les amendements identiques n°s 18 et 57, déposés respectivement par M. le rapporteur général et par M. le rapporteur pour avis, visent à ramener la date butoir fixée pour la convergence tarifaire intersectorielle entre établissements publics et privés de l'année 2018 à l'année 2014.

Cela ne manque pas d'étonner, surtout après les explications très précises et détaillées qui nous ont été apportées lors de la table ronde organisée par la MECSS, dans le cadre de la commission des affaires sociales.

En effet, les responsables de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, la DHOS, et de la mission « tarification à l'activité » nous ont fait part de plusieurs éléments.

Premièrement, ils nous ont indiqué travailler sur la base des recommandations du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, l'IGAS, rendu public au mois de janvier 2006, qui préconise la réalisation de seize études nécessaires pour mesurer les écarts de coût justifiés par la nature différente des charges assumées par chacun des secteurs. La DHOS a donc entrepris des travaux destinés à faire en sorte que la convergence puisse s'exercer à champs de charges couvertes identiques. Cela demande du temps.

Deuxièmement, ils ont souligné que la question des honoraires médicaux, inclus dans les tarifs du secteur public, mais pas dans ceux du secteur privé, soulevait des difficultés techniques « aiguës ». Par exemple, dans le processus de convergence, comment gérer sur un tarif unique, pour les établissements privés, une part « honoraires » et une part « clinique », qui ont chacune leur logique propre ? Vous le comprendrez, cela pose la question de la clé de répartition entre le médecin et l'établissement dans lequel il exerce et, incidemment, celle du lien qui existe entre eux et celle des dépassements d'honoraires. Cela demande du temps.

Troisièmement, ils ont rappelé que de nombreuses études préalables, loin d'être encore achevées, étaient nécessaires pour évaluer de manière précise les écarts de coût justifiés entre les différents secteurs d'activités.



Ces études portent notamment sur la précarité, la permanence des soins, l'activité non programmée, les effets de taille et de gamme. Cela demande du temps.

Quatrièmement, ils ont insisté sur la nécessité de tester les conséquences des mesures préconisées par les études, et de les tester d'une manière très rigoureuse dans le modèle tarifaire. Comme Mme la ministre vient de le rappeler, pour la nouvelle classification V11, les travaux ont duré trois ans pour passer de 800 à 2 300 tarifs. Cela demande du temps.

Cinquièmement, ils ont déclaré qu'après le temps des prises en compte des résultats dans le modèle tarifaire, il serait nécessaire de gérer les « effets revenus ».

En effet, comme l'a souligné à juste titre Mme la directrice de la DHOS : « On ne peut pas, de manière irresponsable, bousculer l'offre de soins sur un territoire, en prenant le risque de ne plus avoir de réponse sur telle ou telle pathologie. [...] La gestion des "effets revenus" doit allier l'efficacité et les besoins en santé pour les Français. Il n'est pas acceptable de faire disparaître brutalement un offreur de soins et de créer par la même une rupture dans le service rendu à la population. »

Sixièmement, au-delà du seul coût pour la sécurité sociale, ils ont conclu sur l'importance de prendre en considération, dans cette question de « convergence », la problématique de la « convergence globale du coût », qui inclut, certes, le coût pour l'assurance maladie, mais également le coût pour les assurances complémentaires et le coût pour les patients, comme l'a souligné le responsable du pôle finance de la Fédération hospitalière de France lors de la table ronde. Cela demande du temps.

Dans ces conditions, mes chers collègues, nous ne pouvons que voter contre les deux amendements visant à avancer la date butoir pour la convergence tarifaire intersectorielle de 2018 à 2014.

**M. le président.** Je constate que vous êtes en convergence avec Mme la ministre, monsieur Godefroy. *(Sourires.)*

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

**M. François Autain.** En écoutant M. le rapporteur général présenter l'amendement n° 18, j'ai eu le sentiment que nous n'avions pas assisté à la même table ronde.

D'après ce que j'avais compris, si la convergence était prévue pour 2018, c'est bien parce que la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ne pouvait pas faire autrement.

D'ailleurs, nous pouvons lire dans le rapport les propos particulièrement explicites de Mme Annie Podeur, la directrice de la DHOS, qui déclarait ceci : « En 2012, une grande part du chemin sera réalisée vers le retour à l'équilibre des hôpitaux, la convergence intrasectorielle sera effective et tous les résultats des études seront connus. Mais cela est insuffisant : à ce stade, il faut encore tirer les conséquences des études et les tester dans le modèle tarifaire de manière rigoureuse. Pour la nouvelle classification V11, les travaux ont duré trois ans pour passer de 800 à 2 300 tarifs.

« Après ce temps de prise en compte des résultats dans le modèle, il sera nécessaire de gérer les "effets revenus", car on ne peut pas, de manière irresponsable, bousculer l'offre de soins sur un territoire, en prenant le risque de ne plus avoir de réponse sur telle ou telle pathologie. Le cumul de ces délais explique que 2018 n'est pas un report "aux calendes grecques", mais un délai raisonnable pour travailler de manière fiable. »

Je pense que c'est parfaitement clair. Par conséquent, je ne comprends pas d'où les auteurs des amendements identiques n°s 18 et 57 sortent la date de 2014 !

Mes chers collègues, même pour ceux qui sont favorables à la convergence, ce qui n'est pas mon cas,...

**M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis.** C'est pour cela que vous voulez prendre du temps !

**M. François Autain.** ... je pense que la date de 2014 n'a absolument aucun fondement. C'est pourquoi je voterai contre ces deux amendements identiques.

Pour ma part, j'ai surtout retenu de la table ronde que les principaux partisans de la convergence étaient les représentants de la Fédération de l'hospitalisation privée. J'ai eu le sentiment, peut-être à tort, qu'ils en attendaient une augmentation de leurs tarifs.

**M. Guy Fischer.** Bien sûr !

**M. François Autain.** Mais sans doute me suis-je trompé...

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Sans aucun doute !

**M. François Autain.** Vous le savez, je ne suis pas très objectif – c'est, du moins, la réputation qui m'est faite – en ce qui concerne l'hospitalisation privée.

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

**M. François Autain.** Quoi qu'il en soit, j'ai cru comprendre qu'ils en attendaient beaucoup. C'est sans doute la raison pour laquelle ils sont nettement plus pressés d'aboutir à la convergence que la fédération de l'hospitalisation publique.

**M. Paul Blanc.** Qui, elle, n'est pas du tout pressée !

**M. François Autain.** En réalité, nous ne sommes pas opposés par principe à ce que l'activité ou la pathologie soient prises en compte dans le financement des hôpitaux.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Tout de même !

**M. François Autain.** Mais elles ne doivent pas constituer la totalité de la référence de calcul de l'allocation destinée aux hôpitaux.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Ce n'est pas le cas.

**M. François Autain.** Aujourd'hui, les GHS représentent seulement 60 % à 63 % des ressources des hôpitaux, le reste provenant des MIGAC.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Merci de le rappeler !

**M. François Autain.** Les MIGAC représentent donc 40 % des ressources, et ce taux a d'ailleurs tendance à augmenter.

Par conséquent, faire de la tarification à l'activité l'alpha et l'oméga de toute tarification serait, me semble-t-il, une démarche totalement idéologique et dogmatique. À mon sens, il faut en revenir à des considérations beaucoup plus mesurées qu'aujourd'hui.

Nous maintenons donc notre opposition à la fois à la convergence et à la T2A telle qu'elle est appliquée par le Gouvernement. C'est la raison pour laquelle nous ne soutiendrons ni ces deux amendements identiques ni l'article 32.

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur pour avis.

**M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis.** Madame la ministre, vous l'avez dit, ce point est l'un des plus importants du PLFSS.

Nous en avons examiné d'autres, qui n'ont pas toujours reçu de réponse satisfaisante, je pense notamment à la reprise de la dette de la CADES.

Je suis aujourd'hui dans le rôle qui est le mien en tant que rapporteur pour avis de la commission des finances.

Vous dites que nous avons besoin de temps. Mais nous n'avons pas de temps ! Le déficit est tel que les choses risquent de se précipiter si on traîne ou si on laisse accroire à l'hôpital que nous ne sommes pas dans une situation d'urgence.

Je vous ai bien écoutée, madame la ministre, sur la conception qui est la vôtre de l'amélioration de l'efficience. Certains exemples que vous nous avez redonnés voilà quelques instants font froid dans le dos et prouvent bien qu'on ne peut laisser les choses en l'état jusqu'en 2018.

Le niveau du déficit actuel vient, je le dis malgré toute la sympathie que j'éprouve pour le secteur hospitalier au sein duquel j'ai exercé durant la première partie de ma vie professionnelle, du fait que les méthodes n'ont pas changé. En l'occurrence, ce n'est pas : « Encore quelques minutes, monsieur le bourreau ! ». En effet, 2018, c'est loin !

La convergence tarifaire bien comprise, qui n'est pas forcément violente, mais qui va dans le sens de l'équité que vous appelez de vos vœux permettrait de réaliser une économie de 8 milliards à 10 milliards d'euros.

La commission des finances est très attachée au processus de convergence. C'est raison pour laquelle elle a déposé un amendement, qui est d'ailleurs identique à celui de nos collègues et amis de la commission des affaires sociales. Cela prouve bien que le Parlement souhaite dire au Gouvernement : Attention, 2018, c'est trop tard !

**M. François Autain.** Ce n'est pas trop tard, c'est carrément impossible !

**M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis.** Étant donné la lenteur qui a caractérisé, depuis la décision prise en 2005, la mise en œuvre la convergence tarifaire, on peut tout à fait considérer qu'en 2014 les choses auront bien avancé.

C'est pourquoi, madame la ministre, la commission des finances maintient son amendement.

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n<sup>os</sup> 18 et 57.

*(Les amendements sont adoptés.)*

#### Organisation des débats

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** En vertu de l'article 44 du règlement du Sénat, je souhaite que soient examinés en priorité, après l'article 45, les articles relatifs à la fraude, c'est-à-dire ceux qui vont de l'article 50 à l'article additionnel après l'article 58.

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

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

**M. le président.** Il n'y a pas d'opposition ?...

La priorité est ordonnée.

Je souhaite obtenir une précision de la part du Gouvernement. Tout à l'heure les amendements n<sup>os</sup> 396 rectifié, 538 et 533 portant articles additionnels après l'article 30 *bis* ont été réservés, à la demande du Gouvernement, jusqu'à la fin de la discussion des articles. Cependant, d'après les informations qui m'ont été communiquées, il conviendrait de les réserver jusqu'avant l'article 38. Qu'en est-il, madame la ministre ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Il convient, en effet, de réserver ces amendements jusqu'avant l'article 38, monsieur le président.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur cette demande de réserve ?

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

**M. le président.** Il n'y a pas d'opposition ?...

Les amendements n<sup>os</sup> 396 rectifié, 538 et 533 sont donc réservés jusqu'avant l'article 38.

**Mme Muguette Dini, présidente de la commission des affaires sociales.** L'examen de ces amendements aura lieu demain, à dix-sept heures trente.

**M. le président.** Vous êtes devin ! *(Sourires.)*

**Mme Muguette Dini, présidente de la commission des affaires sociales.** Je me fonde sur le rythme actuel de nos travaux !

**M. le président.** Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux ; nous les reprendrons à vingt et une heures cinquante.

La séance est suspendue.

*(La séance, suspendue à dix-neuf heures cinquante, est reprise à vingt et une heures cinquante.)*

**M. le président.** La séance est reprise.

6

#### NOMINATION D'UN MEMBRE D'UN ORGANISME EXTRAPARLEMENTAIRE

**M. le président.** Je rappelle que la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées a proposé une candidature pour un organisme extraparlamentaire.

La présidence n'a reçu aucune opposition dans le délai d'une heure prévu par l'article 9 du règlement.

En conséquence, cette candidature est ratifiée et je proclame Mme Joëlle Garriaud-Maylam membre de la Commission nationale pour l'éducation, la science et la culture.

## FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010

### Suite de la discussion d'un projet de loi

**M. le président.** Nous reprenons la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2010.

Dans la discussion des articles, nous en sommes parvenus à l'amendement n° 463 au sein de l'article 32.

#### Article 32 (suite)

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

L'amendement n° 463, présenté par MM. Milon, Houpert et Barbier et Mmes Sittler et Panis, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 10

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... – Le premier alinéa du VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« À compter du 1<sup>er</sup> mars 2011 et afin de définir le processus de convergence, il est institué une échelle commune des tarifs des établissements mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale fondée sur une étude nationale de coûts. »

Cet amendement n'est pas soutenu.

L'amendement n° 464, présenté par MM. Milon, Houpert et Barbier et Mmes Sittler et Panis, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 10

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... – Le VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« À compter du 1<sup>er</sup> mars 2010 et afin de faciliter le processus de convergence, une liste de tarifs de prestations est arrêtée avec des valeurs identiques pour les établissements mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale afin de permettre une économie d'un montant minimum de 150 millions d'euros annuels. »

Cet amendement n'est pas soutenu.

L'amendement n° 515, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 10

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... – L'article 33 précité est complété par deux paragraphes ainsi rédigés :

« VIII. – Par dérogation à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, jusqu'à une date fixée par décret et au plus tard jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2012, la part des frais d'hospitalisation, des actes et consultations externes mentionnés à l'article L. 162-26 du même code, prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des soins dispensés dans le cadre des activités de médecine exercées par les hôpitaux locaux au sens de l'article L. 6141-2 du code

de la santé publique, dans sa version antérieure à la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 susvisée, est incluse dans la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 de ce même code.

« IX. – Les dispositions du I, à l'exclusion du quatrième alinéa, celles du II et du V, à l'exception du G, du présent article sont applicables aux activités de médecine exercées par les hôpitaux locaux au sens de l'article L. 6141-2 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 susvisée, selon des modalités et un calendrier fixés par décret, et sous les réserves suivantes :

« 1° Le B du V s'applique à compter d'une date fixée par décret ;

« 2° À la fin du dernier alinéa du C et dans la seconde phrase du D du V, l'année : « 2012 » est remplacée par les mots : « une date fixée par décret ».

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.** Je souhaite, par cet amendement, prendre en compte la situation spécifique des hôpitaux locaux au regard de la réforme du financement des établissements de santé, de la même manière que la disposition introduite par un amendement parlementaire à l'Assemblée nationale prend en compte la situation spécifique de la Guyane. En effet, cette catégorie d'établissements est aujourd'hui financée en dotation globale plutôt qu'à l'activité, puisque le code de la sécurité sociale prévoit une dérogation explicite.

La suppression de la catégorie des hôpitaux locaux par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires va entraîner un basculement *de facto* du régime juridique, dont le régime de financement, des établissements concernés dans le droit commun. Il s'ensuit qu'ils devraient donc être financés dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010 en T2A à 100 %, affectée du coefficient de transition de l'année.

Ce changement de mode de financement constitue un basculement soudain auquel les hôpitaux locaux ne sont pas prêts. En effet, le codage des actes n'y est pas exhaustif et les « effets revenus » n'ont pas été mesurés.

Je vous propose donc de maintenir, pour ces hôpitaux, le financement dérogatoire, sous forme de dotation globale, au plus tard jusqu'en 2012, puis d'aménager le calendrier de transition par décret, pour prendre en compte le début tardif du processus par rapport à la catégorie des centres hospitaliers généraux et universitaires. Bien sûr, l'objectif du passage de ces établissements à la tarification à l'activité reste entier et ce passage devra intervenir le plus rapidement possible. Je veux cependant tenir compte des spécificités de ces établissements.

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

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

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 515.

(L'amendement est adopté.)

**M. le président.** L'amendement n° 461, présenté par MM. Milon, Houpert et Barbier et Mmes Sittler et Panis, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 11

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

... ° Le 1<sup>er</sup> du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« 1° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 servant de base au calcul de la participation de l'assuré qui sont décomposés en deux tarifs, l'un pour les prestations de soins des établissements de santé et l'autre, pour les établissements prévus aux a), b) et c) de l'article L. 162-22-6, pour les prestations rémunérant les moyens médicaux et les services médico-techniques mis en œuvre pour la prise en charge des patients, donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale et établies notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ; »

Cet amendement n'est pas soutenu.

L'amendement n° 301, 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'alinéa 12

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Après le troisième alinéa du même V, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« – pour mesurer et prévenir les taux d'infection nosocomiale et de mortalité, le nombre d'hospitalisations évitables, les taux de réadmission et de mortalité post-hospitalière ; »

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** J'avais déposé un amendement très voisin lors de la discussion du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires. Cet amendement vise à traduire dans la loi l'injonction du Président de la République, formulée dans son discours prononcé à Bletterans...

**M. Guy Fischer.** Dans l'Ain !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Non, dans le Jura !

**M. François Autain.** ... le 22 septembre 2008, de rendre publics les indicateurs tels que le taux de mortalité ou le taux d'infections nosocomiales pour chaque établissement de santé, public comme privé. J'y avais ajouté le nombre d'hospitalisations évitables et le taux de réadmissions, car je considère qu'il s'agit d'éléments pertinents.

Je propose de faire apparaître ces indicateurs dans le rapport rendu chaque année par le Gouvernement au Parlement sur la tarification à l'activité des établissements de santé et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics et privés – il ne s'agit donc pas de créer un nouveau rapport, mais d'enrichir un rapport déjà prévu. Les précisions que je propose d'ajouter entrent bien dans le cadre de ce rapport, puisque ces éléments ont des incidences financières indéniables.

Il faut souligner le retard pris par notre pays, par rapport à nos voisins européens, dans la publication de tels indicateurs. Une note de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, l'IRDES, publiée en décembre 2008, déplorait que ce retard fausse l'analyse de la qualité des soins effectuée dans notre pays.

J'ajoute que les premiers résultats d'une étude consacrée aux événements indésirables graves observés dans les établissements de santé au niveau national, publiés en mai 2005 dans le numéro 398 de la publication *Études et résultats* de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des

statistiques du ministère de la santé, la DREES, plaident pour que l'on se penche un peu plus sur le problème. On apprend, à la lecture de cette étude, que les admissions causées par des événements indésirables graves représentaient 3 % à 5 % de l'ensemble des séjours et étaient plus fréquentes en médecine qu'en chirurgie ; près de 50 % des événements indésirables graves étaient associés à des produits de santé et la moitié d'entre eux étaient évitables ; près de deux événements identifiés pendant l'hospitalisation sur cinq seraient évitables ; enfin, dans deux cas sur cinq, les événements indésirables graves aboutissaient à une prolongation de l'hospitalisation.

Les auteurs de cette étude imputent une partie des causes de ces événements à des problèmes d'organisation des établissements, mais aussi aux contraintes financières, le manque de moyens étant l'un des principaux responsables de la survenue de ces accidents. Le sujet entre donc tout à fait dans le cadre de la mise en œuvre de la tarification à l'activité, puisque celle-ci a des conséquences en matière organisationnelle et matérielle sur les établissements de santé.

J'ajoute que l'on évaluerait à 400 les événements indésirables graves survenant chaque jour dans les établissements publics et privés et que leur coût financier est tout à fait évident.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Le Parlement s'est déjà largement prononcé sur ce point dans le cadre de l'examen du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires. L'avis de la commission est donc défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le rapport dont a parlé M. Autain répond déjà à l'obligation d'évaluer les liens entre tarification à l'activité et qualité des soins. Le taux d'infections nosocomiales étant l'un des indicateurs de la qualité des soins, la demande des auteurs de l'amendement est satisfaite.

**M. le président.** Monsieur Autain, l'amendement n° 301 est-il maintenu ?

**M. François Autain.** Je ne me considère qu'à moitié satisfait. En effet, M. le rapporteur général ou Mme la ministre nous assurent très souvent que nos demandes sont déjà satisfaites pour nous inciter à retirer nos amendements et, lorsque nous essayons de vérifier leurs dires, nous constatons que la réalité les confirme rarement en totalité.

Je fais confiance à Mme la ministre, une fois encore. Nous reviendrons peut-être sur ce sujet l'année prochaine, s'il le faut !

**M. le président.** L'amendement n° 301 est retiré.

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

I. – Alinéa 15 supprimer les mots : de dispositions communautaires ou

et les mots : ou en application d'un accord particulier conclu par la France soit dans le cadre de dispositions communautaires, soit dans le cadre d'un accord conclu avec cet État

II. – Après l'alinéa 15

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Au neuvième alinéa de l'article L. 174-1-1, après les mots : « au titre » sont insérés les mots : « du 7° du présent article et »

III. – Alinéa 17 remplacer les mots : des accords mentionnés par les mots : de l'accord mentionné

La parole est à M. le rapporteur général.

**M. Alain Vasselle**, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. L'article 32 vise notamment à permettre la prise en charge des malades vivant en France, dans des régions frontalières, qui se font soigner dans un hôpital étranger pour des raisons pratiques. Ces dépenses seront prises en compte dans l'Objectif national des dépenses de l'assurance maladie, l'ONDAM.

Toutefois, il convient d'écarter de ce régime les dépenses relevant d'engagements communautaires dans la mesure où ces remboursements suivent un circuit spécifique, *via* le Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale, le CLEISS, et sont intégrés dans un sous-objectif particulier de l'ONDAM.

Tel est l'objet de cet amendement.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. Favorable.

**M. le président**. Je mets aux voix l'amendement n° 19.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président**. Je mets aux voix l'article 32, modifié.

*(L'article 32 est adopté.)*

#### Articles additionnels après l'article 32

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

L'amendement n° 184 est présenté par MM. P. Blanc, Laménie et Gilles, Mlle Joissains et M. Gournac.

L'amendement n° 466 est présenté par MM. Milon et Houpert et Mmes Sittler et Panis.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

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

Le II de l'article L162-22-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« II. – Un décret en Conseil d'État, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives de ces établissements, détermine les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminées les évolutions des tarifs des prestations compatibles avec le respect de cet objectif. Il prend en compte à cet effet notamment l'évolution des charges au titre des soins dispensés l'année précédente, des prévisions de l'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours ainsi que de l'évaluation prévisionnelle de la croissance de cette activité pour les années à venir et les changements de régime juridique et financier de certains établissements. »

La parole est à M. Paul Blanc, pour présenter l'amendement n° 184.

**M. Paul Blanc**. La fixation de l'objectif quantifié national, l'OQN, pour les établissements de soins de suite et de réadaptation, ainsi que pour les établissements de psychiatrie, a été affinée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006. Celle-ci a intégré, parmi les éléments constitutifs de cet objectif, les créations et fermetures d'éta-

blissements et les changements de régime juridique et financier, afin de prendre en compte, de la manière la plus fine et la plus conforme à la réalité, les évolutions de ces secteurs et, en particulier, de celui des soins de suite, en forte croissance du fait de l'augmentation des besoins de soins.

Mais la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a supprimé les éléments dont doivent tenir compte les pouvoirs publics pour fixer cet OQN. Cette décision est en contradiction avec la volonté, régulièrement affirmée, du Parlement de faire en sorte que les fixations des objectifs de dépenses, notamment de l'OQN, soient les plus fondées possibles et intègrent l'ensemble des éléments influant sur les secteurs d'activité concernés. Plus on retire d'éléments à prendre en compte dans la fixation des objectifs de dépenses, plus on tend à rendre ceux-ci inexacts, irréalistes, voire arbitraires !

Outre la réintégration des dispositions figurant antérieurement dans la loi, le présent amendement vise à parfaire la constitution de l'objectif en y intégrant une évaluation prévisionnelle de la dynamique de croissance des activités en soins de suite et réadaptation et des activités en psychiatrie pour les années à venir.

**M. le président**. La parole est à M. Alain Milon, pour présenter l'amendement n° 466.

**M. Alain Milon**. Cet amendement a été défendu.

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

**M. Alain Vasselle**, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. La demande de nos collègues Paul Blanc et Alain Milon est légitime et je voudrais les rassurer : ces éléments n'ont pas disparu ; il a été considéré qu'ils relevaient du domaine réglementaire.

Ainsi, un décret du 23 février 2009 précise que le montant de l'objectif est fixé en tenant compte notamment de l'évaluation des charges des établissements, de l'évaluation des gains de productivité réalisés et envisageables dans le secteur, des changements de régime juridique ou de financement de certains établissements.

Ces dispositions ayant été reprises par voie réglementaire, les amendements n°s 184 et 466 n'ont plus d'utilité.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. Je confirme que ces dispositions ont bien été réintégréées par décret et que les deux amendements sont donc sans objet.

**M. le président**. Monsieur Blanc, l'amendement n° 184 est-il maintenu ?

**M. Paul Blanc**. Compte tenu des explications qui m'ont été fournies, je retire cet amendement, monsieur le président. Je veux simplement regretter que nous ne soyons pas immédiatement informés de la sortie des décrets.

**M. le président**. L'amendement n° 184 est retiré.

Monsieur Milon, l'amendement n° 466 est-il maintenu ?

**M. Alain Milon**. Non, je le retire, monsieur le président.

**M. le président**. L'amendement n° 466 est retiré.

L'amendement n° 152, présenté par M. Le Menn, Mmes Le Texier et Jarraud-Vergnolle, MM. Cazeau, Daudigny et Dessard, Mmes Demontès, Campion, Alquier, Printz, Chevê et Schillinger, MM. Jeannerot,

Godefroy, 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 32, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

« 4° Pour les établissements privés autres que les établissements privés non lucratifs, les tarifs intègrent les honoraires des médecins libéraux qui y exercent. »

La parole est à Mme Annie Jarraud-Vergnolle.

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** Le chemin vers la convergence tarifaire est difficile et semé d'embûches.

À défaut de supprimer la convergence, cet amendement prévoit l'intégration des honoraires médicaux et autres coûts dans les coûts de séjour des cliniques privées.

Malgré l'affichage d'un report de la date d'échéance, les établissements publics et privés sont actuellement engagés dans un processus de convergence d'application de la tarification à l'activité.

Pour autant, les modalités de détermination des coûts des séjours sont différentes. Les honoraires médicaux ne sont pas intégrés dans le coût de séjour des cliniques privées, alors même que les rémunérations des professionnels médicaux font partie du coût de séjour des établissements publics, qui établissent un coût global.

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

L'intégration permettant que les dépassements d'honoraires soient pris en compte est aussi un moyen d'avancer vers leur régulation. Sinon, les établissements publics subissent une double peine. Non seulement les rémunérations des professionnels médicaux sont intégrées dans leur tarification, mais, de surcroît, ils ne peuvent pas faire face à la concurrence des établissements privés qui, outre que leurs coûts de séjour n'incluent pas les honoraires des médecins, pratiquent des dépassements parfois excessifs.

Il est donc proposé d'insérer une disposition visant à intégrer les honoraires médicaux dans le tarif de séjour des établissements privés, préalablement à la régulation prix-volume.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Madame Jarraud-Vergnolle, la commission ne vous suit pas. Toutefois, elle reconnaît que ces éléments devront être intégrés dans le calcul des tarifs le moment venu, surtout dans le cadre de la convergence tarifaire.

Vous voudriez aller plus vite que la commission sur cette question de la convergence, en intégrant sans délai les honoraires des médecins libéraux aux tarifs des établissements privés. Cela laisse apparaître une petite contradiction avec le vote de M. Bernard Cazeau lorsque j'ai proposé de ramener l'échéance de la convergence tarifaire de 2018 à 2014.

Le moment venu, il faudra intégrer ces éléments, mais l'amendement paraît aujourd'hui prématuré et s'apparente à une volonté d'imposer une convergence tarifaire à toute force. Nous entendons aller vite, madame Jarraud-Vergnolle, mais pas aussi vite que vous le souhaitez !

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je partage l'avis défavorable de M. le rapporteur général.

L'intégration des honoraires dans les tarifs des cliniques privées constitue une remise en cause du mode d'exercice libéral des praticiens, qui sont payés à l'acte et deviendraient, avec la solution proposée, les salariés des cliniques. Ce n'est évidemment pas possible.

Bien entendu, le fait de ne pas intégrer ces honoraires n'interdit absolument pas la régulation prix-volume. Celle-ci est opérée selon des modalités identiques, indépendamment du secteur d'hospitalisation ; c'est indispensable.

Je vous rappelle que, contrairement à ce que je lis ici ou là, les honoraires des praticiens sont intégrés dans les comparaisons effectuées dans le cadre des travaux sur la convergence tarifaire. Il en va de même pour la rémunération des actes de biologie et d'imagerie, les frais de transport, ou encore les dépenses liées à certains médicaments ou à divers dispositifs médicaux implantables. Tous ces éléments sont compilés pour établir les comparaisons entre les secteurs et, une fois cette intégration effectuée, on voit bien apparaître une différence de 27 % en faveur de l'hospitalisation publique.

**M. le président.** La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote sur l'amendement n° 152.

**M. Guy Fischer.** Nous voulons bien entendre vos arguments, madame la ministre, mais, pour ma part, je n'y crois qu'à moitié.

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

**M. Nicolas About.** Ce n'est déjà pas mal ! C'est mieux que l'année dernière !

**M. Guy Fischer.** Nous avons subi, notamment de la part de tous ces établissements privés, une avalanche de *lobbying*. Aujourd'hui, il existe, au sein de ces établissements, des différences énormes en termes tant d'attributions que d'actes pratiqués.

Nous savons bien, par exemple, que les cliniques privées assurent actuellement 65 % à 70 % des actes de chirurgie répétitive, telles les opérations de l'appendicite. Ces actes ne remettent pas en cause le pronostic vital et peuvent être programmés.

Des critères de rentabilité sont donc appliqués dans des blocs opératoires tels que ceux de la Générale de santé. C'est pourquoi on peut douter. La comparaison n'est pas tout à fait juste.

Par conséquent, madame la ministre, j'entends une partie de vos arguments, mais je rejoins complètement l'amendement présenté par Mme Annie Jarraud-Vergnolle.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 152.

(L'amendement n'est pas adopté.)

**M. le président.** L'amendement n° 469, présenté par MM. Milon, Houpert et Barbier et Mmes Sittler et Panis, est ainsi libellé :

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

Après le 3° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 4° Le cas échéant, les coefficients d'aménagement du territoire s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés ci-dessus, afin de tenir compte des situations qui affectent certains établissements et de leur permettre d'améliorer leur capacité d'attractivité des personnels en raison de leur isolement géographique. »

La parole est à M. Alain Milon.

**M. Alain Milon.** Cet amendement est relatif aux coefficients d'aménagement du territoire s'appliquant aux tarifs nationaux.

Si le principe même de la tarification à l'activité est la fixation de tarifs nationaux pour l'ensemble des établissements de santé, quel que soit leur statut, des facteurs ayant des conséquences non négligeables sur le prix de revient des prestations ou sur l'activité de ces établissements doivent être pris en compte sous la forme de coefficients correcteurs.

Certains établissements de santé situés dans des zones d'isolement sanitaire doivent pouvoir bénéficier de tarifs corrigés, tenant compte des sujétions et coûts supplémentaires liés à leur situation.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Cet amendement tend à prévoir l'application de coefficients d'aménagement du territoire sur les tarifs fixés dans le cadre de la tarification à l'activité, la T2A.

D'une part, certaines régions bénéficient déjà de mesures d'exception pour tenir compte des coûts plus élevés et celles-ci font l'objet de contestations.

D'autre part, introduire de manière générale des coefficients d'aménagement du territoire reviendrait sans doute à mettre fin à la T2A, chaque région risquant d'invoquer des difficultés particulières d'accès.

Selon la commission, les situations d'isolement sanitaire, qui sont réelles – Alain Milon a parfaitement raison de le souligner –, devraient être prises en compte dans le cadre des MIGAC, plutôt que dans les tarifs eux-mêmes.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Bien évidemment, nous tenons compte de ces difficultés ponctuelles dans l'attribution de l'enveloppe d'aide à la contractualisation.

Imaginez-vous, monsieur Milon, la technique de zonage qu'il faudrait mettre en œuvre – ce serait une véritable « peau de léopard » – pour tenir compte des spécificités de chaque territoire français ? Ce coefficient est tout simplement impossible à appliquer.

Il peut y avoir, dans un territoire par ailleurs bien doté, une zone connaissant des difficultés. Nous tenons compte de ces difficultés, mais la question doit être traitée au cas par cas. C'est ce que nous faisons !

**M. le président.** Monsieur Milon, l'amendement n° 469 est-il maintenu ?

**M. Alain Milon.** Si l'on tient véritablement compte, au cas par cas, des réalités de terrain, je retire mon amendement, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 469 est retiré.

Je suis saisi de trois amendements identiques.

L'amendement n° 400 est présenté par M. Revet.

L'amendement n° 446 est présenté par M. Milon, Mme Procaccia, MM. P. Blanc, Laménié, Houpert et Barbier et Mmes Sittler et Panis.

L'amendement n° 192 est présenté par M. Gouteyron.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

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

I. – Après la première phrase du premier alinéa du VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Cette mesure tient, notamment, compte des écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes dans la détermination des charges salariales et fiscales supportées par les catégories d'établissements visés à l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale. »

II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le quatrième alinéa du I de l'article L. 162-22-10, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 4° Un coefficient correcteur, s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés aux 1° et 2° ci-dessus, correspondant aux écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale et fiscale. »

2° Dans la première phrase du II de l'article L. 162-22-9, les références : « 1° à 3° » sont remplacées par les références : « 1° à 4° ».

L'amendement n° 400 n'est pas soutenu.

La parole est à M. Alain Milon, pour présenter l'amendement n° 446.

**M. Alain Milon.** Cet amendement vise à intégrer explicitement dans la conduite de la convergence tarifaire les écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes en matière de charges salariales et de fiscalité locale. Il s'agit, en effet, de contraintes exogènes pesant inégalement sur les diverses catégories d'établissements.

Il est proposé, en conséquence, qu'un coefficient correcteur – encore un ! – soit instauré afin de tenir compte de ce différentiel résultant, au même titre que le coefficient géographique, « de contraintes spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente, et substantielle le prix de revient de certaines prestations ».

Lors des débats parlementaires sur les lois de financement de la sécurité sociale de 2008 et de 2009, notamment lors de la séance du Sénat du 19 novembre 2008, plusieurs parlementaires, de toutes appartenances, avaient interpellé Mme la ministre sur deux points. Premièrement, ils soulignaient le caractère objectif – attesté par un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, l'IGAS, datant de 2006 – du différentiel de charges sociales supporté par les établissements privés à but non lucratif par rapport aux établissements publics, alors qu'ils relèvent de la même échelle tarifaire. Deuxièmement, ils invoquaient l'impossibilité de toujours renvoyer à plus tard cette question, au motif d'études complémentaires menées dans le cadre des travaux relatifs aux modalités de mise en œuvre de la convergence tarifaire.

En raison de l'annonce faite par Mme la ministre d'un report de l'échéance fixée pour la convergence à 2018, à l'occasion des débats sur la loi « hôpital, patients, santé, territoires », il n'est plus possible désormais de demander aux établissements privés d'attendre cette date lointaine pour compenser ce désavantage tarifaire très important. L'étude de l'IGAS de mars 2007 l'a établi à 4,05 % de la masse salariale des établissements privés incluant la taxe sur les salaires, compte non tenu, qui plus est, du différentiel correspondant aux autres charges fiscales.

Aussi, il serait logique de fixer une première étape, en 2010, pour ce qui concerne les charges sociales, et de compléter cette avancée en 2011, avec des études sur les autres composantes fiscales du différentiel de charges. La mise en place législative d'un coefficient correcteur de charges est la première étape nécessaire de cette évolution progressive.

**M. le président.** L'amendement n° 192 n'est pas soutenu.

Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Il s'agit d'une question récurrente, qui a déjà donné lieu à un rapport de l'IGAS en 2006 et à une étude en mars 2007.

Le Gouvernement n'a jamais contesté l'existence de ce différentiel de charges, de l'ordre de 4 %. J'avais moi-même déposé à plusieurs reprises, au nom de la commission des affaires sociales, un amendement sur ce point dans les années passées. Ayant désespéré de le voir aboutir, j'ai fini par renoncer à le présenter, mais il revient chaque année.

Le Gouvernement va certainement nous répondre qu'il est trop tôt pour procéder à cette intégration, qu'il faut attendre la fin des études en cours...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Monsieur le rapporteur général, laissez-moi le soin de répondre !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Je fais référence, madame la ministre, à deux études qui sont actuellement en cours sur le coût du travail et sur la fiscalité, et dont les résultats seront connus entre 2010 et 2011. Je le dis de manière interrogative, je n'affirme rien.

Dans le cadre des nombreuses études qui doivent être conduites sur la convergence, nous avons mené une étude sur la précarité et une autre sur la permanence des soins. Mme la ministre a souligné tout à l'heure, lorsque nous avons évoqué la convergence, qu'elle avait pris en considération ces deux études dans l'établissement des tarifs. On peut donc imaginer que le Gouvernement tiendra compte des conclusions des études en cours pour l'établissement des tarifs dans les établissements de soins.

Madame la ministre, je ne peux pas répondre à votre place, mais je pense qu'il est plus que temps que nous avançons sur ces sujets, parce que si ces établissements doivent attendre 2018, nombre d'entre eux risquent de se trouver en difficulté.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** À la lecture de l'excellent rapport de M. Alain Vasselle, vous apprendrez, cher Alain Milon, que l'étude sur le coût du travail sera disponible à la fin de 2009. Nous ne savons pas encore précisément à quelle date sera rendue l'étude sur la fiscalité,

le prestataire n'ayant pas encore été désigné, mais, de toute façon, l'ensemble des études prévues doivent être achevées à la fin de 2012.

L'étude réalisée par l'IGAS en 2007 a montré que le coût du travail était plus élevé pour les établissements privés. Néanmoins, cela ne justifie pas de satisfaire votre demande, puisque le surcoût du travail s'avère très différencié : entre 3 % et 16 %. Il n'y a évidemment pas de motif pour rendre opposables à l'assurance maladie des engagements qui ont été pris par les établissements dans le cadre de la politique salariale. Les politiques de ressources humaines sont différentes selon les établissements ; ces derniers ont toute liberté en ce domaine.

Ces surcoûts font partie du différentiel global de charges pesant sur les établissements publics et les établissements privés ; on ne saurait les dissocier d'une appréciation globale.

Par ailleurs, l'application d'un coefficient correcteur ne garantirait pas l'équilibre financier des établissements éventuellement en difficulté. Cet équilibre est aussi lié à des efforts d'efficience, à des choix stratégiques de positionnement, beaucoup plus qu'à ce coefficient correcteur.

Comme vous le soulignez à juste titre, il faut prendre en compte le coût du travail et la fiscalité, mais dans un paysage beaucoup plus global, pour apprécier les différences entre le public et le privé.

**M. le président.** Monsieur Milon, l'amendement n° 446 est-il maintenu ?

**M. Alain Milon.** Oui, je le maintiens, monsieur le président.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 446.

(Après une épreuve à main levée déclarée douteuse par le bureau, le Sénat, par assis et levé, adopte l'amendement.)

**M. le président.** En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 32.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Ce vote est intervenu grâce à la bienveillante abstention de la gauche !

**M. François Autain.** Débrouillez-vous entre vous !

**M. le président.** L'amendement n° 155, présenté par M. Le Menn, Mmes Le Texier et Jarraud-Vergnolle, MM. Cazeau, Daudigny et Desessard, Mmes Demontès, Campion, Alquier, Printz, Chevê et Schillinger, MM. Jeannerot, Godefroy, 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 32, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le 2° de l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« Les caisses d'assurance-maladie inscrivent à l'ordre du jour de l'organisme paritaire national prévu par l'accord national des centres de santé l'application à ces centres de l'ensemble des dispositions conventionnelles qu'elles concluent avec les différentes catégories de professionnels libéraux dans un délai de trois mois après leur signature. Sauf opposition d'une des parties, ces dispositions conventionnelles deviennent applicables aux centres de santé et sont formalisées dans un avenant à l'accord national des centres de santé ».

La parole est à M. Bernard Cazeau.



**M. Bernard Cazeau.** Cet amendement vise les centres de santé.

Depuis la promulgation de l'accord national des centres de santé, en avril 2008, il semble, madame la ministre, qu'aucun dispositif conventionnel négocié avec les professionnels libéraux n'ait été transposé aux centres de santé, malgré les demandes répétées de leurs représentants.

Cette absence a été révélée par le rapport de Mme Dominique Acker sur la situation des centres de santé, ainsi que par la commission de suivi des rapports de l'IGAS à propos des relations de cet organisme avec les centres de soins infirmiers.

En effet, actuellement, rien n'oblige les caisses d'assurance maladie à discuter de la transposition de ces dispositifs avec les centres de santé. L'absence de l'application de ces mesures contenues dans les conventions avec les professionnels de santé libéraux en direction des centres de santé induit – et ils s'en plaignent – une inégalité de traitement anormal.

Le présent amendement vise donc à remédier à cette situation en rendant applicables les dispositions conventionnelles aux centres de santé et en les formalisant dans un avenant à l'accord national de ces mêmes centres.

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

**M. Alain Vasselle,** rapporteur général de la commission des affaires sociales. Avis défavorable, pour des raisons déjà maintes fois exposées.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** ministre. Tous les ans, j'explique à l'auteur de l'amendement que ce qu'il propose peut être profondément nocif pour les centres de santé. Il y a des différences de tarifs qui sont favorables pour les centres de santé et mettre ceux-ci sous la même toise leur ferait perdre un certain nombre d'avantages.

Le forfait de médecin traitant est de 46 euros par patient pour les centres de santé, contre 40 euros pour un médecin en exercice libéral.

**M. François Autain.** C'est faux !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** ministre. Dans le secteur dentaire, les centres de santé reçoivent des forfaits pour le diagnostic et le suivi des patients – 50 euros pour le diagnostic, 30 euros pour le suivi – alors que les cabinets de chirurgie dentaire libéraux ne perçoivent rien.

De même, les centres de santé ont des forfaits de coordination qui leur sont propres. Ainsi, il existe un forfait pour les centres de santé infirmiers adhérant à la démarche de coordination des soins ; les forfaits peuvent aller de 7 600 à 19 300 euros.

De plus, l'accord national des centres de santé connaît, en l'état, un succès certain, comme en témoignent les récentes adhésions des centres de santé infirmiers communautaires et de la caisse autonome de sécurité sociale dans les mines.

Vraiment, je vous le répète, ce que vous proposez n'est pas opportun. En tout état de cause, l'égalité des tarifs opposables appliqués aux patients est d'ores et déjà garantie et les récentes revalorisations des médecins et infirmiers ou des masseurs-kinésithérapeutes ou encore de la CCAM sont tout autant applicables aux centres de santé.

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

**M. Bernard Cazeau.** Madame la ministre, ce sont les centres de santé eux-mêmes qui nous sollicitent en raison de certains avantages conventionnels dont seuls bénéficient les médecins libéraux.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** ministre. Ils ont tort, ils oublient ce qu'ils ont obtenu par ailleurs !

**M. Bernard Cazeau.** Vous avez évoqué la kinésithérapie et les soins infirmiers ; je peux vous transmettre les textes dont j'ai eu connaissance et qui montrent qu'ils sont traités différemment. Je veux bien cesser de présenter cet amendement si vous me démontrez – et si les centres de santé l'admettent, car c'est peut-être à eux qu'il faut le dire – qu'une telle disposition ne les favoriserait pas.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** ministre. C'est vouloir le beurre et l'argent du beurre ! Les centres de santé voudraient conserver leurs avantages et bénéficier également d'un certain nombre d'avantages conventionnels. Mais il faut choisir son secteur !

Les centres de santé ne pratiquent pas une médecine libérale. Ils ont des avantages dans certains secteurs et la vie conventionnelle a permis des avancées dans d'autres domaines. Demander l'égalité présente des risques ! Il ne peut s'agir d'une égalité à la carte permettant d'additionner les mesures souhaitées.

**M. le président.** La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Madame la ministre, nous avons l'habitude, nous aussi, de déposer cet amendement. J'ignore pourquoi, cette année, il n'apparaît pas sous notre signature.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** ministre. Un acte manqué...

**M. François Autain.** Il a certainement, en cours de route, été écarté – vous n'y êtes pour rien, madame la ministre – pour irrecevabilité au titre de l'article 45 ou de l'article 40 de la Constitution. Toujours est-il que j'ai tendance, madame la ministre, à vous croire, ce que j'avais fait l'année dernière lorsque vous m'aviez raconté, à propos de mon amendement, les mêmes histoires que celles que vous venez de servir à mon collègue Bernard Cazeau.

Or j'ai vérifié les informations que vous m'aviez alors transmises. Les centres de santé, dites-vous, touchent une indemnité pour le forfait affection de longue durée et une autre pour le forfait de coordination. C'est faux : ils perçoivent effectivement un forfait de coordination, mais pas de forfait affection de longue durée. Ou alors, vous faites une confusion entre les deux.

Je vais finir par ne plus vous croire, parce que, lorsque je vérifie vos informations, je me rends compte qu'elles sont inexactes. Je suis de bonne volonté, mais il ne faut pas abuser ! Ce matin, déjà, vous vous êtes plantée (*Marques de désapprobation sur plusieurs travées de l'UMP.*) sur l'ASMR du Gardasil : il s'agissait bien d'un niveau III et non d'un niveau I.

Nous voterons donc l'amendement de notre collègue Bernard Cazeau, qui est excellent.

**M. le président.** Mme la ministre n'a pas l'habitude de raconter des histoires. Je vous invite donc, monsieur Autain, à conserver à son endroit un ton respectueux.

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Mes services m'ont transmis ces informations ; bien évidemment, je les vérifierai. Une erreur est toujours possible et, si les centres de santé ne touchent pas le forfait de médecin traitant de 46 euros, j'apporterai une rectification.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 155.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 436, présenté par MM. Collin, Charasse et Chevènement, Mme Escoffier, M. Fortassin, Mme Laborde et MM. Mézard, Milhau et Vall, est ainsi libellé :

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

L'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'augmentation du forfait hospitalier à prestations équivalentes ne peut être supérieure à l'inflation. »

Cet amendement n'est pas soutenu.

L'amendement n° 317, 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 32, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le chapitre I du titre VI du livre premier de la sixième partie du code de la santé publique, il est inséré un chapitre ainsi rédigé :

« Chapitre...

« Modalités de contrôle de l'exercice de missions de service public par les établissements de santé privés.

« Art. L... – Les établissements de santé privés, dès lors qu'ils sont amenés à participer à une ou plusieurs missions de service public, organisent dans un recueil spécifique la séparation comptable entre les recettes et les dépenses liées à des activités effectuées par lesdits établissements en raison desdites missions de service public, et des activités non liées à l'exécution de ces missions.

« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités selon lesquelles les établissements de santé privés participant à une ou plusieurs missions de service public soumettent les comptes ainsi organisés à l'autorité chargée de la tarification de ces établissements.

« Art. L... – Les comptes ainsi certifiés doivent attester que les établissements de santé privés participant à une ou plusieurs missions de service public ne tirent aucun bénéfice financier de l'exercice des missions mentionnées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique.

« Art. L... – Le directeur des établissements de santé privés communique au directeur de l'agence régionale de santé et de la chambre régionale et territoriale des comptes les conclusions du recueil mentionné à l'article L... du chapitre..... du titre VI du livre premier de la sixième partie du code de la santé publique.

« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités selon lesquelles le directeur de l'agence régionale de santé et la chambre régionale et territoriale des comptes organisent la publicité des conclusions mentionnées à l'alinéa précédent.

« Art. L... – Le directeur de l'agence régionale de santé, s'il constate, au regard des éléments comptables communiqués par les établissements de santé privés,

l'existence d'un bénéfice financier au titre de l'exercice par cet établissement d'une ou de plusieurs missions de service public, dispose, dans un délai de six mois à compter de cette publication, de la capacité juridique pour exiger de l'établissement de santé privé le remboursement des bénéfices 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.** Les établissements de santé privés commerciaux bénéficient aujourd'hui d'importants financements publics. Cela est encore plus vrai depuis l'adoption de la loi HPST, puisque les établissements privés commerciaux, qui ont été fusionnés dans une notion plus vaste d'établissement de santé – à l'époque, nous l'avions déploré – se sont vu confier de nouvelles missions, donc de nouveaux financements.

Tel est le cas de la formation des internes et des chefs de clinique. D'ailleurs, M. Frédéric Rostand, président du groupe privé Générale de Santé prétend que 450 cliniques privées sont prêtes à accueillir des internes. Or, curieusement, ces établissements privés commerciaux n'ont, pour ces sommes perçues par la collectivité, aucun compte à rendre aux pouvoirs publics ; seuls les actionnaires comptent et je crois qu'ils ne se plaignent pas.

Cette situation nous étant apparue profondément injuste, nous avons déposé un amendement dans la loi HPST pour préciser que ces établissements devaient établir une comptabilité différente afin de permettre la distinction entre les opérations relevant du secteur commercial et celles concernant la délégation de missions de service public.

Initialement, nous n'avions pas envisagé de déposer de nouveau cet amendement sur le PLFSS pour 2010. Mais la campagne médiatique de la fédération hospitalière privée – sur laquelle nous aurons sans doute l'occasion de revenir et à propos de laquelle nous vous avons peu entendue, madame la ministre – nous a incités à le déposer de nouveau.

Je constate, par ailleurs, qu'en quelques mois nous avons gagné sur cette question de la transparence de nouveaux renforts, puisque l'amendement du rapporteur général de la commission des affaires sociales, bien que rédigé de manière différente de la nôtre, vise finalement le même objectif : faire cesser cette situation inégalitaire dans laquelle sont placés les établissements publics de santé, en proposant que les comptes des établissements privés commerciaux, dès lors qu'ils bénéficient de financements publics, soient soumis au champ de compétence de la Cour de comptes.

Cela me paraît tout à fait légitime et je ne comprendrai pas que l'on rejette cet amendement qui est frappé au coin du bon sens.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Monsieur Autain, vous voulez que l'on détermine la part des dépenses consacrées aux missions de service public dans les établissements privés. Il y a là un paradoxe !

Vous êtes opposé à la convergence, car vous estimez que les missions de l'hôpital public, pour lequel vous ne faites pas la même demande, sont mêlées de manière inextricable. Donc, ce qui n'est pas possible dans le public le serait dans le privé : c'est totalement incohérent !

Des éléments de comparaison seront certainement pris en compte avant de réaliser la convergence, mais, dans l'immédiat, votre amendement n'est pas recevable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Défavorable.

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

**M. François Autain.** Je regrette de n'avoir pas pu me faire entendre de M. le rapporteur. Néanmoins, je me rallierai à l'amendement qu'il présentera tout à l'heure.

Je retire donc mon amendement, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 317 est retiré.

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

L'amendement n° 185 rectifié, présenté par MM. P. Blanc, Laménie et Gilles, Mlle Joissains et M. Gournac, est ainsi libellé :

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

Le I de l'article 77 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Afin de mettre en place un nouveau mode de financement des activités de soins de suite et de réadaptation, une étude nationale de coûts à échelle commune aux secteurs hospitaliers publics et privés est instituée à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010. »

La parole est à M. Paul Blanc.

**M. Paul Blanc.** La mise en œuvre d'une tarification à l'activité en soins de suite et de réadaptation doit, pour être menée à bien, s'appuyer sur une étude nationale de coûts fondée sur une échelle commune entre les établissements publics et privés assurant ces activités de soins.

En effet, dans ces activités, plus encore que dans d'autres, les prises en charge sont identiques entre les établissements, quel que soit leur statut. Depuis le 17 juin 2008, un cadre réglementaire unique régit les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé, sans distinction de statut.

Les profils des patients sont identiques, quelle que soit la nature de l'établissement qui les accueille.

**M. le président.** L'amendement n° 467, présenté par MM. Milon, Houpert et Barbier et Mmes Sittler et Panis, est ainsi libellé :

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

Le I de l'article 77 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Afin de mettre en place un nouveau mode de financement des activités de soins de suite et de réadaptation, une étude nationale de coûts à échelle commune aux secteurs hospitaliers publics et privés est instituée à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010. »

La parole est à M. Alain Milon.

**M. Alain Milon.** Cet amendement est défendu, monsieur le président.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Il n'est pas très réaliste d'imaginer qu'une échelle commune des coûts puisse être mise en place au 1<sup>er</sup> janvier prochain, mais la demande de notre collègue Paul Blanc est tout à fait légitime.

Sous le bénéfice des informations qui nous seront apportées par Mme la ministre, je demande le retrait de ces amendements, à moins que le Gouvernement ne veuille jouer l'inertie sur ce dossier, ce qui m'étonnerait.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le Gouvernement est rarement inerte, monsieur le rapporteur général !

La demande de M. Blanc est légitime, mais il part du postulat que la prise en charge des patients en soins de suite et de réadaptation et les dépenses y afférentes sont identiques dans les deux secteurs. Il est vrai que ces derniers font l'objet d'une réglementation commune depuis 2008, mais ce n'est pas suffisant pour affirmer que les prises en charge y sont équivalentes : cela ne correspond pas aux informations recueillies sur le terrain de façon informelle. Je rappelle, par exemple, que les statuts des personnels non médicaux sont distincts et qu'une partie du personnel médical continue d'exercer en mode libéral dans les cliniques.

Dans ces conditions, seule une étude comparative définissant des échelles de coût permettrait d'identifier les similitudes ou les différences entre les deux secteurs. Cette étude nationale étant indispensable, il n'est pas envisageable, même si nous poursuivons le même but, de mettre en œuvre en 2010 la procédure que vous proposez, monsieur Blanc.

Nous n'avons pas intérêt à retarder les travaux en cours en imposant un changement brusque et complet de méthodologie. Nous devons poursuivre l'étude nationale de coûts à méthodologie commune avec le concours du plus grand nombre possible d'acteurs : il y va du succès de la mise en place de la T2A dans le champ des SSR, que j'appelle de mes vœux.

**M. le président.** La parole est à M. Paul Blanc, pour explication de vote sur l'amendement n° 185 rectifié.

**M. Paul Blanc.** Madame la ministre, vous avez fait allusion aux informations qui sont recueillies sur le terrain. En tant qu'ancien praticien, je suis très au fait des problèmes de santé, et je constate qu'il n'y a pas une grande différence entre le secteur public et le secteur privé.

**M. François Autain.** Ah bon ?

**M. Paul Blanc.** En matière de soins de suite, il n'existe pas de différence notable !

Madame la ministre, j'interprète vos propos comme le signe d'une volonté d'aller très vite. (*Mme la ministre acquiesce.*) Dans ce cas, j'accepte de retirer mon amendement.

**M. le président.** L'amendement n° 185 rectifié est retiré.

Monsieur Milon, l'amendement n° 467 est-il maintenu ?

**M. Alain Milon.** Non, je le retire également, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 467 est retiré.

L'amendement n° 318, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Pasquet, Hoarou et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

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

Un rapport du Gouvernement sur l'opportunité de la création d'un nouveau sous-objectif de dépenses qui permette de distinguer, au sein de l'actuel sous objectif relatif aux dépenses des établissements de santé tarifés à l'activité, l'évolution respective des crédits de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie relatifs aux établissements de santé publics d'une part et aux établissements de santé commerciaux d'autre part, est remis au Parlement avant le 15 octobre 2010.

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Avec cet amendement, nous demandons un rapport sur l'opportunité de créer un nouveau sous-objectif de dépenses. Cependant, je me contenterai de l'avis du Gouvernement sur la création de ce sous-objectif, qui permettrait de distinguer, au sein de l'actuel sous-objectif relatif aux dépenses des établissements de santé tarifés à l'activité, l'évolution respective des crédits de l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie relative aux établissements de santé publique, d'une part, et aux établissements de santé commerciaux, d'autre part.

Ma demande est justifiée par le fait que la fonction et les activités de ces deux catégories d'établissements sont très différentes, notamment en termes de types de patients et de durée de séjour. La mesure que je propose permettrait de mieux connaître l'évolution des crédits et d'éviter les transferts qui se produisent parfois, le plus souvent de l'hôpital public vers l'hôpital privé. Aussi paradoxal que cela puisse paraître, ce dernier dépense plus souvent que l'hôpital public les objectifs de l'ONDAM.

Je suis bien conscient que nous ne pouvons pas modifier les sous-objectifs, car il faudrait revenir sur la loi organique,...

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

**M. François Autain.** ..., ce qui n'est pas possible au détour d'un amendement. Je souhaiterais donc recueillir votre avis sur cette proposition, madame la ministre.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Il avait été envisagé, lors de l'examen de la loi organique, de créer différents sous-objectifs, notamment pour le médicament, les secteurs public et privé. En définitive, cette proposition n'a pas été retenue.

Il est difficile de prendre en considération cet amendement, car son adoption nécessiterait une modification de la loi organique. Je vous demande donc, monsieur Autain, de bien vouloir le retirer.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** M. Autain souhaitait connaître mon avis : il est défavorable.

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

**M. François Autain.** Votre argumentation est un peu laconique, madame la ministre, mais elle me permet de retirer mon amendement. (*Sourires.*) Je déposerai le même amendement l'année prochaine !

**M. le président.** L'amendement n° 318 est retiré.

L'amendement n° 537, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

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

Dans l'article L. 111-7 du code des juridictions financières, après le mot : « européenne », sont insérés les mots : « , sur les organismes mentionnés à l'article L. 6161-1 du code de la santé publique et à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et de la famille ».

La parole est à M. le rapporteur général.

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Par cet amendement, la commission propose que tous les établissements de santé privés – qui bénéficient d'importants financements publics – et tous les organismes médicosociaux soient inclus dans le champ de contrôle de la Cour des comptes.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Monsieur le rapporteur général, bien que je souscrive à votre proposition, je vous invite à retirer votre amendement.

S'il n'est pas illégitime que la Cour des comptes ait à connaître des comptes d'établissements financés par l'assurance maladie, les dispositions législatives qu'il y aurait lieu de prendre à cet effet devraient l'être dans le cadre de la future loi sur les juridictions financières.

**M. le président.** Monsieur le rapporteur général, l'amendement n° 537 est-il maintenu ?

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Oui, je le maintiens, monsieur le président.

Qui peut le plus peut le moins ! Pourquoi ne pas prévoir une telle mesure dans ce PLFSS ?

**M. Guy Fischer.** Très bien !

**M. François Autain.** Pour une fois !

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 537.

(*L'amendement est adopté.*)

**M. le président.** En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 32.

#### Article 32 bis (nouveau)

① L'article L. 1111-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

② « Nonobstant les dispositions de l'article L. 4127-1, les sites informatiques des établissements de santé peuvent comporter des informations sur les tarifs et honoraires des professionnels de santé qui y exercent. »

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

L'amendement n° 21, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Rédiger comme suit cet alinéa :

« Nonobstant les dispositions de l'article L. 4127-1, les sites informatiques des établissements de santé peuvent comporter les informations transmises par les gestionnaires des régimes obligatoires de base d'assurance maladie à leurs assurés sociaux en application de l'article L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale sur les tarifs et honoraires des professionnels qui exercent dans ces établissements. Une convention entre l'union

nationale des caisses d'assurance maladie et les organisations représentatives des établissements de santé précise les conditions dans lesquelles les régimes fournissent les informations aux établissements. »

La parole est à M. le rapporteur général.

**M. Alain Vasselle**, rapporteur général de la commission des affaires sociales. L'article 32 bis, inséré dans le projet de loi par l'Assemblée nationale, vise à permettre aux établissements de santé de publier sur leurs sites informatiques des informations sur les tarifs des praticiens qui y exercent. Pour éviter toute ambiguïté, le présent amendement tend à faire en sorte que ces informations soient celles dont disposent les régimes obligatoires de base d'assurance maladie, afin d'assurer la meilleure information possible des assurés.

**M. le président.** Le sous-amendement n° 504, présenté par MM. Badré et Vanlerenberghe, est ainsi libellé :

Alinéa 3 de l'amendement n° 21, après la première phrase

Insérer une phrase ainsi rédigée :

Les sites informatiques des professionnels de santé d'exercice libéral bénéficient du même droit.

Cet amendement n'est pas soutenu.

**M. Nicolas About.** Je le reprends, monsieur le président !

**M. le président.** Il s'agira donc du sous-amendement n° 539, présenté par M. Nicolas About.

Je vous donne la parole pour le défendre, mon cher collègue.

**M. Nicolas About.** Ce sous-amendement vise à étendre aux professionnels de santé d'exercice libéral le droit de publier sur leurs sites informatiques des indications sur les tarifs, afin d'améliorer l'information des assurés et de susciter d'importantes économies dans les dépenses de soins.

**M. le président.** L'amendement n° 123 rectifié, présenté par MM. Barbier et Charasse et Mmes Escoffier et Laborde, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Au début de cet alinéa, supprimer les mots : Nonobstant les dispositions de l'article L. 4127-1,

La parole est à M. Gilbert Barbier.

**M. Gilbert Barbier.** La référence à l'article L. 4127-1 du code de la santé publique n'a pas lieu d'être, dès lors que la déontologie médicale n'interdit pas l'information sur les honoraires ; au contraire, elle l'encourage.

**M. le président.** L'amendement n° 151, présenté par Mmes Jarraud-Vergnolle et Le Texier, MM. Cazeau, Daudigny et Desessard, Mmes Demontès, Champion, Alquier, Printz, Chevê et Schillinger, MM. Le Menn, Jeannerot, Godefroy, 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 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

« Le site informatique de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés est tenu de publier les mêmes informations. ».

La parole est à Mme Annie Jarraud-Vergnolle.

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** L'article 32 bis, inséré à l'Assemblée nationale, vise à permettre la diffusion sur les sites informatiques des établissements de santé les informations relatives aux honoraires des professionnels de santé qui y exercent.

Cet article va dans le bon sens, car il permet d'accroître la transparence et d'éclairer le choix des patients. Mais, comme M. le rapporteur général, nous estimons qu'il est trop général et qu'il pourrait être complété.

L'information des usagers sur les tarifs pratiqués par les professionnels de santé nécessite d'être développée. Étant donné le rôle joué par internet dans la diffusion des informations, il convient de prévoir que le site Ameli de la CNAM publie les honoraires et tarifs des professionnels exerçant dans un établissement de santé. Cela permettrait aux patients sans grandes ressources financières ou sans mutuelle de trouver plus facilement un praticien appliquant des tarifs opposables.

**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 favorable sur le sous-amendement n° 539 et sur l'amendement n° 123 rectifié, sous réserve que ce dernier soit transformé en sous-amendement à l'amendement n° 21 de la commission.

**M. le président.** Monsieur Barbier, acceptez-vous de rectifier votre amendement dans le sens proposé par M. le rapporteur général ?

**M. Gilbert Barbier.** Tout à fait, monsieur le président.

**M. le président.** Je suis donc saisi d'un sous-amendement n° 123 rectifié bis, présenté par MM. Barbier et Charasse et Mmes Escoffier et Laborde, et ainsi libellé :

Alinéa 3

Au début de cet alinéa, supprimer les mots : Nonobstant les dispositions de l'article L. 4127-1,

Veillez poursuivre, monsieur le rapporteur général.

**M. Alain Vasselle**, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Madame Jarraud-Vergnolle, je vous propose de retirer votre amendement au bénéfice de celui de la commission. Bien que nous ayons opté pour des modalités d'application différentes, la finalité est identique.

**M. le président.** Madame Jarraud-Vergnolle, l'amendement n° 151 est-il maintenu ?

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** Non, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 151 est retiré.

Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, ministre. Je suis très favorable à l'amendement n° 21, présenté par M. Vasselle.

En revanche, je suis plutôt défavorable au sous-amendement n° 539, repris par M. About. Je partage la nécessité d'informer, mais je crains que l'information délivrée sur un site personnel ne puisse être tronquée, alors que l'information normalisée disponible sur le site de l'assurance maladie permet une véritable comparaison des tarifs. La manière de présenter les informations peut en effet prêter à confusion.

Enfin, je suis favorable au sous-amendement n° 123 rectifié bis, présenté par M. Barbier.

**M. le président.** Monsieur About, le sous-amendement n° 539 est-il maintenu ?

**M. Nicolas About.** Oui, monsieur le président.

**M. le président.** Je mets aux voix le sous-amendement n° 539.

*(Le sous-amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix le sous-amendement n° 123 rectifié *bis*.

*(Le sous-amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 21, modifié.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 313, 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 :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

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

« Dans les établissements privés mentionnés aux d) et e), les tarifs intègrent les honoraires des médecins libéraux. »

La parole est à M. Guy Fischer.

**M. Guy Fischer.** Cet amendement, semblable à celui qui a été présenté tout à l'heure par Mme Jarraud-Vergnolle, concerne le problème de l'intégration des honoraires médicaux dans la tarification des établissements privés.

Mme la ministre nous a dit que cette intégration remettrait en cause le caractère libéral de l'activité de ces professionnels, mais que, globalement, tous les éléments étaient pris en compte pour établir les comparaisons. Cet argument ne nous convainc absolument pas.

Nous maintenons donc cet amendement, qui s'inscrit dans notre quête de vérité sur les problèmes de financement et de coût réel des établissements privés.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Tout comme elle l'avait fait sur l'amendement n° 152, présenté par le groupe socialiste, la commission émet un avis défavorable sur cet amendement.

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

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

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 313.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 32 *bis*, modifié.

*(L'article 32 bis est adopté.)*

#### **Article 32 ter (nouveau)**

À la fin du quatrième alinéa de l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, les mots : « publics ou des établissements de santé d'intérêt collectif » sont supprimés.

**M. le président.** L'amendement n° 22, 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'article 32 *ter* est un article de coordination qui tend à supprimer une incohérence de rédaction entre deux dispositions du code de la santé publique modifiées par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Une telle mesure ne semble pas avoir vocation à figurer dans une loi de financement de la sécurité sociale.

En outre, cette coordination pourra être effectuée à l'occasion de la ratification de l'ordonnance prévue à l'article 133 de la loi HPST.

En conséquence, nous proposons de supprimer cet article.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Dans un souci de rationalisation, et conformément à l'esprit de la loi HPST, il apparaissait justifié de ne pas limiter le champ des établissements de santé susceptibles de créer ou de gérer ces structures. Tel est l'objet de cet article 32 *ter*, issu d'un amendement adopté par l'Assemblée nationale, et qui avait reçu un avis favorable du Gouvernement.

En conséquence, je sollicite le retrait de cet amendement.

**M. le président.** Monsieur le rapporteur général, l'amendement n° 22 est-il maintenu ?

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Nous discutons de considérations très techniques, qui s'inspirent notamment du droit communautaire.

Je crains fort qu'ainsi rédigé cet article 32 *ter* ne passe pas le cap du Conseil constitutionnel. Je voulais simplement rendre service au Gouvernement...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le problème est réglé !

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Si la question est réglée, je veux bien retirer cet amendement.

Vous seriez de toute façon la première victime d'une éventuelle censure du Conseil, madame la ministre.

**M. le président.** L'amendement n° 22 est retiré.

Je mets aux voix l'article 32 *ter*.

*(L'article 32 ter est adopté.)*

#### **Articles additionnels après l'article 32 ter**

**M. le président.** L'amendement n° 233, présenté par Mmes Le Texier et Jarraud-Vergnolle, MM. Cazeau, Daudigny et Desessard, Mmes Demontès, Campion, Alquier, Printz, Chevê et Schillinger, MM. Le Menn, Jeannerot, Godefroy, 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 32 *ter*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « après avis des partenaires conventionnels ».

La parole est à Mme Christiane Demontès.

**Mme Christiane Demontès.** La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a mis en place des référentiels pour les actes en série. Ces derniers sont désormais homogénéisés et soumis à des référentiels de prescription auxquels il n'est possible de déroger qu'avec l'accord préalable du service du contrôle médical de l'assurance maladie.

C'est le collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'UNCAM, qui fixe les conditions d'application des règles relatives à la procédure de mise sous entente préalable.

Actuellement, les professionnels ne sont pas associés à l'élaboration des référentiels.

Dernièrement, les syndicats représentatifs des masseurs-kinésithérapeutes libéraux et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ont signé un protocole relatif aux thèmes de négociations, dans lequel l'UNCAM s'engage à associer les représentants des masseurs-kinésithérapeutes libéraux à la démarche d'élaboration des référentiels qu'elle proposera pour validation à la Haute autorité de santé, ainsi qu'au suivi de l'impact de cette mesure.

Dans un souci de clarification et d'harmonisation, nous demandons que tous les partenaires conventionnels soient associés de la même manière à la démarche d'élaboration des référentiels.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Les dispositions de l'article 42 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 prévoient que les référentiels pour les actes en série sont élaborés par la Haute autorité de santé, ou validés par elle sur proposition de l'UNCAM.

Dès lors, nous ne voyons pas quelle pourrait être l'utilité de la consultation prévue par cet amendement. L'expertise de la Haute autorité de santé paraît suffisante. De surcroît, cette consultation ne ferait qu'alourdir la procédure et ralentir l'élaboration des référentiels.

En conséquence, je sollicite le retrait de cet amendement. À défaut, l'avis sera défavorable.

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

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

**M. le président.** Madame Demontès, l'amendement n° 233 est-il maintenu ?

**Mme Christiane Demontès.** Oui, monsieur le président.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 233.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 321, présenté par Mme Pasquet, MM. Fischer et Autain, Mmes David, Hoarau et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Après l'article 32 *ter*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Les 13° et 14° du I de l'article 124 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires sont abrogés.

La parole est à M. Guy Fischer.

**M. Guy Fischer.** En juin dernier, à l'occasion de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, vous révisiez les règles en matière d'installation du secteur médicosocial, et imposez ce que certains ont appelé la « CPOMisation », c'est-à-dire l'obligation faite aux établissements, pour continuer à bénéficier de subventions publiques, de contractualiser avec l'État.

Nous avons alors dénoncé cette drôle de conception de la contractualisation et de la démocratie qui consiste à contraindre les établissements sociaux à signer des contrats pluriannuels, sans leur laisser de vraies possibilités de négociation.

Malheureusement, nous ne vous avons pas convaincue. Mais si nous déposons cet amendement de suppression, c'est avec l'espoir qu'au-delà des oppositions de principes vous serez sensible à l'argument que nous allons développer : le pragmatisme.

En effet, ce mécanisme va fortement accélérer le processus de contractualisation dès 2010, ce qui risque d'avoir des incidences fortes sur la situation économique des établissements, donc sur leurs capacités.

C'est pourquoi nous proposons, avec cet amendement, de supprimer le caractère obligatoire des CPOM, pour laisser aux gestionnaires d'établissement le temps de s'organiser, de se projeter et de négocier. L'année 2010 serait, en quelque sorte, une année de transition.

En tout état de cause, et parce que je crains profondément que notre amendement ne soit pas adopté, je voudrais vous interroger sur le sort que vous entendez réserver au fonds d'aide à la contractualisation. Maintenant que la contractualisation est obligatoire, entendez-vous le maintenir ? Les établissements comptent sur ce fonds, qui représente tout de même 40 millions d'euros.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** La commission avait émis un avis favorable sur l'extension des CPOM aux établissements médicosociaux.

J'attire par ailleurs l'attention de M. Fischer sur le fait que la rédaction de son amendement est inopérante en l'état, car elle ne supprime pas les dispositions qui ont été introduites à cet effet dans le code de l'action sociale et des familles.

En conséquence, la commission sollicite le retrait de cet amendement. À défaut, l'avis sera défavorable.

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

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

**M. le président.** Monsieur Fischer, l'amendement n° 321 est-il maintenu ?

**M. Guy Fischer.** À la suite des précisions de M. le rapporteur général, je le retire, monsieur le président. Il nous arrive de commettre quelques petites erreurs, mais c'est exceptionnel ! *(Sourires.)*

Je crois néanmoins que le secteur médicosocial entre dans une nouvelle ère. Les CPOM suscitent une vive inquiétude au sein des 30 000 établissements médicosociaux. La volonté de contraindre et d'encadrer ne pourra que déboucher, *in fine*, sur une restriction budgétaire. Ces établissements, qui connaissent déjà des difficultés, craignent pour leur avenir.

**M. le président.** L'amendement n° 321 est retiré.

L'amendement n° 500, présenté par MM. About et A. Giraud, Mme Payet, M. Vanlerenberghe et les membres du groupe Union centriste, est ainsi libellé :

Après l'article 32 *ter*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Pour les pathologies portant sur les actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas, pour un patient justifiant des soins de masso-kinésithérapie, de recourir de manière générale à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite et de réadaptation mentionnés à l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, le médecin prescripteur devra adresser à la caisse primaire d'assurance maladie locale une demande d'entente préalable selon des modalités définies par décret en Conseil d'État.

La parole est à M. Nicolas About.

**M. Nicolas About.** L'objet de cet amendement est de permettre à la caisse primaire d'assurance maladie, sur des critères médicalisés, de se prononcer sur l'autorisation ou non d'effectuer une rééducation en centres, lorsqu'il existe des recommandations de la Haute autorité de santé.

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

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

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je partage évidemment le point de vue de Nicolas About sur l'importance d'une orientation des patients adaptée à leurs besoins. Les prescripteurs de soins de rééducation disposent déjà d'un certain nombre d'outils, et la Haute autorité de santé a préparé à cet effet un guide méthodologique de grande qualité.

J'appelle votre attention sur le fait que la systématisation de la demande d'entente préalable que vous préconisez alourdirait considérablement la procédure d'admission en soins de suite et de réadaptation. J'ai d'ailleurs déjà développé cette argumentation devant vous, et elle vous avait convaincus.

Plus de 900 000 admissions par an sont prescrites, ce qui donnerait lieu à autant de demandes d'entente préalable. C'est inenvisageable ! Cela risquerait d'allonger les délais, avec pour conséquence de laisser les malades en court séjour au lieu de les transférer en soins post-aigus. Cela se traduirait, au final, par un alourdissement des procédures et des coûts, ce qui est l'inverse de l'effet recherché.

En conséquence, je ne peux être que défavorable à cet amendement. Il part certainement d'une bonne intention, mais il aurait des effets pervers, notamment en freinant le parcours du patient, alors que nous déployons toute notre énergie à le fluidifier.

**M. le président.** Monsieur About, l'amendement est-il maintenu ?

**M. Nicolas About.** Manifestement, Mme la ministre ne veut pas de l'outil que je lui propose. Aussi, je retire mon amendement, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 500 est retiré.

### Article 33

① Après l'article L. 344-1-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 344-1-2 ainsi rédigé :

② « Art. L. 344-1-2. – Les frais de transport entre le domicile et l'établissement des personnes adultes handicapées fréquentant en accueil de jour les établissements mentionnés à l'article L. 344-1 ou les foyers d'accueil médicalisés mentionnés au 7<sup>o</sup> du I de l'article L. 312-1 sont inclus dans les dépenses d'exploitation de ces établissements et foyers et sont financés par l'assurance maladie. »

**M. le président.** La parole est à Mme Annie Jarraud-Vergnolle, sur l'article.

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** De nombreuses personnes handicapées accueillies en établissement médicosocial sont confrontées à de graves difficultés financières quant à la prise en charge des frais de transport entre leur domicile et l'établissement d'accueil. Face à cette situation, elles doivent supporter les coûts de transport ou renoncer à l'accueil en établissement.

L'article 33 du projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit que l'établissement, dans le cas d'une maison d'accueil spécialisée, une MAS, ou d'un foyer d'accueil médicalisé, un FAM, prenne en charge ses frais de transport.

L'homogénéisation de ce dispositif avec celui qui existe pour les personnes âgées, en accueil de jour, serait souhaitable, même s'il ne s'agit pas de transférer à l'identique ces dispositions.

Une organisation adaptée et efficace d'une offre de transport doit être mise en place, afin que la disposition envisagée par l'article soit opérante.

Une autre condition de réussite du dispositif tient, bien évidemment, au financement et à la revalorisation en conséquence de la dotation soins à la hauteur réelle des besoins et de manière à couvrir tout type de transport. Or l'article n'apporte aucune garantie d'une telle prise en compte.

En aucun cas cette mesure ne peut être financée dans le cadre de la seule croissance de l'ONDAM 2010 de reconduction. Une enveloppe pérenne devra être réévaluée chaque année au regard des dépenses réellement engagées par les structures pour assurer un transport adapté au polyhandicap ou au handicap lourd et des moyens devront être mis en œuvre pour y répondre.

Les coûts induits par ces frais de transport pourront être fluctuants d'un exercice budgétaire à un autre, notamment en termes de population ou de distance. Aussi, une logique d'allocation budgétaire forfaitaire peut difficilement être envisagée.

Ce dispositif de financement doit être corrélé en cas de dépassement lié aux besoins de la personne à un financement des surcoûts de la prestation de compensation du handicap déplafonnée et à un abondement financier par les crédits de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la CNSA.

**M. le président.** La parole est à M. Yves Daudigny, sur l'article.

**M. Yves Daudigny.** L'article 33 vise à intégrer les frais de transport des personnes adultes handicapées admises en accueil de jour dans les MAS et les FAM dans le budget soins de ces établissements.

Nous connaissons l'historique de la situation qui a présidé à l'insertion de cette disposition dans le présent projet de loi. Le décret du 5 février 2007 relatif à la PCH a introduit



suffisamment de confusion pour que certaines CPAM, qui assuraient jusqu'alors la prise en charge de ces frais au titre de leur action sociale, y mettent, dès lors, un terme.

La PCH étant plafonnée, pour ce dispositif, à 200 euros par mois, la conséquence directe en a été un nouveau reste à charge pour les intéressés et leurs familles, parfois insupportable.

Par ailleurs, les interprétations différentes d'une CPAM à l'autre ont créé des inégalités territoriales de prise en charge. De nombreuses associations s'en sont émues, à juste titre.

S'il est louable que, sur l'initiative de Mme la secrétaire d'État chargée de la famille et de la solidarité, un groupe de travail ait été finalement constitué en 2009 sous l'égide de la CNSA, afin de rechercher et de proposer « un dispositif rénové et pérenne d'organisation et de prise en charge des frais de transport » et que ce projet de loi aborde la question, on ne peut que regretter qu'il ait fallu attendre aussi longtemps pour réagir et, surtout, pour parvenir à cette disposition. La montage accouche d'une souris !

Ce regret est largement partagé par les représentants des personnes handicapées et par les rapporteurs eux-mêmes. L'article 33, qu'il nous est proposé d'adopter, concerne, en effet, le seul accueil en FAM et en MAS, uniquement de jour et exclusivement pour les adultes. Il ne traite pas même du transport des enfants, pourtant identifiés par le groupe de travail évoqué tout l'heure comme également prioritaires.

Les modalités de financement de ces frais de transport posent évidemment question, et ce d'autant plus qu'elles s'inscrivent dans un contexte devenu fort peu lisible pour la CNSA. Ainsi se cumulent des projets tellement ambitieux de création de places que l'on peut douter de leur réalisme, l'élargissement plus ou moins explicite des missions de la Caisse, et donc de ses charges – je pense, notamment, aux contrats de projets État-région –, enfin, des opérations de transfert de crédits sous-consommés.

Ce foisonnement désordonné nuit à la lisibilité du rôle de la CNSA. Il tend peu à peu à dénaturer sa mission, qui est d'intervenir « en plus » et non « à la place ». Il laisse craindre, comme l'ont exprimé les fédérations gestionnaires du secteur, « un rendez-vous financier quasi impossible pour la CNSA ».

S'il est plus que temps de répondre à cette question de prise en charge des frais de transport, là encore, la mesure proposée l'est *a minima*. C'est un exemple supplémentaire d'une « politique des petit pas » et elle ne détonne malheureusement pas au sein ce projet de loi.

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

L'amendement n° 323, présenté par Mme Pasquet, MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du parti de gauche, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Remplacer cet alinéa par deux alinéas ainsi rédigés :

« Art. L. 344-1-2. – Les frais de transport des personnes adultes handicapées admises en accueil de jour dans les établissements mentionnés à l'article L. 344-1 ou les foyers d'accueil médicalisés visés au 7° de l'article L. 312-1 sont réintégrés dans les dépenses d'exploitation desdits établissements sur la base des dépenses constatées *ex ante* dans les différents chapitres budgétaires concernés.

« Un rapport d'évaluation portant sur la mise en œuvre de cette mesure de réintégration est présenté par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au Conseil national consultatif des personnes handicapées, qui peut faire les propositions d'amélioration nécessaires, notamment en matière de bon accès à une prestation en accueil de jour des personnes adultes handicapées. »

La parole est à M. Guy Fischer.

**M. Guy Fischer.** Avec cet amendement, nous entendons accompagner de manière concrète l'objectif d'assurer un meilleur accès des personnes adultes handicapées à la prestation d'accueil de jour.

Or cet accueil n'est possible que si les financements sont suffisants. Nous le savons tous pour l'avoir vécu dans nos départements, de nombreuses personnes handicapées accueillies en établissement médicosocial sont confrontées à de graves difficultés financières quant à la prise en charge des frais de transport entre leur domicile et l'établissement d'accueil.

La réalité est que, face à cette situation, de nombreuses personnes handicapées doivent supporter les coûts de transport ou renoncer à l'accueil en établissement, puisque la prestation de compensation du handicap qui peut être accordée ne correspond qu'à 200 euros par mois et se révèle, dans de très nombreux cas, insuffisante.

L'article 33 de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, suivant une recommandation de la CNSA rendue en juillet dernier, prévoit que l'établissement, dans le cas d'une MAS ou d'un FAM, prenne en charge ces frais de transport. Cela constitue une avancée certaine, mais celle-ci est insuffisante puisqu'elle ne concerne que les personnes accueillies en MAS et en FAM.

Nous proposons donc, pour répondre au mieux aux attentes de nos concitoyens et concitoyennes, d'étendre ce dispositif aux personnes accueillies en établissement de semaine.

Par ailleurs, je voudrais, madame la ministre, vous interroger sur le financement de ce dispositif, car, pour qu'il soit pleinement efficace, il doit pouvoir bénéficier au plus grand nombre, ce qui exige qu'il soit suffisant.

Force est de constater que, en la matière, le projet de loi de financement de la sécurité sociale n'apporte aucune garantie d'une telle prise en compte.

Cela a conduit de très nombreux acteurs, à commencer par l'UNIOPSS et l'UNAPEI, dont nous avons reçu les représentants, à demander qu'une « dotation financière spécifique soit fléchée, afin de prendre en compte cette nouvelle obligation financière qui incombe aux établissements et services. En aucun cas, cette mesure ne peut être financée dans le cadre de la seule croissance de l'ONDAM 2010 de reconduction ».

Ma question, madame la ministre, est donc la suivante : avec quels crédits entendez-vous financer ce dispositif, que nous espérons voir étendu ?

**M. le président.** L'amendement n° 445, présenté par MM. Milon, Houpert et Barbier et Mmes Sittler et Panis, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Art. L. 344-1-2. Les frais de transport des personnes adultes handicapées admises en accueil de jour dans

les établissements mentionnés à l'article L. 344-1 ou les foyers d'accueil médicalisés visés au 7° de l'article L. 312-1 sont inclus dans les dépenses d'exploitation desdits établissements. »

La parole est à M. Alain Milon.

**M. Alain Milon.** L'article 33 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale vise à sécuriser la prise en charge de ces frais de transport et à limiter le reste à charge pour les familles en confiant l'organisation de ceux-ci aux établissements concernés.

Il est prévu que ces établissements recevront un forfait sur l'objectif global de dépenses géré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, qui leur permettra de financer des transports plus efficaces, en privilégiant le transport partagé de proximité. Or seuls sont concernés les frais de transport des adultes handicapés accueillis de jour – et non en internat – au sein des MAS et des FAM.

Cette amélioration minimale exclut le remboursement des frais de transport vers ces mêmes établissements lorsque la personne est accueillie en internat, mais aussi les jeunes adultes frontaliers fréquentant des établissements belges.

Par ailleurs, la problématique du remboursement des frais de transport des enfants et des jeunes adultes accueillis au sein des CAMSP et des CMPP, dont il avait été question dans le rapport de la CNSA, n'est toujours pas résolue.

La réponse retenue par le Gouvernement reste donc extrêmement partielle si l'on compare le nombre de revendications que les associations avaient fait acter dans le rapport de la CNSA sur le transport des personnes handicapées, au terme de plusieurs mois de travail.

Il convient, *a minima*, d'apporter une réponse complète aux personnes lourdement handicapées qui sont accueillies au sein des MAS et des FAM, que ce soit en externat ou en internat.

Bien entendu, afin d'assurer l'effectivité de cette disposition, il est essentiel que les établissements perçoivent les compensations nécessaires.

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

**Mme Sylvie Desmarescaux,** *rapporteur de la commission des affaires sociales pour le secteur médicosocial.* L'amendement n° 323 présenté par le groupe CRC-SPG vise, d'une part, à ce que les frais de transport des adultes handicapés admis en accueil de jour dans les MAS et les FAM soient intégrés dans le budget des établissements, et ce sur la base des dépenses constatées dans le passé, d'autre part, à ce que la CNSA remette au Conseil national consultatif des personnes handicapées un rapport d'évaluation sur la mise en œuvre de cette mesure.

Monsieur Fischer, je partage votre souci quant aux modalités de financement de la mesure prévue à cet article. J'ai d'ailleurs insisté dans mon rapport sur la nécessité d'accompagner l'intégration des frais de transport dans le budget des établissements d'un transfert d'enveloppe suffisant, afin que ceux-ci aient les moyens de mettre en œuvre un système de transport efficace et de qualité.

Pour 2010, il est prévu que 18 millions d'euros seront ainsi transférés de l'enveloppe sanitaire vers l'enveloppe médicosociale – c'est l'opération de fongibilité – pour couvrir la première tranche d'intégration. Au total, le transfert d'enveloppe devrait atteindre 36 millions d'euros.

Toutefois, il ne me semble pas nécessaire d'inscrire cette précision dans la loi. Nous devons, en revanche, être attentifs, dans le cadre du suivi de l'application de cette mesure, à ce que tous les moyens transférés aient bien été à la hauteur des ambitions affichées.

Par ailleurs, j'estime qu'il n'est pas nécessaire de prévoir un rapport d'évaluation sur ce sujet, étant donné que le groupe de travail de la CNSA s'acquitte déjà du suivi de la mise en œuvre du dispositif, ainsi que de son éventuelle extension à d'autres modes d'accueil.

Pour ces raisons, la commission émet un avis défavorable.

L'amendement n° 445 rectifié, quant à lui, vise à étendre le dispositif prévu à l'article 33 aux adultes handicapés accueillis en internat – et pas seulement en externat – dans les MAS ou les FAM.

Je partage pleinement l'inquiétude exprimée par les auteurs de l'amendement quant à la prise en charge des frais de transport des adultes handicapés. Cependant, la mesure prévue à cet article représente une avancée majeure et ne constitue qu'une première étape dans un processus de réforme qui devra, à terme, concerner tous les modes d'accueil.

Aussi, je crois préférable d'avancer par étape sur cette question complexe, qui appelle des réponses différenciées selon le type de structure considéré.

Le groupe de travail de la CNSA préconise d'ailleurs une démarche progressive en la matière.

L'année 2010 devra donc être mise à profit pour poursuivre la réflexion sur la prise en charge des frais de transport des adultes handicapés, afin d'y apporter une réponse complète.

Aussi, monsieur Milon, je vous saurais gré de bien vouloir retirer votre amendement ; à défaut, la commission émettra, avec beaucoup de tristesse, un avis défavorable.

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

**Mme Nadine Morano,** *secrétaire d'État chargée de la famille et de la solidarité.* Je partage l'analyse de Mme le rapporteur sur l'amendement n° 323.

Je ne peux pas souscrire aux critères qui sont proposés pour le calibrage de l'enveloppe consacrée aux frais de transport en accueil de jour.

Le dispositif que nous présentons vise, au contraire, à organiser et à mutualiser ces transports. Cette organisation plus efficace doit permettre de fournir un meilleur service à l'utilisateur, mais aussi de rationaliser les coûts. Se fonder sur les dépenses historiquement constatées serait donc une erreur.

Je tiens à vous rassurer sur un point. Pour fixer l'enveloppe consacrée à la prise en charge et à l'organisation des transports par les établissements, nous avons demandé à la CNSA de mener une étude auprès d'un échantillon représentatif d'établissements, afin d'affiner les déterminants de la dépense.

Les 18 millions d'euros prévus pour 2010 s'appuient sur des données de terrain quant aux distances moyennes parcourues et au coût des transports employés. Si cette enveloppe devait se révéler inadaptée, elle serait naturellement revue.

Pour toutes ces raisons, je suis défavorable à cet amendement.

En ce qui concerne l'amendement n° 445 rectifié, à l'instar de Mme le rapporteur, j'en demande le retrait.

Le groupe de travail qui a été conduit par la CNSA au premier semestre de 2009 a validé la pertinence d'intégrer les frais de transport dans le budget des établissements, notamment pour les personnes en accueil de jour en MAS et en FAM, car elles cumulent les difficultés. Elles ont recours, en raison de la lourdeur de leur handicap, à des transports médicalisés ou adaptés coûteux. Or, en accueil de jour, les transports sont quotidiens et le plafond de 12 000 euros sur cinq ans prévu pour couvrir le surcoût de transport par l'allocation de prestation de compensation du handicap est très vite atteint.

Pour autant, le Gouvernement veut aller plus loin. Les transports vers les centres d'accueil de jour revêtent une urgence telle qu'une mesure a été retenue dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010. Mais nous avons demandé à nos services d'affiner le diagnostic au cours de l'année 2010, afin de permettre une intégration des frais de transport dans le budget des établissements.

Pour les autres types de public, il est notamment nécessaire de connaître les distances parcourues, les coûts des transports utilisés, la fréquence des retours à domicile pour la population en internat.

Dans l'attente de ces informations, nous ne pouvons bien évidemment pas laisser les personnes en internat sans solution. C'est la raison pour laquelle nous demandons à l'assurance maladie de poursuivre le moratoire sur la prise en charge de ces publics jusqu'à l'entrée en vigueur d'une solution définitive.

**M. le président.** La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote sur l'amendement n° 323.

**M. Guy Fischer.** La commission partage souvent nos inquiétudes, mais elle n'en est pas moins défavorable à nos amendements.

Nous avons nous aussi reçu des représentants de l'UNIOSS et de l'UNAPEI ; je suis persuadé que Paul Blanc les a également reçus.

**M. Paul Blanc.** Très longuement !

**M. Guy Fischer.** C'est donc que les problèmes sont graves,...

**M. Paul Blanc.** Divers et variés !

**M. Guy Fischer.** ... et les inquiétudes certaines.

Cela dit, les choses évoluent. Nous nous sommes cristallisés sur la prise en charge des transports, avec une enveloppe de 18 millions d'euros transférés vers les établissements. Mais, d'une manière générale, madame la secrétaire d'État, il nous faudra revenir sur les problèmes du secteur médico-social et croyez bien que nous aurons des arguments à faire valoir.

La CNSA va connaître très rapidement des difficultés de financement, d'autant qu'elle est siphonnée par la sécurité sociale.

Ces données doivent être portées à la connaissance de tout un chacun. C'est la raison pour laquelle nous maintenons notre amendement, même s'il doit subir un sort défavorable.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 323.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Monsieur Milon, l'amendement n° 445 rectifié est-il maintenu ?

**M. Alain Milon.** Paul Blanc connaît sans doute mieux que moi la situation des personnes handicapées. Mais, voilà quelques années, j'ai adopté une enfant handicapée et je sais ce qu'est le handicap ; je sais aussi ce qu'il coûte. On se heurte à de nombreuses difficultés lorsque, comme moi, on veut promener un enfant de seize ans dans un fauteuil, la scolariser, la placer dans des foyers qui lui permettront d'évoluer. Je sais combien cela coûte à la caisse de sécurité sociale du Sénat.

Le texte du Gouvernement marque un progrès assez considérable. Mais qui peut le plus peut le moins ! Pour quelle raison les personnes en internat ne peuvent-elles pas bénéficier des mesures applicables aux personnes en accueil de jour ?

Madame la secrétaire d'État, si vous me confirmez que vous prolongerez le moratoire de la sécurité sociale concernant la prise en charge des déplacements et que vous continuerez de travailler avec la CNSA, je retirerai mon amendement. Je vous promets toutefois que si rien n'est fait d'ici à l'année prochaine, je serai présent dans un an pour vous rappeler votre engagement.

**Mme Nadine Morano, secrétaire d'État.** Je prends cet engagement !

**M. Alain Milon.** Dans ces conditions, je retire l'amendement, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 445 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'article 33.

*(L'article 33 est adopté.)*

#### Articles additionnels après l'article 33

**M. le président.** L'amendement n° 324, 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 33, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Monsieur le président, un amendement similaire ayant déjà été défendu par nos collègues socialistes, je retire l'amendement n° 325.

L'amendement n° 324, lui, est nouveau. Il vise à vous donner les moyens de faire réaliser des économies à la sécurité sociale ; elle en a bien besoin ! J'espère que vous lui réserverez un accueil plus favorable que celui que vous avez fait à tous les autres amendements que j'ai déposés sur ce projet de loi de financement de la sécurité sociale et que vous avez systématiquement rejetés.

Le présent amendement tend à conditionner le prix des nouveaux médicaments fixé par le CEPS, et remboursé par l'assurance maladie, à l'efficacité relative de ceux-ci. Cette

efficacité est établie par la Commission de la transparence en fonction des médicaments de la même classe thérapeutique qui sont déjà sur le marché.

Comme vous le savez, l'inscription sur la liste des produits remboursables de médicaments nouveaux plus chers et n'offrant aucune amélioration du service médical rendu est un phénomène qui va en s'amplifiant. Les chiffres tirés des rapports annuels de la Haute Autorité de santé et relatifs aux travaux de sa Commission de la transparence sont éloquents.

En effet, alors que les médicaments d'ASMR V ne constituaient, en 2000, que 68 % de l'ensemble des médicaments examinés par la Commission de la transparence, ce pourcentage atteignait 91 % en 2006 et – c'est un record ! – 94 % en 2008. En d'autres termes, cela signifie que 94 % des médicaments mis sur le marché n'apportent aucune amélioration du service médical rendu par rapport à ceux qui existent déjà. Cela veut dire aussi que la recherche des laboratoires s'est essouffée : on ne parvient plus à créer de nouveaux médicaments.

Or, les députés ont démontré dans un point d'information du 13 mars 2007 que les médicaments mis sur le marché deux ans auparavant et ne disposant que d'une ASMR IV ou V avaient entraîné, pour l'assurance maladie, une dépense supplémentaire de 270 millions d'euros par rapport à 2006, soit une augmentation des dépenses totales en remboursement de médicaments de près de la moitié.

L'adoption de cet amendement permettrait que les fausses innovations ne puissent pas, comme c'est le cas aujourd'hui, être vendues à un prix supérieur à celui du générique.

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

**M. Alain Vasselle**, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Contrairement à ce qu'a indiqué M. Autain, il ne s'agit pas vraiment d'un nouvel amendement.

Je l'ai informé, en commission des affaires sociales, en accord avec Mme Dini, que nous demanderions à M. Noël Renaudin de venir lui expliquer pourquoi sa demande n'est pas justifiée.

La disposition proposée n'étant pas très claire et étant difficile à appliquer dans les cas de médicaments sans générique, je souhaite le retrait de cet amendement.

**M. François Autain.** Cela vise précisément des médicaments sans générique.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, ministre. Je suis défavorable à cet amendement.

Je me suis déjà longuement expliquée, mais j'apporterai un complément d'information à M. Autain sur la rémunération forfaitaire.

Monsieur le sénateur, je tiens à votre disposition le *Journal officiel de la République française* dans lequel on peut lire que les médecins libéraux touchent un forfait de 40 euros uniquement pour leurs patients bénéficiaires de l'allocation d'éducation spécialisée, l'ALD, alors que les centres de santé percevoient un forfait de 46 euros pour l'ensemble de leurs patients.

Non seulement les centres de santé touchent une rémunération forfaitaire supérieure à celle des médecins généralistes, mais ils la perçoivent pour l'ensemble de leurs malades : un partout, la balle au centre, monsieur Autain. (*Sourires.*)

**M. François Autain.** Je vais essayer de marquer un deuxième but, madame la ministre !

**M. le président.** Je vais mettre aux voix l'amendement n° 324.

Que ceux qui sont favorables à son adoption veuillent bien lever la main.

**M. François Autain.** Je demande la parole pour explication de vote.

**M. le président.** Je regrette, monsieur Autain, le vote est commencé.

**M. François Autain.** Vous n'avez pas demandé si quelqu'un voulait expliquer son vote.

**M. le président.** J'ai dit : je vais mettre aux voix l'amendement n° 324. Il fallait demander la parole à cet instant.

**M. François Autain.** Vous deviez demander si quelqu'un voulait expliquer son vote.

**M. le président.** Vous pinailliez !

**M. François Autain.** Je veux simplement expliquer mon vote.

**M. le président.** Monsieur Autain, c'est moi qui préside et je ne vous donne pas la parole !

**M. François Autain.** Vous êtes pressé et, finalement, au lieu de gagner du temps, vous en perdez.

**M. le président.** Pas du tout ! Je n'aime pas la mauvaise foi ! Vous voulez toujours avoir le dernier mot. Il y a des limites !

**M. François Autain.** J'estime que, comme n'importe quel parlementaire, j'ai le droit d'expliquer mon vote.

**M. le président.** Je n'ai pas la réputation de chercher à ennuyer les parlementaires ! Je m'efforce de présider avec objectivité, afin que tout se passe bien.

**M. François Autain.** Jusqu'à présent, cela allait, mais à présent, cela ne va plus ! (*Sourires.*)

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

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**M. le président.** L'amendement n° 325, 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 33, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le troisième alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Un médicament ne peut être inscrit sur la liste que s'il a fait la preuve de sa supériorité au cours d'essais cliniques le comparant aux traitements de référence en usage, s'ils existent. »

Cet amendement a été retiré.

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

L'amendement n° 329, présenté par Mme Pasquet, MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

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

L'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Le I est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 11° D'organiser l'analyse des coûts de revient et l'observation des différents tarifs des établissements sociaux et médico-sociaux, sur la base d'enquêtes nationales représentatives par catégories homogènes d'établissements et services ou d'interventions sociales ou médico-sociales et en tenant compte d'indicateurs relatifs à leur nature et à leur qualité, notamment pour déterminer sur des bases objectives les tarifs sociaux et médico-sociaux définis aux articles L. 314-3 et L. 314-4 et concourir à l'information des usagers, des personnes morales gestionnaires et des autorités de contrôle et de tarification. »

2° Il est ajouté un paragraphe ainsi rédigé :

« ... – Les modalités d'organisation des enquêtes nationales définies au 11° du I, la communication de leur contenu aux associations et organismes représentés au conseil national consultatif des personnes handicapées ou dans les collèges d'organismes œuvrant au niveau national en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées définis aux articles R. 14-10-4 et R. 14-10-5, ainsi que la publication de leurs résultats, sont établis dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. »

La parole est à M. Guy Fischer.

**M. Guy Fischer.** Comme dans le domaine sanitaire, les personnes qui relèvent du secteur médicosocial connaissent un reste à charge important, et ce même si l'assurance maladie assure le financement de la partie « soins » des budgets des établissements du secteur médicosocial – ce qui représente tout de même 2,5 milliards d'euros –, s'il existe une prise en charge des unités de soins de longue durée et une mesure de réduction d'impôt qui prend la forme d'une baisse de la TVA pour certains appareillages, etc.

Il n'en demeure pas moins que le reste à charge est important. Il pèse de plus en plus lourd sur les personnes fragilisées et leurs familles, qui les soutiennent souvent, tout en connaissant elles-mêmes d'importantes difficultés.

Les restes à charge, souvent important, proviennent en fait de deux sections : celle de la dépendance et celle de l'hébergement. Ils sont d'autant plus pénalisants que 18 % des personnes âgées de soixante ans et plus bénéficiaient en 2006 du minimum vieillesse, dont le montant ne permet pas le financement d'un placement en établissement ; il faut savoir qu'un allocataire seul touche 610 euros par mois et qu'un couple de deux allocataires perçoit 1095 euros.

Aujourd'hui, la recherche d'un placement pour un proche s'apparente plus à la recherche d'un moindre reste à charge. Les familles tiennent compte de ces éléments financiers pour essayer de trouver une place en établissement. Cette mission pourrait être confiée à la CNSA.

**M. le président.** L'amendement n° 439, présenté par MM. Vall et Charasse, Mme Laborde et M. Milhau, est ainsi libellé :

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

I. – Le I de l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles est complété par un 11° ainsi rédigé :

« 11° D'organiser l'analyse des coûts de revient et l'observation des différents tarifs des établissements et services médico-sociaux, sur la base d'enquêtes nationales représentatives par catégorie homogène d'établissements et services ou d'interventions sociales et médico-sociales de nature similaire, en tenant compte d'indicateurs relatifs à leur nature et à leur qualité, notamment pour permettre de déterminer les tarifs plafonds médico-sociaux définis par l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles et, pour ce qui concerne les établissements et services d'aide par le travail par l'article L. 314-4 du même code, ainsi que pour concourir à l'information des usagers, des personnes morales gestionnaires et des autorités de contrôle et de tarification ; ».

II. – Après le deuxième alinéa de l'article L. 312-9 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Ils adressent par voie électronique à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie les données nécessaires aux enquêtes mentionnées au 11° du I de l'article L. 14-10-1. »

Cet amendement n'est pas soutenu.

L'amendement n° 421, présenté par MM. P. Blanc et Laménie, Mmes Debré, Hermange, Rozier et Procaccia et M. Milon, est ainsi libellé :

Après l'article 33, insérer un article additionnel rédigé comme suit :

I. – Le I de l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles est complété par un 11° ainsi rédigé :

« 11° De réaliser, dans des conditions fixées par voie réglementaire, une étude relative à l'analyse des différents coûts de revient et tarifs des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 et relevant de sa compétence, sur la base des données qu'ils lui transmettent ainsi que le prévoit l'article L. 312-9. »

II. – Après le deuxième alinéa de l'article L. 312-9 du code de l'action et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsqu'ils relèvent de son domaine de compétence, ils transmettent à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie les données nécessaires à l'étude mentionnée au 11° du I de l'article L. 14-10-1 dans des conditions fixées par voie réglementaire. »

La parole est à M. Paul Blanc.

**M. Paul Blanc.** Alors qu'a été engagé un mouvement de rationalisation des coûts et de la convergence des tarifs pour tous les établissements et services sociaux et médicosociaux, il paraît plus que jamais nécessaire de mettre en place, dans ce domaine, un système de recensement centralisé des données comptables, permettant de comparer les tarifs pratiqués et les coûts de revient observés en distinguant, par catégorie homogène, les structures selon la nature des prestations offertes et les publics accueillis.

Outre la nécessité d'objectiver les coûts de revient des opérateurs publics et privés sociaux et médicosociaux, pour prendre en compte les réalités techniques et économiques auxquelles ils doivent faire face, cette étude pourrait servir de base de référence pour la définition des tarifs plafonds par les autorités compétentes et permettrait également de mieux appréhender les évolutions du reste à charge pour les personnes âgées ou handicapées, usagers de ces services ou établissements, et leurs familles.

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

**Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur.** L'amendement n° 329 prévoit la réalisation d'une étude sur les coûts de revient et les différents tarifs des établissements médicosociaux, sur la base d'enquêtes nationales.

Cette proposition me paraît tout à fait pertinente à l'heure où se met en place la convergence dans le secteur médicosocial. Cette analyse pourra en effet servir à la définition des tarifs plafonds.

Par ailleurs, cette étude est de nature à améliorer l'information des usagers sur les tarifs pratiqués par les établissements et à mieux cerner les évolutions du reste à charge, encore très élevé aujourd'hui.

Toutefois, la rédaction de l'amendement n° 421 présenté par Paul Blanc, qui est sous-tendu par le même objectif, me paraît plus satisfaisante.

La commission sollicite donc le retrait de l'amendement n° 329 au profit de l'amendement n° 421.

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

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État chargée des aînés.** Je suis défavorable à l'amendement n° 329 et j'en demande le retrait au profit de l'amendement n° 421, qui prévoit une étude ponctuelle de la CNSA pouvant servir de référence à des travaux ultérieurs.

D'une part, il ne m'apparaît pas efficient que la CNSA se voie investie d'une nouvelle mission permanente de collecte d'information, alors même que d'autres organismes ont déjà cette vocation au sein de l'appareil administratif.

D'autre part, je souhaite que la réflexion entamée avec la Caisse sur ses missions et ses moyens, dans le cadre de la préparation de la convention d'objectifs et de gestion 2010-2013, puisse aller à son terme avant que toute mission nouvelle lui soit confiée.

**M. le président.** La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote, sur l'amendement n° 329.

**M. Bernard Cazeau.** Mon explication de vote vaudra pour les amendements n°s 329 et 421, monsieur le président, car ils sont tous les deux importants.

Le reste à charge est peut-être le problème actuel le plus aigu dans le secteur médicosocial, et les réponses de Mme la secrétaire d'État me paraissent brèves et peu argumentées

Prenons l'exemple d'un département rural...

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

**M. Bernard Cazeau.** ... que je connais ; mais on pourrait en prendre d'autres, y compris le vôtre, monsieur le rapporteur général. Le montant moyen des retraites est de l'ordre de 500 à 600 euros, notamment en milieu agricole ; le prix moyen des maisons de retraite se situe entre 1 500 et 1 800 euros, et encore, elles ne sont pas chères !

J'aimerais que vous nous disiez, avant l'explosion, comment régler ce problème. Très souvent, les enfants sont eux-mêmes chargés de famille et ne peuvent faire face à la dépense. Et, concernant l'aide sociale, s'il existe le moindre petit bien que leurs parents ont mis toute une vie à payer, eh bien ! au moment du décès de ceux-ci, le bien rentre dans le patrimoine commun du département qui a fait les avances.

Nous demandons depuis un certain temps que le Gouvernement s'empare du problème du reste à charge. Il est urgent de le régler !

**M. le président.** Monsieur Fischer, l'amendement n° 329 est-il maintenu ?

**M. Guy Fischer.** Je vais le retirer, car la rédaction de l'amendement de Paul Blanc est meilleure.

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

**M. Guy Fischer.** Nous savons que les remarques que vient de formuler M. Cazeau sont pertinentes, car nous sommes tous ici maire ou président de conseil général. Si la mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance, qui a été conduite par MM. Marini et Vasselle, est un peu en panne, et si le Gouvernement a retardé la présentation du projet de loi sur la dépendance, c'est parce que l'on bute sur le problème du financement.

Je ne sais quelles solutions seront envisagées par M. Vasselle, mais l'on se rend bien compte que, dès la naissance, il faudra s'assurer contre la dépendance ; nous avons eu ce débat à maintes reprises avec Paul Blanc.

M. Marini entretient des relations très étroites avec le monde de la finance... On imagine la voie dans laquelle risque de s'engager le Gouvernement. Si, aujourd'hui, il a mis le pied sur le frein, c'est parce que les difficultés sont bien réelles.

Le problème est que, bien souvent, pour payer les notes de frais dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, ou EPAD, compte tenu du reste à charge, il faut vendre le fruit du travail de toute une vie. La tradition, en France, est de transmettre à ses enfants un patrimoine, même relativement modeste, gagné à la sueur de son front. Mais les choses sont de plus en plus difficiles aujourd'hui.

Cela étant, monsieur le président, je retire mon amendement au profit de celui de Paul Blanc.

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

**M. Guy Fischer.** Si nous sommes tous sensibles à ce problème, nous divergeons sur les solutions à apporter : pour les uns, la solidarité nationale doit jouer, avec la création d'un cinquième risque ; pour les autres, nous n'avons pas les moyens de financer un tel dispositif. C'est un débat que nous aurons certainement dans les prochains mois. Peut-être Mme la secrétaire d'État pourra-t-elle nous en dire plus.

**M. le président.** L'amendement n° 329 est retiré.

La parole est à Mme la secrétaire d'État.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** Je ne peux pas ne pas réagir à un certain nombre d'accusations de M. Cazeau.

Je voudrais vous rassurer : cette question du reste à charge est une préoccupation constante du Gouvernement, et en particulier de moi-même, qui chargée des aînés.

Tout ce que je peux vous dire, c'est que ce débat est ouvert, mais qu'il n'est pas encore clos. Je vous donne donc rendez-vous au printemps, où les propositions issues de la mission commune d'information seront évoquées. Vous serez les premiers invités à nourrir ce débat.

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

**M. le président.** La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

**M. Yves Daudigny.** Je m'associe aux propos de mes deux collègues, en particulier à ceux de M. Cazeau.

Il ne s'agit pas d'accusations : c'est la réalité, telle qu'elle est vécue aujourd'hui, dans tous les départements français, par les résidents et leurs familles ! La tarification des établissements du secteur médicosocial est un problème majeur pour les personnes âgées.

Je vous avais interrogée ici même, madame la secrétaire d'État, le 27 octobre dernier, pour vous dire combien la deuxième mouture du projet de décret d'application de l'article 63 de la loi de finances adoptée l'année dernière soulevait quasiment autant d'inquiétudes que la première.

Nous savons que la pratique d'une enveloppe forfaitaire aura inévitablement pour conséquence, au vu des dépenses réelles, des reports sur la section hébergement, que risque encore d'accentuer la mise en route de la convergence tarifaire. Ni les conseils généraux ni les résidents ne seront en mesure de supporter les sommes qui leur seront demandées pour cet hébergement. Créer des places, c'est bien, mais encore faut-il que celles-ci soient accessibles aux populations concernées.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 421.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je constate que cet amendement a été adopté à l'unanimité des présents.

Un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 33.

En tant que président de conseil général, je partage tout à fait les observations de mes collègues Bernard Cazeau et Yves Daudigny : c'est la réalité !

**M. Jean-Pierre Godefroy.** Vous avez oublié M. Fischer !

**M. le président.** M. Fischer n'est pas président de conseil général !

L'amendement n° 422, présenté par MM. P. Blanc et Laménié, Mmes Debré, Hermange, Rozier et Procaccia et M. Milon, est ainsi libellé :

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

Pour 2010, le concours mentionné au b du III de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles fait l'objet d'une péréquation au bénéfice des départements qui, au titre des exercices des années 2006 à 2010, présentent une dépense cumulée, relative à la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1 du même code, minorée de la baisse des montants versés au titre de l'allocation compensatrice mentionnée à l'article 95 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, excédant les concours susmentionnés versés au cours de la même période. Les modalités de cette péréquation sont définies par décret en Conseil d'État, pris après avis du conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie mentionné à l'article L. 14-10-3 du même code.

La parole est à M. Paul Blanc.

**M. Paul Blanc.** Il s'agit d'un amendement un peu plus technique.

L'article L. 14-10-7 du code de l'action sociale et des familles a fixé les critères selon lesquels sont répartis les concours versés aux départements par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour couvrir les dépenses relatives à la prestation de compensation du handicap, ou PCH, minorées de la baisse des montants versés au titre de l'allocation compensatrice pour tierce personne, ou ACTP. Un décret en Conseil d'État a défini les pondérations appliquées à chacun de ces critères – potentiel fiscal, population, bénéficiaires de la PCH et montant versés, etc. –, en visant une certaine équité de traitement des départements.

Pourtant, à la fin de 2008, une grande disparité de situation apparaît selon les départements.

Certains présentent un excédent de trésorerie sur les exercices 2006, 2007 et 2008, avec un taux de couverture cumulé des dépenses de PCH – minorées de la baisse des montants versés au titre de l'ACTP – par les contributions de la CNSA supérieur à 100 %, ce taux pouvant excéder 150 % dans certains cas – par exemple dans le Pas-de-Calais –, tandis que quelques départements présentent un déficit cumulé plus ou moins important, avec un taux de couverture, sur les trois exercices, inférieur à 100 %, de l'ordre de 90 % ; ce taux est même de 70 % pour le département du Lot.

Au terme de l'exercice 2010, les projections réalisées par la CNSA prévoient une augmentation du nombre de départements concernés par un déficit cumulé de trésorerie : près d'un tiers d'entre eux présenteraient, sur les cinq exercices de 2006 à 2010, un taux de couverture des montants versés au titre de la PCH par les concours cumulés de la CNSA inférieur à 100 %, le taux avoisinant, dans certains cas, seulement 70 %.

C'est la raison pour laquelle cet amendement prévoit la possibilité, pour 2010, d'opérer une péréquation ponctuelle au profit de ces départements en augmentant le concours qui leur sera versé au titre de 2010, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État, après avis du conseil de la CNSA, où siègent des représentants des conseils généraux.

Autrement dit, en 2010, on essaie de remettre les compteurs à zéro en instaurant cette possibilité par décret.

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

**Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur.** Malgré la complexité de l'amendement, nous avons tous compris, car M. Paul Blanc a très bien expliqué la situation. *(Sourires.)*

Cet amendement prévoit le concours de la CNSA au bénéfice des départements au titre de la PCH, et vous souhaitez, monsieur Paul Blanc, que ce concours fasse l'objet d'une péréquation dès 2010. Les modalités de ce dispositif seraient définies par un décret en Conseil d'État après avis de la CNSA.

Comme vous l'avez souligné, il y a une très grande disparité des taux de couverture de la PCH par la CNSA selon les départements. Il est vrai que la mise en place d'un mécanisme de péréquation pourrait être une mesure d'équité.

En outre, vous garantissez que les conseils généraux seraient associés à cette décision, puisqu'ils donneraient un avis dans le cadre du Conseil d'État.

Toutefois, il me semble un peu prématuré de voter un tel dispositif au détour d'un amendement, sans concertation préalable avec les départements, alors que nous sommes tous attachés à la concertation.

Tout en partageant votre point de vue, monsieur le sénateur, je m'en remets à la sagesse de la Haute Assemblée, en attendant l'avis du Gouvernement.

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

**Mme Nadine Morano, secrétaire d'État.** Monsieur le sénateur, vous connaissez très bien le problème et c'est un débat que nous devons engager, me semble-t-il, collectivement. Mme le rapporteur a raison de rappeler que nous devons engager une concertation. Surtout, il faudra procéder à une expertise approfondie du dispositif.

La solution que vous proposez aurait pour effet de diminuer sensiblement, pour les deux tiers des départements, le concours de 2010. Une telle décision, prise à deux mois du début de l'exercice, pourrait déséquilibrer de façon importante les comptes des conseils généraux concernés, sans leur laisser de réelle possibilité de se retourner et sans qu'une concertation préalable ait pu avoir lieu.

D'abord expertisons, ensuite procédons à une concertation, enfin adaptons le dispositif.

Monsieur le sénateur, je vous demande de retirer votre amendement et je prends devant vous l'engagement de mener une expertise sur ce dispositif, expertise à laquelle vous serez associé.

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

**M. Bernard Cazeau.** Je voudrais dire à mon collègue et néanmoins ami Paul Blanc, que je suis assez circonspect sur ce qu'il a dit tout à l'heure. En effet, les péréquations ont été réalisées au départ par la CNSA.

**M. Paul Blanc.** Oui !

**M. Bernard Cazeau.** Seulement, certains départements ont agi plus rapidement que d'autres et, de ce fait, ils ont peut-être consommé leurs crédits plus vite.

Incontestablement, dans les deux premières années qui ont suivi le vote de la loi, on a observé des excédents dans un certain nombre de départements, que je connais, parce qu'il fallait mettre la machine en marche. Mais, cette année, des déficits commencent à apparaître et des départements compensent la perte financière par rapport à la PCH qu'ils ont reçue. Il faut donc être prudent.

Madame la secrétaire d'État, un autre problème n'a pas été pris en compte dans la loi : la possibilité de choisir entre l'ACTP et la PCH. Or la grande majorité des personnes handicapées qui perçoivent l'ACTP la conservent. En effet, l'ACTP est une allocation financière et la PCH une prestation.

Actuellement, ces deux systèmes se conjuguent ; cela pose de nombreux problèmes et bouleverse un peu les équilibres dans tel ou tel département.

Il faudrait d'abord faire évoluer la loi pour que la PCH devienne aujourd'hui la seule prestation. Ensuite, il conviendrait de déterminer, au travers de la CNSA – c'est possible, car elle dispose de statistiques –, si tel ou tel département, pour des raisons non techniques, n'aurait pas bénéficié de la péréquation nécessaire. Mis à part cela, le système doit pouvoir fonctionner normalement.

**M. le président.** La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote.

**M. Alain Vasselle.** L'amendement de Paul Blanc est particulièrement intéressant. J'ai compris que Mme la secrétaire d'État souhaitait avoir un peu de recul et engager une

concertation en amont, afin de ne pas mettre des conseils généraux en difficulté. Mais je voudrais que cessent les propos tenus par certains présidents de conseils généraux, qui dénoncent des transferts de charge vers les départements alors qu'ils n'ont pas consommé la totalité des enveloppes qui leur étaient réservées.

**M. Bernard Cazeau.** Cela suffit !

**M. Alain Vasselle.** Dans mon département, monsieur Cazeau, le président du conseil général dénonce en permanence ces transferts : le RSA, les Maisons départementales des personnes handicapées, ou MDPH, les pompiers ! Or certains départements, on le sait, ont des excédents budgétaires.

Je sais bien qu'il y a eu une montée en charge progressive et que l'on est en train d'atteindre le rythme de croisière. Mais la PCH, on s'en rend compte aujourd'hui, n'est pas forcément adaptée à toutes les situations : elle ne permet pas la fongibilité qu'autorise l'ACTP. J'en parle en connaissance de cause, parce qu'il y a un établissement pour personnes handicapées sur le territoire de ma commune. Pour certains handicapés, la PCH convient tout à fait ; pour d'autres, ce n'est pas le cas.

Des départements ne consommeront pas la totalité des crédits qui leur sont alloués. L'amendement de notre collègue Paul Blanc est donc tout à fait justifié. Il faudra tout remettre à plat pour retrouver un meilleur équilibre des prestations entre les différents conseils généraux. Certains départements ont des besoins importants, d'autres non ; certains jouent le jeu, d'autres ne le jouent pas...

**M. le président.** La parole est à Mme Isabelle Debré, pour explication de vote.

**Mme Isabelle Debré.** Je suis cosignataire de cet amendement. Madame la secrétaire d'État, il est anormal que les prestations soient aussi différentes d'un département à l'autre. Il faut faire quelque chose ! Une famille qui a certaines prestations dans un département en aura d'autres si elle déménage. On rencontre tous les jours cette situation sur le terrain.

Je fais confiance à mon collègue Paul Blanc pour travailler sur ce sujet. Je suivrai son avis pour le retrait ou le maintien de l'amendement, mais, en tout état de cause, de telles disparités sont inadmissibles sur notre territoire.

**M. le président.** La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

**M. Yves Daudigny.** Je répondrai d'abord à M. Vasselle, que j'ai connu plus pertinent... (*Sourires.*)

Tous les présidents de conseils généraux, qu'ils soient d'une sensibilité politique ou d'une autre, s'interrogent sur les trois allocations personnelles et universelles que sont le RSA, l'APA pour les personnes âgées et la PCH.

Ce ne sont pas les conseils généraux qui mettent en place les règles d'éligibilité de ces allocations. Ils assurent le financement de celles-ci et sont obligés de compléter les concours de l'État. C'est vrai dans tous les départements !

Aujourd'hui, la question essentielle pour l'équilibre budgétaire des départements et le financement de la protection sociale est la suivante : ces allocations doivent-elles relever de la solidarité nationale ou de la solidarité départementale ?

Si l'on devait admettre cette seconde hypothèse, les départements qui sont le plus en difficulté, ceux qui doivent verser le plus d'allocations pour des raisons de précarité ou parce



qu'ils comptent de nombreuses personnes âgées, en général les moins riches, se trouveraient alors pris dans un redoutable effet de ciseau. Il s'agit donc d'une vraie question.

J'en viens à l'amendement n° 422.

Mes chers collègues, au-delà du discours initial, la mise en place de la péréquation soulève de nombreuses difficultés.

Je suis tout à fait d'accord avec les observations formulées précédemment par mon collègue Bernard Cazeau. Je ne suis pas sûr que l'amendement présenté tout à l'heure ait été bien compris par tout le monde. Le dispositif proposé – M. Blanc me dira peut-être le contraire – n'a pas vocation à être pérenne. Il est prévu de faire le point en 2010 et de verser aux départements, pour les années 2006-2010, des crédits en fonction de leurs dépenses réelles, l'objectif étant que chaque département reçoive au moins 100 % des dépenses qu'il a déjà engagées au titre de la PCH.

Il est difficile d'être défavorable à un tel amendement, même s'il aura pour conséquence que, sur une année, des départements percevront moins que ce qu'ils pensaient recevoir au titre de la PCH. Ce qui leur sera reversé par l'État sera supérieur aux dépenses qu'ils auront réellement engagées.

Je ne m'engage pas pour l'ensemble des départements, car l'Assemblée des départements de France ne s'est pas prononcée à cet égard, mais il me semble qu'une telle proposition mérite d'être étudiée avec attention. Cela n'empêche pas de rechercher des solutions pérennes pour assurer le financement de ces différentes allocations. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste.*)

**M. le président.** La parole est à M. Paul Blanc, pour explication de vote.

**M. Paul Blanc.** Je ne voudrais pas que l'on se méprenne : cet amendement vise uniquement à remettre les compteurs à zéro en 2010.

Pour la suite, c'est très clair : je déposerai devant notre Haute Assemblée une proposition de loi, afin d'essayer de mettre fin aux dysfonctionnements que Mme Annie Jarraud-Vergnolle et moi-même avons dénoncés dans notre rapport.

Il est dommage que les départements qui ont appliqué la loi et qui ont attribué le plus de PCH se trouvent pénalisés financièrement, tandis que ceux qui n'ont pas fait l'effort de passer de l'ACTP à la PCH se sont constitué de la trésorerie.

Par cet amendement, je demande simplement que, par décret en Conseil d'État, un équilibre soit rétabli pour l'année 2010. Pour les années suivantes, il faudra revoir les règles et rechercher davantage d'équité.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 422.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je constate que l'amendement a été adopté à l'unanimité des présents.

Un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 33.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

8

## ORDRE DU JOUR

**M. le président.** Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, précédemment fixée au dimanche 15 novembre 2009, à dix heures, à quinze heures trente et le soir :

– Suite du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale (n° 82, 2009-2010).

Rapport de MM. Alain Vasselle, Dominique Leclerc, Gérard Dériot, André Lardeux et Mme Sylvie Desmarescaux, fait au nom de la commission des affaires sociales (n° 90, 2009-2010).

Avis de M. Jean-Jacques Jégou, fait au nom de la commission des finances (n° 91, 2009-2010).

Personne ne demande la parole ?...

La séance est levée.

*(La séance est levée à minuit.)*

*La Directrice  
du service du compte rendu intégral,*

MONIQUE MUYARD





## ABONNEMENTS

NUMÉROS d'édition	TITRES	TARIF abonnement France (*)
		Euros
	<b>DÉBATS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE :</b>	
<b>03</b>	Compte rendu..... 1 an	<b>171,30</b>
<b>33</b>	Questions..... 1 an	<b>118,90</b>
<b>83</b>	Table compte rendu..... 1 an	<b>29,40</b>
	<b>DÉBATS DU SÉNAT :</b>	
<b>05</b>	Compte rendu..... 1 an	<b>153,30</b>
<b>35</b>	Questions..... 1 an	<b>86,10</b>
<b>85</b>	Table compte rendu..... 1 an	<b>26,00</b>
<b>95</b>	Table questions..... 1 an	<b>18,10</b>
	<b>DOCUMENTS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE :</b>	
<b>07</b>	Série ordinaire ..... 1 an	<b>894,50</b>
	<b>DOCUMENTS DU SÉNAT :</b>	
<b>09</b>	Un an.....	<b>865,90</b>

**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 21 novembre 2008 publié au *Journal officiel* du 27 novembre 2008

---

Direction, rédaction et administration : Journaux officiels, 26, rue Desaix, 75727 Paris Cedex 15  
Standard : **01-40-58-75-00** – Renseignements documentaires : **01-40-58-79-79** – Télécopie abonnement : **01-40-58-77-57**

---

**Prix du numéro : 2,50 €**