

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

XIII^e Législature

SESSION ORDINAIRE DE 2007-2008

Séances du vendredi 26 octobre 2007



Compte rendu intégral

Les articles, amendements et annexes figurent dans le fascicule bleu ci-joint



**JOURNAUX
OFFICIELS**

<http://www.assemblee-nationale.fr>

SOMMAIRE GÉNÉRAL

1 ^{re} séance.....	3333
2 ^e séance.....	3359
3 ^e séance.....	3401

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2007-2008

27^e séance

Compte rendu intégral

1^{re} séance du vendredi 26 octobre 2007

Les articles, amendements et annexes figurent dans le fascicule bleu ci-joint



SOMMAIRE

PRÉSIDENCE DE M. JEAN-MARIE LE GUEN

1. **Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008** (quatrième partie) (p. 3336).

Après l'article 25 (p. 3336)

L'amendement n° 267 tombe.

Rappel au règlement (p. 3336)

M. Jean-Luc Prél.

Reprise de la discussion (p. 3336)

Article 26 (p. 3336)

M. Jérôme Cahuzac.

Amendement n° 47 : M. Jean-Pierre Door, rapporteur de la commission des affaires culturelles, pour l'assurance maladie et les accidents du travail ; Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. – Rejet.

Adoption de l'article 26.

Après l'article 26 (p. 3337)

Amendement n° 353 : MM. Jean-Luc Prél, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, Mme la ministre. – Adoption.

Article 27 (p. 3337)

Mme la ministre, M. le président.

M. Jérôme Cahuzac.

Mme la ministre, M. le président.

Suspension et reprise de la séance (p. 3338)

Amendements n°s 652, 653, 654 et 655 : Mme la ministre, M. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. – Adoptions.

Adoption de l'article 27 modifié.

Article 28 (p. 3338)

Mme Marisol Touraine, MM. Patrick Roy, Philippe Vitel, Gérard Bapt, Mmes Martine Billard, la ministre, M. le président.

Amendements n°s 49 et 391 : M. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, Mme Marisol Touraine. – Retrait de l'amendement n° 391.

Mme la ministre. – Adoption de l'amendement n° 49.

M. Pierre Méhaignerie, président de la commission des affaires culturelles.

Suspension et reprise de la séance (p. 3343)

Amendement n° 50 : M. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n° 216 : MM. Roland Muzeau, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 217. – Rejet.

Amendements n°s 184 et 443 : Mmes Martine Billard, Marisol Touraine, M. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, Mmes la ministre, Catherine Génisson, M. Philippe Vitel. – Rejets.

Amendement n° 7 rectifié : Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis de la commission des finances, M. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, Mme la ministre. – Adoption.

Amendement n° 395 : Mme Marisol Touraine, M. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 51 : M. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, Mme la ministre. – Adoption.

Amendement n° 52 : MM. Yves Bur, rapporteur de la commission des affaires culturelles, pour les recettes et l'équilibre général ; Philippe Vitel, Claude Leteurtre, Patrick Roy, Mmes la ministre, Catherine Génisson, M. Denis Jacquat, rapporteur de la commission des affaires culturelles pour l'assurance vieillesse. – Adoption.

Adoption de l'article 28 modifié.

M. le président.

Rappels au règlement (p. 3348)

MM. Christian Paul, Jean-François Copé.

Reprise de la discussion (p. 3348)

Après l'article 28 (p. 3348)

Amendement n° 660 : Mmes la ministre, Catherine Génisson, M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. – Adoption de l'amendement rectifié.

Amendement n° 185 : Mme Martine Billard, M. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, Mmes la ministre, Catherine Génisson. – Rejet.

Article 29 (p. 3351)

M. Jean-Luc Prél.

PRÉSIDENTICE DE MME CATHERINE GÉNISSON

MM. Jean-Luc Prével, Jean-Marie Le Guen.

Amendement n° 53 : M. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité ; M. Jean-Luc Prével. – Rejet.

Amendement n° 411. – M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. – Retrait.

Amendement n° 268 : MM. Jean-Luc Prével, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, Mme la secrétaire d'État. – Rejet.

Amendement n° 490 : Mmes la rapporteure pour avis, la secrétaire d'État. – Retrait.

Amendement n° 661 : Mme la secrétaire d'État, M. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, Mme Catherine Lemorton, M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.

Sous-amendement n° 672 : Mmes Martine Billard, la secrétaire d'État, Catherine Lemorton – Adoption du sous-amendement n° 672 et de l'amendement n° 661 modifié.

Amendement n° 412 : MM. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, Mme la secrétaire d'État, M. Jérôme Cahuzac. – Retrait.

Adoption de l'article 29 modifié.

Après l'article 29 (p. 3355)

Amendement n° 397 : Mme Marisol Touraine, M. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, Mme la secrétaire d'État. – Rejet.

Amendement n° 8 deuxième rectification et amendements identiques n°s 364 rectifié et 396 rectifié : Mme la rapporteure pour avis, M. Jérôme Cahuzac, Mme Marie-Hélène Amiable, MM. Jean-Marie Le Guen, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, Mme la secrétaire d'État, M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. – Retrait de l'amendement n° 396 rectifié ; adoption de l'amendement n° 8 deuxième rectification ; l'amendement n° 364 rectifié tombe.

2. **Ordre du jour des prochaines séances** (p. 3358).

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE M. JEAN-MARIE LE GUEN,

vice-président

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à neuf heures trente.)

1

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2008

Quatrième partie

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (n^{os} 284, 295).

Hier soir, l'Assemblée a poursuivi l'examen des articles de la quatrième partie, s'arrêtant à l'amendement n^o 267, portant article additionnel après l'article 25.

Après l'article 25

M. le président. L'amendement n^o 267 tombe, étant incompatible avec l'article 25 qui a été adopté hier soir.

M. Jean-Luc Prél. Monsieur le président, je demande la parole pour un rappel au règlement.

Rappel au règlement

M. le président. La parole est à M. Jean-Luc Prél, pour un rappel au règlement.

M. Jean-Luc Prél. Lorsque les comités d'alerte ont été créés, nous avons fait remarquer qu'il fallait bien distinguer le concept de maîtrise médicalisée, d'une part, et celui de maîtrise comptable, d'autre part. Si l'intervention du comité d'alerte peut être justifiée quand l'ONDAM est établi sur des bases médicalisées, c'est-à-dire à un niveau suffisant, en revanche, quand l'ONDAM est établi sur des bases purement économiques, donc à un niveau plus modeste, cette intervention n'a plus aucune signification. C'est pourquoi nous avons déposé l'amendement n^o 267 visant à supprimer les comités d'alerte, afin de souligner que nous sommes revenus à un processus de maîtrise comptable.

Reprise de la discussion

M. le président. Je vais maintenant appeler l'article 26.

Article 26

M. le président. La parole est à M. Jérôme Cahuzac, inscrit sur l'article 26.

M. Jérôme Cahuzac. L'article 26 constitue le deuxième des cinq éléments qui permettent à Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports d'affirmer que le PLFSS 2008 contient des réformes structurelles de nature à nous laisser espérer une croissance de l'ONDAM beaucoup plus faible que celle des années précédentes.

Je voudrais revenir un instant sur l'article 25, qui constitue, lui, le premier de ces éléments structurels. Contrairement à une légende aussi injuste que tenace, c'est bien vous, madame la ministre, qui avez tenu les propos les plus lucides et les plus courageux, que ce soit lors de l'examen du PLFSS comme lors de l'examen du projet de loi de finances. Ainsi avez-vous affirmé hier que l'augmentation d'un euro du tarif de consultation des généralistes était conditionnée par le respect d'un certain nombre d'objectifs. Or le candidat à l'élection présidentielle Nicolas Sarkozy avait fait la promesse de cette augmentation sans l'assortir d'aucune condition suspensive et, une fois élu, avait certifié que toutes ses promesses seraient tenues. Vous faites donc preuve d'un courage certain, madame la ministre, en prenant le risque de faire passer le Président de la République soit pour un parjure, soit pour un menteur. Nous vous en rendons hommage.

Par ailleurs, en soulignant que les augmentations de tarif accordées les deux années précédentes l'avaient été en contrepartie d'engagements qui n'avaient finalement pas été tenus, vous prenez le risque de faire passer M. le ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, Xavier Bertrand, soit pour un naïf, qui accorde des augmentations tarifaires sans s'assurer que les engagements pris en contrepartie seront tenus, soit pour un incompetent, qui néglige de prendre les mesures qui s'imposent pour que les contreparties demandées aux médecins soient tenues.

J'espère que vos amis de la majorité vous sauront gré de ces paroles empreintes de lucidité et de courage, mais j'espère également que vous tiendrez des propos tout aussi « décoiffants » lors de l'examen de l'article 26. Cet article, qui vise à étendre la procédure de mise sous accord préalable des médecins, permet en fait l'organisation d'un système de défiance à l'égard d'un certain nombre d'entre eux.

Cet article m'inspire plusieurs interrogations.

Premièrement, ne craignez-vous pas que la mise sous entente préalable d'un certain nombre de médecins – quelques centaines selon l'estimation effectuée par vos services, sans doute beaucoup plus en réalité – n'entraîne une forme de bureaucratisation et la nécessité de recrutements supplémentaires – notamment de contrôleurs –, qui, au total, se traduiraient par un coût diminuant d'autant l'intérêt de la mesure ?

Deuxièmement, la mise sous entente préalable pour les prescriptions de médicaments, d'actes complémentaires, de transports en ambulance, va généraliser un système basé sur la défiance. Quand une évaluation pourra-t-elle être effectuée par vos services et communiquée au Parlement ? Il me semble que nous nous apprêtons à signer un chèque en

blanc à l'UNCAM et à son directeur, M. Van Røekeghem, sans aucune assurance quant aux modalités de mise en œuvre de la mesure proposée.

Troisièmement, enfin, le système de l'entente préalable pour les indemnités journalières est maintenant connu et appliqué depuis un certain temps par les médecins. Pourriez-vous, madame la ministre, nous indiquer quelles ont été les économies réalisées depuis la mise en œuvre de ce système ?

M. le président. La parole est à M. Gérard Bapt, également inscrit sur l'article.

M. Gérard Bapt. Je renonce à m'exprimer, monsieur le président.

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 47.

La parole est à M. Jean-Pierre Door, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour l'assurance maladie et les accidents du travail, pour soutenir cet amendement.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour l'assurance maladie et les accidents du travail. L'article 26 mentionne, en son alinéa 4, la « réalisation » ou la « prescription » d'actes médicaux. Or, si l'on peut soumettre à la procédure d'accord préalable la prescription des actes médicaux – cet accord se faisant alors en amont de l'acte –, il en va différemment de la réalisation des actes médicaux, celle-ci s'effectuant parfois en urgence. L'amendement n° 47, déposé au nom de la commission des affaires culturelles, vise par conséquent à supprimer du champ de la procédure de mise sous accord préalable la réalisation des actes médicaux.

M. le président. La parole est à Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, pour donner l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 47.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Si la réalisation de certains actes doit être soumise à accord préalable, ce n'est pas en vertu d'un principe de défiance, contrairement à ce qu'affirme M. Cahuzac. La procédure d'accord préalable ne vise en effet que les pratiques constituant clairement des dérives, et non les petits dépassements. La mise en œuvre de ce dispositif à l'égard des premiers médecins concernés – environ 150 – a permis en 2006 la réalisation d'une économie de 23 millions d'euros, ce qui n'est pas négligeable, et son extension devrait cette fois permettre, selon les premières évaluations, une cinquantaine de millions d'euros d'économies.

La mesure proposée ne vise, je le répète, que les comportements fortement dérivants. Seraient ainsi concernés, par exemple, les médecins qui pratiquent systématiquement des examens complémentaires tels que des radios, des IRM, ou encore une échographie à la suite d'une mammographie – c'est-à-dire des actes non justifiés au regard des recommandations faites par la Haute autorité de santé –, de même que les médecins recourant trop souvent à des actes de seconde intention – telle la pose d'un anneau gastrique, alors que l'ANAES a indiqué en 2003 que cette intervention devait être réservée à certains cas bien déterminés, après l'échec d'un traitement médical suivi durant au moins un an.

Dans la mesure où certains actes sont pris en charge pour des indications bien précises – qu'il revient à la Haute autorité de santé de définir –, il me paraît légitime de pouvoir contrôler les professionnels ignorant de façon trop systématique les bonnes pratiques. Cela étant, des motifs

liés à la spécialisation ou au profil de la patientèle pourront toujours être invoqués par les médecins lors de la procédure contradictoire qui précède toute mise sous accord préalable.

Enfin, je rappelle à M. le rapporteur que les cas d'urgence sont déjà explicitement exclus du champ de l'article. Par conséquent, le Gouvernement est défavorable à cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 47.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 26.

(L'article 26 est adopté.)

Après l'article 26

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 353, portant article additionnel après l'article 26.

La parole est à M. Jean-Luc Prével, pour le soutenir.

M. Jean-Luc Prével. L'amendement n° 353 vise à permettre aux directeurs ou directeurs adjoints de laboratoires d'analyses médicales de prescrire les médicaments ou produits nécessaires à la réalisation des analyses.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. La commission est défavorable à cet amendement, seuls les médecins devant être habilités à prescrire.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 353.

(L'amendement est adopté.)

Article 27

M. le président. La parole est à M. Jérôme Cahuzac, inscrit sur l'article 27...

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Je demande une suspension de séance, monsieur le président.

M. le président. Si vous le voulez bien, madame la ministre, je suspendrai la séance après que nous aurons entendu M. Cahuzac, inscrit sur l'article.

Vous avez la parole, mon cher collègue.

M. Jérôme Cahuzac. L'article 27 donne la possibilité de subordonner le conventionnement d'un certain nombre d'entreprises de transport sanitaire – souvent des entreprises individuelles, des taxis – à une durée d'existence préalable. Cette disposition, qui revient à privilégier le stock sur le flux, aura pour effet de priver ceux qui viennent de s'installer à leur compte – en particulier les jeunes – de la possibilité de pratiquer le transport sanitaire pour assurer la viabilité économique de leur entreprise. Ne craignez-vous pas, madame la ministre, que la mesure proposée ne provoque une rupture d'égalité entre les professionnels ?

M. le président. À la demande du Gouvernement, je vais suspendre la séance pour une dizaine de minutes.

Suspension et reprise de la séance

M. le président. La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à neuf heures quarante-cinq, est reprise à neuf heures cinquante-cinq.)

M. le président. La séance est reprise.

Nous en arrivons aux amendements à l'article 27.

Je suis saisi d'une série d'amendements du Gouvernement.

La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 652.

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Monsieur le président, si vous le permettez, je présenterai globalement les amendements n°s 652, 653, 654 et 655, qui visent tous à rendre plus claire la rédaction de l'article 27.

M. le président. Je vous en prie, madame la ministre.

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. À la suite de ces diverses modifications, le deuxième alinéa de l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale devrait se lire ainsi : « Les frais d'un transport effectué par une entreprise de taxi ne peuvent donner lieu à remboursement que si cette entreprise a préalablement conclu une convention avec un organisme local d'assurance maladie. Cette convention conclue pour une durée au plus égale à cinq ans, conforme à une convention-type établie par décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations professionnelles nationales les plus représentatives du secteur, fixe les tarifs des prestations et les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance des frais. Elle peut également prévoir la possibilité de subordonner le conventionnement à une durée d'existence préalable de l'autorisation du stationnement. »

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur les quatre amendements en discussion ?

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. La commission est favorable à ces quatre amendements.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 652.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 653.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 654.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 655.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 27, modifié par les amendements adoptés.

(L'article 27, ainsi modifié, est adopté.)

Article 28

M. le président. Sur l'article 28, plusieurs orateurs sont inscrits.

La parole est à Mme Marisol Touraine.

Mme Marisol Touraine. L'article 28 est assez paradoxal puisqu'il revient, en gros, à demander aux médecins de respecter une règle de bonne pratique qui consiste à afficher les dépassements d'honoraires afin que les patients soient bien informés de ce qu'ils seraient susceptibles d'avoir à payer. Nous comprenons bien ce souci de transparence. Mais mieux vaudrait, selon nous, encadrer les dépassements d'honoraires et faire en sorte que les patients ne soient pas confrontés à des additions parfois vertigineuses et qu'ils sont souvent contraints d'accepter compte tenu de la difficulté d'obtenir rapidement un rendez-vous avec un médecin. On le sait, certains praticiens utilisent malheureusement le montant de ces honoraires comme moyen de réduire les délais d'attente.

Pour nous, la démarche proposée est le type même de la fausse bonne idée. Sous couvert de transparence et d'encadrement, vous légitimez finalement ces pratiques répréhensibles alors que l'ensemble des informations dont on dispose, celles de l'IGAS ou de vos propres services, madame la ministre, montrent que le dépassement d'honoraires a eu tendance à s'amplifier au cours des derniers mois et atteint aujourd'hui des seuils impressionnants. Certes, la transparence est nécessaire mais il ne faut pas, au bout du compte, accepter une pratique inacceptable en soi. C'est la raison pour laquelle nous demandons sa suppression.

M. le président. La parole est à M. Patrick Roy.

M. Patrick Roy. Une enquête apparemment sérieuse fait apparaître que la moitié des médecins n'affichent pas lisiblement dans la salle d'attente de leur cabinet le montant de leurs consultations et les conditions de remboursement de celles-ci, bien qu'ils y soient tenus par la loi.

Madame la ministre, quelles sanctions envisagez-vous de prendre contre les fraudeurs ? Je sais que ce gouvernement est très soucieux de lutter contre la fraude, même s'il a une lecture un peu sélective de cette dernière, ce qui l'amène à cibler toujours certaines catégories de fraudeurs : plus ils sont pauvres, plus ils seraient fraudeurs ; plus ils sont riches, et moins ils sont poursuivis.

Cet article pose aussi la question importante de l'accès aux soins. Vous le savez, madame la ministre, en France, les pauvres se soignent de moins en moins, parce que le coût de la santé est souvent insupportable. Votre gouvernement a choisi en effet de taxer les pauvres et les malades et de limiter leur pouvoir d'achat – je pense, bien sûr, à votre augmentation mesquine de 1,1 % des retraites.

Mes questions seront donc simples : que comptez-vous faire pour que tous, et pas seulement ceux qui en ont les moyens, aient en France un véritable accès aux soins ? Quelles sanctions prévoyez-vous pour les fraudeurs ? Envisagez-vous de limiter, voire de supprimer les dépassements d'honoraires ?

M. le président. La parole est à M. Philippe Vitel.

M. Philippe Vitel. L'encadrement des secteurs dits à honoraires libres est ancien, et les modalités dont nous discutons aujourd'hui ne sont pas nouvelles. Certes, leur application n'est parfois pas observée comme il le faudrait, ce qui justifie que l'on contrôle les cabinets. *(Exclamations sur les bancs du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche et du groupe de la Gauche démocrate et républicaine.)*

M. Patrick Roy. « Parfois » ? Vous voulez dire : dans la moitié des cas !

M. Philippe Vitel. Quoi qu'il en soit, cet encadrement et l'information nécessaire à donner au patient ont été définis par la loi Kouchner du 4 avril 2002. Le cadre législatif existe donc.

Vous parliez hier soir, madame la ministre, de la mise en place du secteur optionnel. Ce qui me chagrine le plus, c'est de constater que, dans certaines spécialités et dans certains départements, les patients n'ont plus le choix et doivent obligatoirement passer par des praticiens à honoraires libres. Or c'est contraire à notre idée d'une démographie médicale bien répartie, et le secteur optionnel est, à mes yeux, une urgence absolue.

M. Patrick Roy. C'est bien de le reconnaître !

M. le président. La parole est à M. Gérard Bapt.

M. Gérard Bapt. Je me réjouis des propos de Philippe Vitel, car je me rappelle que, dans les dernières années de la précédente législature, lorsque nous attirions l'attention du ministre et de la majorité sur la question des dépassements d'honoraires, on nous répondait, comme, d'ailleurs, pour les difficultés d'accès aux soins des ayants droit à la CMU complémentaire, qu'il s'agissait d'un problème marginal.

Un rapport de l'IGAS a pourtant pointé en 2005 ces dépassements d'honoraires connus – il faudrait aussi s'intéresser aux praticiens qui demandent des compléments en liquide.

M. Philippe Vitel. Il faut les signaler au Conseil de l'Ordre ! J'encourage de telles dénonciations !

M. Gérard Bapt. Vous savez bien que c'est difficile pour le patient ! Sans parler du scandale du Conseil de l'Ordre de Paris ! D'ailleurs, le Conseil de l'Ordre ne tient compte des plaintes que lorsqu'elles sont vraiment nombreuses !

Voilà la raison pour laquelle Marisol Touraine a expliqué que nous étions contre la formulation de cet article, même si nous sommes d'accord avec son intention – et je me réjouis que nous nous rejoignons là-dessus.

J'invite Philippe Vitel, qui prône un meilleur encadrement des dépassements, à voter l'amendement n° 391, qui explicite la façon dont les professionnels de santé doivent informer les patients sur les honoraires qu'ils pratiquent. Il pourrait aussi voter l'amendement n° 443, ainsi qu'un amendement déposé par Martine Billard qui procède du même esprit, lesquels visent à plafonner les dépassements d'honoraires selon un pourcentage calculé par rapport à la valeur de la consultation ou de l'acte.

Je vous sais en tout cas gré, madame la ministre, d'avoir cité à plusieurs reprises le nombre de départements et de spécialités où l'on ne trouve plus de médecins – et notamment de spécialistes – pratiquant les tarifs opposables. Vous n'avez donc pas besoin, madame la ministre, que votre majorité soit majoritaire : nous sommes prêts à vous suivre pour renforcer encore votre article !

M. le président. La parole est à Mme Martine Billard.

Mme Martine Billard. Il faut faire quelque chose car il n'est plus tolérable, pour les assurés, d'être confrontés à cette situation. Vous dites, monsieur Vitel, qu'ils doivent porter plainte, mais l'immense majorité des malades n'ose pas ! Ils ont confiance en leur médecin !

M. Philippe Vitel. Qu'ils osent ! (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche et du groupe de la Gauche démocrate et républicaine.*)

Mme Martine Billard. C'est facile dans certains milieux sociaux, ça l'est moins dans d'autres, où la science impressionne !

M. Philippe Vitel. Il ne s'agit que de quelques brebis galeuses, qui doivent être sanctionnées !

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Notre discussion sur cet article n'est pas anodine. Elle pose la question de l'accès aux soins, et pas uniquement en termes quantitatifs et géographiques. Chaque assuré social doit avoir le choix entre un médecin qui pratique des honoraires opposables (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche et du groupe de la Gauche démocrate et républicaine*) et un secteur libre, parfaitement légitime à condition qu'il participe à une offre de soins globale.

L'article 28 vise à améliorer les conditions d'information des patients sur les compléments d'honoraires facturés par les professionnels de santé, afin d'éviter les dépassements abusifs.

Cette amélioration passe par le principe d'une information écrite, d'une part, et – la question m'a été posée – d'une sanction par les caisses en cas de non-respect de l'obligation d'information, d'autre part. Cette mesure correspond à l'une des préconisations du rapport de l'inspection générale des affaires sociales, rapport qui date non de 2005, mais d'avril 2007, et qui concerne principalement les médecins et les chirurgiens-dentistes.

Le seuil à partir duquel un acte sera considéré comme coûteux sera défini par arrêté. Il devra être fixé à un niveau suffisamment élevé pour ne concerner que les actes lourds, pour lesquels la pratique du devis est déjà très répandue. Il ne s'agit pas, en effet, de jeter l'opprobre sur l'ensemble des médecins qui pratiquent des dépassements avec « tact et mesure », selon l'expression consacrée.

M. Christian Paul. Vous ne nous apprenez rien !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Le non-respect de l'obligation d'information, tout comme les dépassements abusifs, pourront faire l'objet d'une sanction administrative, dans le cadre de la procédure mentionnée à l'article L. 162-1-4 du code de la sécurité sociale. Pour que les caisses d'assurance maladie puissent opérer les vérifications nécessaires, elles auront évidemment accès aux informations sur les dépassements facturés.

Les professionnels de santé libéraux ont un devoir d'information sur les honoraires qu'ils pratiquent, mais également sur les conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Or c'est un principe qu'ils ont parfois tendance à oublier. Les actes doivent être affichés de façon visible dans la salle d'attente.

M. Roland Muzeau. Ne nous lisez pas le code de la sécurité sociale !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. J'ai mentionné le rapport de l'IGAS. Il convient de lui ajouter celui réalisé en 2005 par la direction générale de la concurrence et de la répression des fraudes, qui mettait en lumière le manque d'informations des patients sur les dépassements d'honoraires et les tarifs prohibitifs pratiqués par certains médecins. (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche et du groupe de la Gauche démocrate et républicaine.*)

M. Christian Paul. Nous avons lu ces rapports, madame la ministre. Inutile de nous les détailler !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. J'ai entendu sur les dépassements d'honoraires certains propos condamnables. Les dépassements constituent, je le rappelle, un droit pour certains praticiens. Cela étant, comme l'a fort bien dit Philippe Vitel, ils représentent un surcoût très important pour les assurés : 20 % des chirurgiens pratiquent des dépassements supérieurs à 100 % du tarif opposable. (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche et du groupe de la Gauche démocrate et républicaine.*)

M. Marcel Rogemont. Est-ce possible ?

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Cela donne lieu entre praticiens et patients à des malentendus souvent liés à un déficit d'information.

Par ailleurs, le niveau des dépassements d'honoraires pratiqués n'a pas d'incidence sur les finances de l'assurance maladie. Les contrôles et les sanctions en cas de non-respect du principe de tact et mesure sont donc rares, l'assurance maladie préférant se concentrer sur ce qui la concerne directement.

Les dispositions que je vous propose permettront donc de mieux apprécier la réalité en matière de dépassement d'honoraires grâce à des données consolidées. Cette mesure devrait également dissuader certains professionnels de santé de pratiquer des dépassements excessifs où irréguliers, et donc de conduire certains assurés sociaux à s'écarter du système de soins pour des raisons financières. Là aussi, je rejoins un certain nombre d'entre vous, et en particulier Philippe Vitel. En donnant plus de visibilité à l'assuré sur le coût d'un acte, l'information écrite préalable lui permettra de mieux appréhender son reste-à-charge. Elle a donc pour objet de garantir l'égal accès de tous au système de santé.

J'en reviens d'un mot aux enjeux financiers, puisque nous sommes dans le cadre d'un débat sur l'ONDAM. (« Non ! » *sur les bancs du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche et du groupe de la Gauche démocrate et républicaine.*)

D'après le rapport de l'IGAS, deux tiers des dépassements d'honoraires sont à la charge des patients. Or les dépassements d'honoraires représentent 2 milliards d'euros sur les 18 milliards d'honoraires médicaux, soit près de 10 %, ce qui est considérable. (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche et du groupe de la Gauche démocrate et républicaine.*)

Le rapport prend l'exemple éclairant de quatre actes courants, pour lesquels le nombre de dépassements d'honoraires est supérieur à 50 %. (*Nouvelles exclamations sur les mêmes bancs.*)

M. Roland Muzeau. La ministre fait son Téléthon !

Plusieurs députés du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche. La majorité ne viendra pas !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Je souhaite, monsieur le président, que la représentation nationale soit parfaitement informée. (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche et du groupe de la Gauche démocrate et républicaine.*)

Ainsi, 72 % des patients ayant bénéficié d'une prothèse totale de hanche ont subi des dépassements ; 42 % des opérés à l'hôpital, pour un dépassement moyen de 225 euros, ce qui est considérable...

M. Jérôme Cahuzac. Vous n'allez pas nous lire le Bottin !

M. le président. Il me semble, mes chers collègues, que les informations fournies par la ministre à l'Assemblée sont assez édifiantes. Nos concitoyens devraient être tenus au courant.

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Je continue : 89 % des opérés en clinique ont été confrontés à des dépassements de 454 euros, avec un maximum de 964 euros sur le panel étudié.

M. Jean-Luc Prével. Et pour les stomatos ?

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Vous avez raison, monsieur Prével, il y a des dépassements d'honoraires tout à fait dérivants dans bien d'autres catégories de soins. Je n'ai parlé que de la prothèse de hanche, mais je pourrais prendre bien d'autres exemples.

M. Jérôme Cahuzac. Inutile : « ils » ne viendront pas !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Ce faisant, je me réfère non seulement au rapport de l'IGAS et à celui de la direction de la concurrence, mais aussi à des évaluations qui ont réalisées par des mutuelles et des organismes d'assurance complémentaire.

M. Denis Jacquat, *rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour l'assurance vieillesse.* Très bien !

M. Marcel Rogemont. Que l'on apporte un verre d'eau à la ministre !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Le reste à charge croissant pour les patients génère des inégalités d'accès aux soins, ce qui constitue un recul.

M. Jérôme Cahuzac. Les députés de la majorité votent avec leurs pieds !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Il s'agit d'un recul de la solidarité, d'un recul de l'équité, d'un recul de la justice, sans que les possibilités de dépassements soient pour autant la garantie d'une meilleure qualité des soins. C'est cela qui est important, car si un dépassement donnait lieu à un meilleur soin, il pourrait être justifié.

Cette croissance résulte donc à la fois d'une hausse du taux de dépassement des spécialistes en honoraires libres, qui passe de 29 % en 1995 à 47 % en 2004, et de l'augmentation de la part des praticiens en secteur à honoraires libres dans certaines spécialités.

M. Jean-Claude Viollet. Vous n'allez pas tenir jusqu'à treize heures !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Je voudrais vous dire une chose très importante. En 2000, la direction de la concurrence et des fraudes avait fait des relevés dans les salles d'attente pour pointer les praticiens qui affichaient des dépassements d'honoraires. Alors que les dépassements d'honoraires augmentent, le taux des praticiens qui affichent ces dépassements est en baisse. (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche.*) Il y a donc un effet de ciseau et d'étau très important.

M. Roland Muzeau. Où est l'UMP ?

M. Gérard Bapt et M. Christian Paul. Il faut voter !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Cette affaire demande à être examinée. C'est une première étape, je le reconnais, et je rejoins M. Bapt quand il dit que c'est sans doute insuffisant. Mais, sur ce sujet, il faut rouvrir le dialogue conventionnel.

M. Jean-Claude Viollet. Est-ce qu'il y a tant d'embouteillages que cela ?

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Philippe Vittel a excellemment indiqué qu'il fallait que cela prenne place dans la renégociation sur le secteur optionnel. J'ai appelé, vous le savez, à une réouverture de ce dialogue conventionnel.

M. Christian Paul. Vous avez appelé au secours !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Parfaitement, monsieur Paul ! J'ai appelé à nouveau fermement l'UNCAM, l'UNOCAM et les syndicats représentatifs des médecins à rouvrir le débat sur ce sujet.

M. Christian Paul. Et personne n'a répondu !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Je crois qu'on ne peut pas traiter ce débat « par appartements ».

Il y a d'abord l'information sur les dépassements d'honoraires pratiqués avec tact et mesure (*« Mais c'est de l'obstruction ! » sur les bancs du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche*)...

M. Patrick Roy. Comme le temps de parole de la ministre !

M. Christian Paul. De la mesure !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Il y a, disais-je, le devoir d'information, le devoir de tact et mesure, les deux comportements dérivants devant être sanctionnés par les caisses d'assurance maladie.

Il y a ensuite la question du secteur 2, de l'accès aux soins ; elle prendra place dans le débat que nous allons ouvrir sur l'organisation des soins. Bien entendu, nous allons parler dans un instant, avec les amendements à venir, en particulier à l'article 33, de la question de la démographie médicale.

M. Christian Paul. Et « ils » ne viennent toujours pas !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Enfin (*« D'un mot ! » sur les bancs du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche et du groupe de la Gauche démocrate et républicaine*)...

M. Christian Paul. Pour conclure !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Soit, d'un mot, mais je veux que tout cela soit parfaitement cadré. Je rejoins Yves Bur sur le nécessaire encadrement du secteur 2. (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche et du groupe de la Gauche démocrate et républicaine.*)

Vous avez tort de ne pas écouter mes explications !

Mme Martine Billard. Où sont les députés UMP ?

M. Jean-Claude Viollet. Ils ne veulent pas « travailler plus » !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Et vous avez tort, monsieur Muzeau, de sortir *L'Humanité* ! Vous devriez lire l'ensemble de la presse sur ce sujet, et pas seulement *L'Humanité* ! (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche et du groupe de la Gauche démocrate et républicaine.*)

M. Marcel Rogemont. Il faut arrêter cette mascarade !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Il y a aussi *Les Échos*. Je vous recommande également, par exemple, *Le Quotidien du médecin*, qui est très intéressant sur le sujet !

M. le président. Madame la ministre, permettez-moi de vous interrompre un instant.

J'aimerais que tout le monde se calme.

Madame la ministre, vous allez encore, je pense, exposer pendant au moins cinq minutes les éléments permettant au Parlement d'être éclairé.

M. Philippe Vitel. Ce que dit la ministre est très intéressant pour la représentation nationale, monsieur le président !

M. le président. Mais s'il vous fallait plus de temps, madame la ministre, je pense que cela démontrerait que nos collègues ont vraiment besoin d'aller consulter l'ensemble de la presse. Auquel cas je suspendrais la séance, car il serait inutile d'aller au-delà dans l'effort qui est demandé à tous !

M. Jérôme Cahuzac. Tout à fait, ce n'est pas digne ! Mais cela ne suffira pas !

M. Christian Paul. C'est une mascarade !

M. le président. Poursuivez, madame la ministre.

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. J'ai donc indiqué clairement les enjeux du secteur 2, des dépassements d'honoraires, du secteur optionnel et de la démographie médicale. Et il faut analyser cette situation non seulement en stock, mais en flux.

S'agissant de la démographie médicale, les anomalies que nous constatons sont une affaire de génération de médecins, ce qui fait que la France a le taux de médecins le plus élevé des pays de l'OCDE, soit 340 médecins pour 100 000 habitants. M. Bapt m'a d'ailleurs remercié pour les éléments chiffrés que j'avais donnés sur cette question. Il faut donc se projeter dans l'avenir. Et les nouvelles installations de spécialistes, rapporte Yves Bur dans l'excellent journal *Le Quotidien du médecin*, confortent cette tendance : la quasi-totalité des chirurgiens et des ORL – respectivement 86 % et 90 % –, mais aussi les trois quarts des gynécologues et des ophtalmologistes, soit 75 %, ou encore les deux tiers des gastro-entérologues s'installent aujourd'hui en secteur 2.

M. Roland Muzeau. Arrêtez, madame la ministre, cela tourne au guignol !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Dans ce contexte, l'article 28 vise à garantir aux patients un accès aux professionnels de santé pratiquant un tarif opposable.

Je crois, mesdames et messieurs les députés, vous avoir complètement éclairés (*Rires sur les bancs du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche et du groupe de la Gauche démocrate et républicaine*) sur cette affaire des dépassements d'honoraires. C'est une affaire sérieuse, qui mérite, je crois, que nous dépassions nos clivages politiques. (*« Certes ! » sur les bancs du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche et du groupe de la Gauche démocrate et républicaine.*)

Mme Marisol Touraine. Quel talent !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. L'opposition m'ayant apporté un soutien de principe, elle me rejoindra en votant l'article. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire et sur plusieurs bancs du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche.*)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n^{os} 49 et 391, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, pour soutenir l'amendement n° 49.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Mme la ministre a expliqué l'intérêt de l'article 28, qui vise à renforcer l'information que doivent produire les praticiens, avec le montant des actes et un devis. L'arrêté du 11 juin 1996 oblige déjà les praticiens à afficher le tarif des actes et les montants des dépassements dans leur salle d'attente. Dans les faits, cette exigence n'est pas toujours respectée. Des recours sont possibles auprès de la direction de la répression des fraudes et de la consommation ou du Conseil de l'Ordre.

La commission a tout de même adopté l'amendement de M. Bur, que je pourrais vous lire...

Mme Martine Billard. Ce n'est pas la peine : si nous ne le connaissons pas, nous ne serions pas sur ces bancs !

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Mais tel qu'il est rédigé, cet amendement ne correspond pas à l'objectif initial du projet de loi, qui était de limiter le devis aux actes coûteux. Or l'amendement porte sur tous les actes, y compris les petits actes. Ne faudrait-il pas réserver le devis uniquement aux actes coûteux, c'est-à-dire aux actes opératoires et à ceux exigeant des examens complémentaires, plutôt que de l'étendre à toutes les consultations simples, dès lors que l'information écrite et celle affichée dans les cabinets des médecins sont renforcées ?

L'adoption de l'amendement n° 49 ferait tomber l'amendement suivant.

M. le président. La parole est à Mme Marisol Touraine, pour soutenir l'amendement n° 391.

Mme Marisol Touraine. Nous le retirons au profit de l'amendement n° 49.

M. le président. L'amendement n° 49 est retiré.

Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 49 ?

Mme Martine Billard. Vous avez encore des réserves, madame la ministre ?

M. Christian Paul. Ouille, ouille, ouille ! Je crains le pire !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Vous ne pouvez craindre le pire de moi ! (*Sourires.*) J'ai d'ailleurs noté dans vos propos, monsieur Bapt, madame Touraine, que, finalement, nous étions d'accord sur fond.

M. Marcel Rogemont. Voilà M. Karoutchi, mais un ministre ne vote pas !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Il y a donc consensus sur le sujet.

Nous avons parlé de « tact et mesure ». Mais nous devons nous aussi agir avec tact et mesure dans ce domaine...

M. Marcel Rogemont. Ah non, monsieur le président ! Ça ne va pas recommencer !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Je comprends très bien l'amendement proposé par M. Bur, visant à durcir l'obligation d'information dès qu'il y a dépassement.

M. Roland Muzeau. Vous êtes pour ou contre, madame la ministre ?

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Monsieur le rapporteur, il faut un éclairage global sur cette affaire.

M. Christian Paul. Quelle est votre position, madame la ministre ?

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Que signifie cet amendement ? Il conduit à imposer aux professionnels de santé une information écrite préalable pour tous leurs actes,...

M. Patrick Roy. M. Bur ne doit pas être un bon pédagogue !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. ... dès lors que leurs honoraires dépassent le tarif opposable.

Le Gouvernement proposait de fixer par arrêté le montant minimum à partir duquel cette délivrance d'information devient obligatoire.

M. Christian Paul. Ce n'est pas le sujet !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Il y a le législateur qui agit ici, dans l'atmosphère feutrée de l'Assemblée nationale, et il y a les réalités du terrain.

M. Marcel Rogemont. C'est du blocage !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Il ne me semble pas réaliste qu'un médecin en secteur 2 établisse un devis avant chaque consultation, même pour la plus simple, et pour un dépassement parfois minimum. Il faut être pragmatique !

M. Marcel Rogemont. C'est de l'obstruction ! Il faut arrêter !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Je suis donc défavorable à cet amendement : cette démarche est trop lourde et est quasiment inobservable pour les agents de la répression des fraudes. (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche.*)

M. Marcel Rogemont. Maintenant, on vote !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Cher rapporteur, vous souhaitez inscrire l'obligation d'affichage des tarifs des professionnels de santé dans la loi, alors qu'elle existe déjà en vertu de l'arrêté du 11 juin 1996. Je ne crois pas que passer d'une obligation réglementaire à une obligation légale influencera les professionnels récalcitrants. Un rappel de la réglementation et un développement des contrôles seront plus efficaces pour la faire respecter.

En outre, votre amendement présente l'inconvénient majeur de priver les agents de la direction générale de la concurrence de leur droit de contrôle actuel. C'est un effet pervers, et je ne pense pas que c'est ce que vous voulez.

La proposition du Gouvernement répond bien mieux à vos objectifs, sans les deux inconvénients que je viens d'expliquer.

Voilà, mesdames et messieurs, monsieur le rapporteur, avec tous mes regrets, les raisons pour lesquelles je m'oppose à cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 49.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. La parole est à M. Pierre Méhaignerie, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

M. Pierre Méhaignerie, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales. Monsieur le président, je demande une suspension de séance de dix minutes. (*Rires et exclamations sur les bancs du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche et du groupe de la Gauche démocrate et républicaine.*)

M. le président. Après la suspension, nous prendrons une décision définitive sur la suite de nos travaux.

Mme Martine Billard. Allez réveiller vos collègues de l'UMP !

Suspension et reprise de la séance

M. le président. La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à dix heures trente, est reprise à dix heures quarante.)

M. le président. La séance est reprise.

Je suis saisi d'un amendement n° 50.

La parole est à M. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, pour le soutenir.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Cet amendement rédactionnel vise à remplacer, dans la dernière phrase de l'alinéa 2 de l'article 28, le mot « sanction » par le mot « pénalité ».

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur cette importante question ?

M. Christian Paul. Qu'il le donne en style télégraphique ! (*Rires.*)

M. Marcel Rogemont. Ou par SMS !

M. Christian Paul. Monsieur Karoutchi, au secours !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Le Gouvernement invite M. Door à retirer cet amendement.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. J'ai entendu Mme la ministre et je retire l'amendement.

M. le président. L'amendement n° 50 est retiré.

Je suis saisi d'un amendement n° 216.

La parole est à M. Roland Muzeau, pour le soutenir.

M. Roland Muzeau. Cette défense de l'amendement n° 216 vaudra également pour l'amendement n° 217.

L'obligation d'informer doit être assortie de sanctions plus dissuasives et complétée par la sanction du non-respect de l'obligation d'affichage.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 216 ?

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. La commission a rejeté l'amendement. Le projet de loi prévoit déjà une pénalité au moins égale au dépassement du montant facturé, ce qui est suffisamment dissuasif.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 216.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 217.

Cet amendement a déjà été défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Celle-ci a rejeté l'amendement.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 217.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, nos 184 et 443, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Martine Billard, pour soutenir l'amendement n° 184.

Mme Martine Billard. Mme la ministre a, tout à l'heure, excellemment et longuement expliqué la situation dans laquelle nous nous trouvons en matière de dépassements d'honoraires. Elle nous a lu de longs passages du très bon rapport de l'IGAS. Nous sommes très contents qu'elle ait jugé aussi important d'informer la représentation nationale et les Français par la même occasion. Il sera très intéressant en effet que nous fassions tous diffuser dans nos circonscriptions l'intervention de Mme la ministre pour démontrer quel est l'état des dépassements d'honoraires en France et le problème d'accès à la santé publique que cela pose.

Madame la ministre, il faut vraiment que nous vous remercions pour cette belle démonstration.

Vous avez souligné qu'il fallait, par rapport à l'amendement de la commission qui a été adopté tout à l'heure, établir une différence entre les petits actes et les actes plus chers qui provoquaient des dépassements plus lourds. L'amendement n° 184 que nous proposons prend justement ces deux aspects : une préconisation, qui figurait dans le rapport de l'IGAS, et une différenciation sur les actes. Il prévoit en effet que les dépassements d'honoraires soient limités à 15 % pour les actes techniques afin de permettre à l'ensemble de nos concitoyens d'avoir un égal accès à une médecine de qualité et donc de se soigner pour avoir non seulement une meilleure espérance de vie, mais aussi une espérance de vie en bonne santé.

Je ne doute pas, madame la ministre, qu'après la belle démonstration de tout à l'heure, vous approuviez totalement cet amendement.

M. le président. La parole est à Mme Marisol Touraine, pour soutenir l'amendement n° 443.

Mme Marisol Touraine. Cet amendement est nécessaire pour encadrer strictement les dépassements d'honoraires, dont on sait que le montant a doublé en moins de quinze ans en valeur réelle. Même si l'on observe de fortes disparités en fonction des régions et entre les spécialités, il n'empêche que ces dépassements atteignent un seuil qui devient intolérable. Selon une note de l'IGAS, leur montant total est en effet estimé à 530 millions d'euros, sur une masse totale de 3 milliards d'euros d'honoraires.

Renforcer l'information des patients n'est pas suffisant. Il faut limiter et encadrer de façon beaucoup plus stricte ces dépassements. Nous ne comprendrions pas d'ailleurs que le Gouvernement ne nous suive pas dans la mesure où cette proposition n'aurait pas d'incidence sur les comptes de la sécurité sociale, les dépassements et leur encadrement n'étant pas pris en charge. Au contraire, le Gouvernement a tout intérêt à ce qu'il y ait une régulation de ces dépenses. L'adoption de comportements plus vertueux permettrait d'entraîner ensemble les praticiens et les patients vers une pratique plus raisonnée des actes médicaux.

M. Christian Paul. Très bien !

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur les deux amendements en discussion ?

M. Jean-Pierre Door, *rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.* Sans nier bien entendu les constatations des rapports de l'IGAS et du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, la commission a rejeté ces deux amendements, considérant qu'il y avait surtout urgence à relancer les négociations conventionnelles. C'est dans ce cadre qu'il faut résoudre le problème des dépassements excessifs.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Je pense que, sur ce sujet très important et très délicat, nous sommes, sur le fond, tous d'accord. L'amendement présenté par notre collègue Marisol Touraine est fondamental. Comme elle l'a fort bien expliqué, il s'agit de favoriser l'égal accès de tous à des soins de qualité.

La question des dépassements d'honoraires nous renvoie à la convention du secteur 2, mais également à la loi de financement pour la sécurité sociale de 2004, qui a autorisé les spécialistes à pratiquer des dépassements d'honoraires qui me semblent tout à fait anormaux lorsque le patient ne respecte pas le parcours de soins. Je suis tout à fait d'accord pour souhaiter une discussion conventionnelle. Mais j'avais indiqué, à l'époque, qu'on ne pouvait pas transformer le patient en observateur passif d'une discussion conventionnelle informelle dans la mesure où on lui imposait des dépassements d'honoraires totalement indus. Autant on pouvait imaginer, et même considérer comme normal, que, dans un souci de responsabilisation, le patient soit moins bien remboursé, autant il n'est pas concevable que le spécialiste puisse pratiquer des dépassements d'honoraires. Au nom du principe que nous défendons tous, à savoir l'égalité d'accès aux soins, cela me semble totalement injuste et inacceptable.

M. le président. La parole est à M. Philippe Vitel.

M. Philippe Vitel. Je trouve ce débat très intéressant et fondamental pour l'avenir de la couverture sanitaire de notre pays, à laquelle je suis très attaché. Mais je voudrais quand même séparer le bon grain de l'ivraie.

Je rappelle tout d'abord que les praticiens du secteur 2 ne paient pas le même taux de cotisations sociales que ceux du secteur 1, qui acceptent les tarifs opposables : le différentiel est d'environ 10 %.

Je souligne par ailleurs que se pose aujourd'hui un problème de démographie médicale au sens large. L'accès à des praticiens présentant des honoraires opposables est parfois difficile dans certains endroits. Nous devons en tenir compte. La négociation conventionnelle est faite pour cela. J'évoquais tout à l'heure le secteur optionnel auquel je suis très attaché, comme beaucoup d'entre nous. Je fais confiance à Mme la ministre pour aller au bout de ses intentions.

En revanche, et cela a été révélé, d'autres types d'honoraires sont pratiqués qui ne sont pas clairs – je pense aux honoraires qui sont « demandés » en dessous-de-table.

M. Gérard Bapt. C'est bien de le dire !

M. Roland Muzeau. Enfin !

M. Philippe Vitel. Ceux qui les pratiquent jettent le discrédit sur toute une profession. Il faut sanctionner lourdement ces quelques brebis galeuses,...

M. Roland Muzeau. Quelques brebis qui forment malgré tout un petit troupeau !

M. Philippe Vitel. ... quel que soit le niveau d'ailleurs qu'elles occupent dans la hiérarchie médicale française.

Je suis favorable, madame Billard, à ce que l'on mène une campagne d'information auprès de nos concitoyens, pour qu'ils comprennent bien que ce sont deux systèmes différents. Les honoraires libres de praticiens du secteur 2 et les dessous-de-table n'ont rien à voir les uns avec les autres.

M. Gérard Bapt. Tout à fait !

M. Philippe Vitel. Les premiers sont autorisés avec « tact et mesure » dans l'engagement conventionnel et dans la signature qui en est faite, les seconds sont interdits, ils sont répréhensibles et doivent être dénoncés avec force et vigueur.

M. Gérard Bapt. C'est de l'escroquerie !

M. Philippe Vitel. Le discrédit que ces quelques brebis galeuses jettent sur une profession est inacceptable.

M. Roland Muzeau. C'est un troupeau !

M. Philippe Vitel. Il convient que les patients n'hésitent pas à dénoncer au Conseil de l'Ordre ou à la direction des fraudes ce qu'ils ont vécu dans les cabinets et dans les consultations. Une campagne d'information est nécessaire, et c'est au ministère de la santé de la mener, pour qu'on puisse vraiment séparer le grain de l'ivraie.

M. le président. La parole est à Mme Martine Billard.

Mme Martine Billard. Je peux me retrouver dans une partie des propos de M. Vitel. Cependant, je tiens à rappeler que, s'il est possible pour les patients de choisir dans les endroits où les spécialistes de la même spécialité sont nombreux, c'est beaucoup plus difficile lorsque les brebis galeuses exercent dans un secteur où les spécialistes sont peu nombreux. C'est là que le problème se pose. En tout cas, je connais des personnes, à Paris, qui ont été victimes de ces dessous-de-table demandés pour des consultations, qui ont écrit au Conseil de l'Ordre, mais qui attendent toujours la réponse. Est-ce dû au Conseil de l'Ordre de Paris ?

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 184.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 443.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 7 rectifié.

La parole est à Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis de la commission des finances, de l'économie générale et du plan, pour défendre cet amendement.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis de la commission des finances, de l'économie générale et du plan. Cet amendement a pour objet de renforcer la transparence et l'information sur les tarifs des praticiens en prévoyant une communication semestrielle à la caisse primaire d'assurance maladie des dépassements moyens et des dépassements maxima qui sont pratiqués par les médecins.

On l'a vu, l'article 28 prévoit une information obligatoire écrite du patient en cas de dépassements supérieurs à des tarifs fixés par arrêté ministériel – qui ne correspondent donc pas forcément aux tarifs opposables. La commission des affaires sociales a évoqué tout à l'heure cette question en proposant dans un amendement des dispositions plus fermes. L'amendement qui vous est présenté sur proposition du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche est destiné à aller plus loin. Dans la continuité de l'amendement de la commission que nous avons évoqué tout à l'heure, il prévoit que les médecins puissent communiquer à la caisse primaire les montants moyens et maxima des dépassements qu'ils pratiquent. L'idée, c'est que les caisses puissent ensuite mettre ces informations en ligne. Nous le savons, nos compatriotes s'informent aujourd'hui beaucoup par Internet, et c'est là un moyen de donner aux patients une information légitime.

Madame la ministre, j'espère que le Gouvernement, qui est très sensible à ce sujet, vous l'avez fort bien dit tout à l'heure, suivra la proposition de la commission des finances et de M. Cahuzac pour contribuer à une meilleure information des patients.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. La préoccupation de Mme Montchamp est, je pense, déjà satisfaite.

Il existe en effet un service téléphonique, qui s'appelle Infosoins, déployé depuis peu par la Caisse nationale de l'assurance maladie et qui est efficace dans toutes les caisses primaires départementales. Ce service permet de donner aux assurés une fourchette des tarifs des professionnels de santé ainsi que leur secteur conventionnel – secteur 1, secteur 2 ou hors convention. Il est élaboré à partir des données qui sont transmises sur les feuilles de soins.

Le dispositif, aujourd'hui opérationnel pour les actes cliniques, va l'être prochainement pour les actes dentaires et les actes techniques.

En tout état de cause, la commission a rejeté cet amendement.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Même avis : cette information est déjà disponible à la liquidation des feuilles d'assurance maladie. En outre, établir un bordereau supplémentaire ne ferait que compliquer la démarche administrative.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 7 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 395.

La parole est à Mme Marisol Touraine, pour le soutenir.

Mme Marisol Touraine. Selon un rapport de l'IGAS, les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins sont très importants. Néanmoins, ils peuvent être proportionnellement faibles pour des actes coûteux, situation qui est visée par l'article 28. Il nous paraît important de donner aux assurés et, le cas échéant, à leur organisme d'assurance maladie complémentaire de récupérer les paiements effectués indûment. Ces cas étant identifiés et éventuellement sanctionnés par les caisses d'assurance maladie, les organismes complémentaires, qui sont les payeurs de ces dépassements, doivent pouvoir être informés pour être en mesure de faire valoir leurs droits.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. La commission a repoussé cet amendement.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Défavorable. Il est déjà possible d'obtenir le reversement d'un trop-perçu auprès de l'Ordre des médecins, qui peut être saisi par les CPAM et les DRASS. On peut réfléchir encore à la question, mais c'est aux caisses d'assurance maladie et à l'UNOCAM de le faire.

M. Christian Paul. Aux calendes grecques !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 395.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 51.

La parole est à M. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, pour le soutenir.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. C'est un amendement rédactionnel.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 51.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 52.

La parole est à M. Yves Bur, pour le soutenir.

M. Yves Bur, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour les recettes et l'équilibre général. Je veux à mon tour intervenir sur la question des dépassements d'honoraires. Nous ne pouvons plus considérer que c'est un problème mineur. En effet, particulièrement en cette période où nous parlons tant de la défense du pouvoir d'achat de nos concitoyens, nous ne pouvons pas l'éviter. Madame la ministre, il faut rouvrir ce dossier. Les dispositions visant à renforcer l'information préalable du patient, que nous avons votées, ne suffiront pas s'il n'y a pas une volonté claire de contrôler leur respect. Je doute que l'État soit plus capable, après le vote de ces dispositions, de mettre fin aux abus que nous connaissons depuis l'instauration du secteur 2.

J'exerçais moi-même une profession où nous avons l'habitude, parce que c'était prescrit par la loi, de faire signer un devis au patient pour tout acte dépassant le tarif opposable.

Ce qui est faisable pour la profession dentaire doit l'être pour les autres professions. C'est la raison pour laquelle je me réjouis de l'adoption de l'amendement n° 49.

Je veux dire aussi aux responsables de la branche spécialistes d'un grand syndicat médical que ce qui est délirant, irresponsable, ce n'est pas que nous voulions rouvrir le débat, c'est de croire que ces dépassements pourront continuer à croître dans l'indifférence totale et avec la complicité du monde politique. Durant les six mois de campagne électorale que nous avons vécus, des patients nous ont régulièrement fait part de leurs inquiétudes en la matière.

Nous allons adopter tout à l'heure, du moins je l'espère, l'instauration d'une franchise avec un plafonnement à 50 euros par an.

M. Christian Paul. Même l'UMP n'en veut pas de ces franchises ! Vous êtes en minorité ce matin !

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Or, ce plafond de 50 euros est souvent dépassé pour le supplément d'honoraires au cours d'une seule et même consultation ! M. Vitel a évoqué ce que l'on appelle pudiquement les « dessous-de-table ».

Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a constaté dans son rapport préalable que ces pratiques n'étaient pas limitées à quelques-uns, et elles sont en train de se développer.

M. Roland Muzeau. Eh oui !

Mme Danièle Hoffman-Rispa. Hélas !

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Je souhaite donc que le Gouvernement s'engage à ouvrir ce débat au fond et que l'on ne se limite pas à l'information. Nous devons en effet réfléchir à la façon de procurer à nos concitoyens, sur l'ensemble du territoire, une offre alternative à celle de secteur 2. Actuellement, dans certains endroits, pour certaines spécialités, les patients sont contraints de régler des dépassements d'honoraires,...

M. Patrick Roy. Ou de ne plus se soigner !

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. ... que les assurances complémentaires rechignent de plus en plus à prendre en charge. Si nous ne travaillons pas sur ce point dans le calme avec les représentants des professions concernées, il y aura tôt ou tard un retour de balancier ici, à l'Assemblée.

Si des progrès ne sont pas réalisés d'ici à l'an prochain sur ce sujet par les partenaires conventionnels, le législateur s'en préoccupera lui-même. Ce n'est pas une question anodine. Nos électeurs attendent de nous que nous assumions nos responsabilités. On ne peut plus laisser faire n'importe quoi ! De telles pratiques ne sont pas raisonnables, elles ne sont pas dignes.

Par ailleurs, il faudrait perdre l'habitude de se référer à la notion de « tact et mesure ».

M. Denis Jacquat, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour l'assurance vieillesse. En effet !

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. C'est une notion tellement floue et mal définie qu'elle ne veut plus rien dire (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche*), à tel point d'ailleurs que le Conseil de l'Ordre se garde bien d'en donner une quelconque définition. Certes, nous pourrions nous référer à un arrêt du Conseil d'État qui la fixe à deux

ou trois fois le tarif opposable, mais ce serait très risqué. En effet, il existe heureusement encore des praticiens qui proposent des dépassements modérés, et le risque serait de voir tout le monde s'aligner sur la limite supérieure. Cessons donc de faire appel à une telle notion !

Quoi qu'il en soit, la profession doit s'autoréguler, sans quoi nous nous en chargerons, et sans doute avec moins de tact ! (*« Très bien ! » et applaudissements sur les bancs du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche.*)

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Philippe Vitel.

M. Philippe Vitel. Depuis soixante ans, nous défendons un système universel et solidaire,...

M. Christian Paul. Libéral, surtout !

M. Philippe Vitel. ... auquel chacun cotise selon ses moyens et que chacun utilise selon ses besoins. Les personnes aux ressources modestes ont donc droit à la couverture maladie universelle. Or, certains praticiens refusent de soigner les bénéficiaires de la CMU. (*« Bien sûr ! » sur les bancs du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche et du groupe de la Gauche démocrate et républicaine.*)

M. Roland Muzeau. Ça fait des années qu'on vous le dit ! Vous découvrez la lune !

M. Philippe Vitel. Monsieur Bur, si les médecins acceptaient d'appliquer les tarifs opposables qu'impose la CMU, il ne serait pas nécessaire d'obliger les praticiens exerçant en secteur 2 à pratiquer une proportion minimale d'actes sans dépassements d'honoraires ! (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche et du groupe de la Gauche démocrate et républicaine.*)

Mme Martine Billard. Il n'y a pas que la CMU ! Pensez aussi aux smicards !

M. le président. La parole est à M. Claude Leteurtre.

M. Claude Leteurtre. L'amendement de M. Bur est fondamental. Les travaux de la commission sur les urgences médicales ont montré que c'est parce que la Seine-Saint-Denis ne compte aucun spécialiste en secteur 1 que les urgences y sont si encombrées.

Mme Martine Billard. Tout à fait !

M. Claude Leteurtre. Comme l'a très bien dit M. Bur, l'État doit impérativement œuvrer à une moralisation des pratiques en refusant tout dépassement d'honoraires déraisonnable. Il faut donc résoudre le problème du secteur optionnel, objectivement indispensable à certains praticiens – je pense en particulier aux chirurgiens viscéraux. L'amendement n° 52 de M. Bur me paraît donc incontournable.

M. le président. La parole est à M. Patrick Roy.

M. Patrick Roy. La proposition de M. Bur est un peu timide, mais c'est mieux que rien ! À titre personnel, je voterai donc son amendement, et je ne doute pas que d'autres membres de l'opposition feront de même.

Quant aux « dessous-de-table », il est très difficile aux malades, ne serait-ce que pour des raisons psychologiques, de s'y soustraire, d'autant plus que certains ignorent que ces transactions en argent liquide sont illégales – j'en ai eu divers témoignages, y compris dans ma propre famille.

M. Philippe Vitel. Avez-vous dénoncé les médecins concernés ?

M. Patrick Roy. Je demande au Gouvernement, qui se dit si attaché à la lutte contre la fraude, d'engager une vraie campagne d'information des patients pour que tout le monde sache que de telles pratiques sont illégales, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 52 ?

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Je suis tout à fait d'accord...

M. Christian Paul. Sur le diagnostic, mais pas sur l'ordonnance !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. ... pour dire que nous sommes en présence d'une situation tout à fait anormale. Je retiens votre excellente idée d'informer directement les patients en indiquant que toute remise d'argent en liquide est illégale. Cela dit, je demande à M. Door et à M. Bur de retirer l'amendement.

En effet, je suis entièrement d'accord sur le diagnostic, reconnaissant que cette affaire pose un vrai problème d'accès aux soins, mais, au regard de l'objectif poursuivi, la proposition serait extrêmement difficile à mettre en œuvre. L'obligation de pratiquer, pour une partie de l'activité, des actes facturés au tarif opposable introduirait une discrimination entre les patients concernés par les dépassements et ceux qui bénéficieront du quota d'actes facturés au tarif opposable.

Au regard de l'objectif poursuivi, l'article 28, dans la rédaction que je vous propose, est meilleur, puisqu'il permettra d'effectuer un meilleur suivi des dépassements et de veiller au principe déontologique du « tact et mesure ». Il garantira également une meilleure protection des patients face aux pratiques abusives qui ont été dénoncées à juste titre, mais dont je rappelle qu'elles ne sont le fait que de quelques médecins. Nombre de ceux qui sont autorisés à pratiquer des honoraires différents cotent leurs actes en restant dans des limites déontologiques et, dans la majeure partie des cas, adaptent leurs dépassements aux revenus de leurs malades, pour leur permettre d'être remboursés par l'assurance maladie et les organismes complémentaires.

M. Roland Muzeau. La santé devient une marchandise !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. L'encadrement que propose l'amendement risquerait même de produire un effet pervers, des médecins pouvant considérer cette barrière comme une frontière jusqu'à laquelle il convient d'aller, ce qui introduirait une dérive en matière de dépassement d'honoraires. L'idée de M. le rapporteur, que je partage, me semble donc mieux servie par la rédaction actuelle de l'article 28.

Je lui suggère par conséquent de retirer son amendement ; mais, encore une fois, il s'agit d'une question absolument fondamentale que nous aborderons...

M. Roland Muzeau. Un jour ou l'autre !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. ... dans le cadre des états généraux de l'organisation des soins. (*Exclamations sur les bancs du groupe de la Gauche démocrate et républicaine et du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche.*)

Mme Martine Billard. L'amendement doit être maintenu !

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. J'insiste sur le fait qu'il n'y a pas de divergences entre le Gouvernement et nous sur l'objectif à atteindre. Quant au rapporteur, je le remercie d'avoir déposé cet amendement, qui prouve sa détermination à combattre la fraude, contre laquelle il faut agir à tous les niveaux. L'amendement permettra d'ouvrir des négociations afin de régler le grave problème de l'égalité d'accès aux soins de l'ensemble de nos concitoyens. J'espère qu'il nous aidera également à mettre fin à l'engorgement des services d'urgence, dénoncé à juste titre par M. Leteurtre, du fait que les patients ne trouvent plus de spécialistes à même de les prendre en charge.

Mme la ministre a raison de vouloir ouvrir la discussion, sur ces sujets avec courage et détermination. Il va de soi que les travers que nous dénonçons sont loin d'être majoritaires dans l'exercice de la profession médicale. Mais il faut être rigoureux et condamner sans appel les contrevenants. En parlant d'appel, je m'étonne que nous n'ayons aucune nouvelle des négociations qui se déroulent en ce moment place Vendôme entre la garde des sceaux et les avocats ! (*Sourires.*)

M. le président. La parole est à M. Denis Jacquat, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour l'assurance vieillesse.

M. Denis Jacquat, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour l'assurance vieillesse. Je partage l'avis que M. Bur a exprimé en commission ; mais, si j'ai beaucoup de respect pour Mme la ministre, je considère que le problème se pose depuis trop longtemps...

M. Roland Muzeau. Il empire tous les jours !

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse. ... pour qu'on puisse encore admettre les mots : « tact et mesure ».

M. Christian Paul. Oui, cette formulation est insupportable !

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse. Il est temps de donner un coup d'arrêt à certaines pratiques et de régler le problème. C'est pourquoi je soutiens l'amendement n° 52.

M. Christian Paul. Très bien !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 52.

(*L'amendement est adopté.*)

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse. Le scrutin est acquis à l'unanimité des votants !

M. le président. Je mets aux voix l'article 28, modifié par les amendements adoptés.

(*L'article 28, ainsi modifié, est adopté.*)

M. le président. Chers collègues, bien que la discussion se déroule dans de meilleures conditions qu'en début de séance, elle continue d'avancer trop lentement. Je vous propose donc d'accélérer notre rythme.

Mme Marisol Touraine. Avez-vous l'impression que nous traînons ?

M. Christian Paul. Si nous n'avancions pas, à qui la faute ?

Mme Catherine Génisson. Nous examinons des articles importants ; nous avons le droit de les discuter !

M. Christian Paul. Je demande la parole pour un rappel au règlement, sur le fondement de l'article 58, alinéa 1.

Rappels au règlement

M. le président. La parole est à M. Christian Paul, pour un rappel au règlement.

M. Christian Paul. Après deux jours d'absence des ministres, durant lesquels – à une très rare exception près, qui nous a valu la présence de Mme Bachelot –, M. le ministre du budget est venu répondre de manière purement mécanique et technocratique aux questions des députés, la matinée a cette fois été marquée par la faible présence des députés du groupe UMP. (*Protestations sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

Cette situation a perturbé le fonctionnement normal de l'Assemblée nationale, dont le rôle n'est pas d'imposer sa volonté, mais de débattre et de voter. Ce matin, nous avons constaté que, par le subterfuge des suspensions de séance, la majorité a tenté en vain de nous empêcher de le faire, tandis que, dans les couloirs, M. Copé errait de manière pathétique pour tenter de ramener en séance des députés de l'UMP absents. (*Exclamations sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. Philippe Vitel. Il a agi de manière responsable, en vrai chef !

M. Christian Paul. On peut s'interroger sur les raisons d'une telle désaffection, pour ne pas parler de désertion. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 ne semble pas créer beaucoup d'enthousiasme dans les rangs de la majorité, ce qui paraît compréhensible : au moment où, après des semaines de grève des internes dans tous les hôpitaux français, nous devrions traiter de questions essentielles sur l'avenir du système de santé et l'organisation des soins, ce texte manque singulièrement de sens et de souffle.

Mais peut-être y a-t-il une autre raison à cette absence, qui, ce matin, a fait de M. Copé un général sans troupes. Il est difficile de voter, comme le prévoit l'article 35 du projet de loi, une nouvelle taxe sur les malades, fût-elle baptisée franchise, à la veille des élections municipales...

M. Roland Muzeau. C'est vrai !

M. Jean-François Copé. Je demande la parole pour un rappel au règlement, sur le fondement du même article.

M. le président. La parole est à M. Jean-François Copé, pour un rappel au règlement.

M. Jean-François Copé. Je rappelle à M. Christian Paul que la tentation, si humaine, de faire des effets de tribune ne devrait pas lui interdire un minimum de courtoisie, notamment quand il s'en prend au président du groupe UMP.

M. Philippe Vitel. Tout à fait !

M. Jean-François Copé. Qu'il ne se méprenne pas, cependant. S'il est vrai que, en début de séance, nous manquions un peu d'effectifs (*Rires sur les bancs du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche et du groupe de la Gauche démocrate et républicaine*)...

Mme Martine Billard. Voilà qui est dit avec tact et mesure !

M. Jean-François Copé. ... cela tenait à diverses raisons pratiques.

M. Roland Muzeau. Il y a des grèves !

M. Jean-François Copé. Ce manque est plus que compensé à présent. N'oubliez pas, monsieur Paul, que nous manquons un tant soit peu de détermination pour mettre en œuvre des réformes qui ont fait l'objet d'un engagement précis devant les Français.

M. Guy Geoffroy et M. Philippe Vitel. Absolument !

M. Jean-François Copé. Que vous combattiez le projet paraît normal, mais ce qui nous intéresserait davantage – puisque vous avez souhaité que le rappel au règlement porte aussi sur le fond –, c'est que vous n'hésitez pas à formuler des propositions.

Mme Marisol Touraine. Nous ne faisons rien d'autre !

M. Christian Paul. Vous n'avez pas assisté à la discussion générale, où nous les avons présentées !

Mme Martine Billard. Où étiez-vous pendant deux jours ?

M. Jean-François Copé. Or, le moins que l'on puisse dire, c'est que, dans ce domaine, vous êtes toujours moins bavard !

M. Christian Paul. C'est faux !

M. Jean-François Copé. Enfin, je tiens à remercier le président de séance pour sa grande courtoisie. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. Philippe Vitel. Il préside avec tact et mesure !

M. Jean-François Copé. Dans ce type de débats, chacun doit faire preuve d'esprit de responsabilité. Lors de vos moments d'égarement, monsieur Paul, n'hésitez pas à méditer son exemple, qui atteste que la courtoisie peut parfois transcender les clivages partisans. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. Roland Muzeau. Donneur de leçons !

M. Christian Paul. Je vous en prie, monsieur Copé : pas vous et pas comme ça !

Reprise de la discussion

M. le président. Nous en venons aux amendements portant articles additionnels après l'article 28.

Après l'article 28

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 660.

La parole est à Mme la ministre, pour le soutenir.

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Cet amendement, que je vous proposerai dans un instant de rectifier, vise à habiliter les infirmiers et les infirmières à effectuer des vaccinations, notamment contre la grippe.

Ceux-ci, soutenus par des syndicats de médecins, de pharmaciens, et certaines associations de patients, ont exprimé à de nombreuses reprises le souhait de pouvoir effectuer, à l'exception de la primo-injection, des vaccinations anti-grippales sans prescription médicale.

Une telle mesure de bon sens, s'agissant d'un vaccin qui ne comporte que très peu de contre-indications ou d'effets indésirables, permettra une meilleure revalorisation de leur métier et de leur exercice de professionnels de santé.

Mme Marie-Hélène Amiable. Mais on manque déjà d'infirmiers !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports.

En outre, le développement de ce qu'on appelle des « compétences partagées » avec d'autres professions de santé est tout à fait souhaitable, tant pour faciliter l'accès des patients aux soins qu'en raison de l'efficacité et de la qualité attendues.

La mesure est d'ailleurs envisagée dans la convention signée entre l'assurance maladie et les infirmiers, et les pouvoirs publics se sont engagés à la soutenir. Sous réserve d'une définition des modalités d'encadrement, en particulier quant aux situations d'exclusion et des conditions de bonnes pratiques, elle aurait un effet vertueux, en générant une économie de 15 millions d'euros par an. Il s'agit donc, en termes de santé publique et de maîtrise des coûts, d'une stratégie gagnant-gagnant.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. En effet !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports.

J'en viens à la rectification annoncée, qui propose de compléter l'amendement par les termes : « , pris après avis du Haut conseil de la santé publique ». Elle vise à réparer un oubli. La consultation d'une instance scientifique sur les dispositions réglementaires qui découleront de la disposition proposée est évidemment nécessaire pour garantir qu'elle préserve l'intérêt du patient et protège la santé publique. Il nous a semblé, et je pense que cet avis sera partagé, que l'instance scientifique la plus à même d'assurer cette validation est le Haut conseil de santé publique, qui intègre le comité technique des vaccinations.

M. le président. L'amendement est ainsi rectifié.

La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. La rectification ne modifiera guère le contenu de mon intervention.

L'amendement porte sur ce sujet fondamental qu'est le transfert ou la délégation de compétences. Il faut encore travailler sur ces notions, mais il est impératif de les mettre en œuvre, compte tenu des problèmes que pose la démographie médicale et, plus largement, de ceux que rencontrent les professions de santé. Je pense d'ailleurs que cette mesure va, comme le précise l'exposé sommaire, « dans le sens d'une valorisation de la filière de la profession infirmière ».

En revanche, si intéressée que je sois par le sujet, je reste très sceptique sur l'objet de l'amendement lui-même. L'exposé sommaire me semble quelque peu incohérent – ce qui prouve toute la difficulté de s'attaquer à ce sujet. Le premier paragraphe prévoit la possibilité, pour les professionnels de santé infirmiers, d'effectuer des vaccinations sans prescription médicale, alors que le second évoque la nécessité d'une prescription pour la première injection. N'y a-t-il pas un hiatus entre ces deux affirmations, puisque le vaccin de la grippe ne demande qu'une seule injection ?

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports.

Il n'y a qu'une seule injection l'année de la campagne de vaccination, mais le vaccin peut être renouvelé.

Mme Catherine Génisson. La vaccination est un sujet aussi important que délicat, et il y a dans ce domaine des philosophies très différentes. Pour ma part, même si je fais partie de ceux qui pensent qu'elle protège, je considère que sa prescription appelle un avis médical, ce qui n'empêche pas que, par la suite, l'acte puisse être effectué par le personnel infirmier lorsqu'il y a plusieurs injections.

Mais, d'avant d'être une mesure d'économie, il s'agit d'une exigence qualitative. L'économie viendra éventuellement, mais seulement après le gain en termes de santé

publique. Dans ce dernier domaine, il faut en finir avec les logiques strictement comptables. Ainsi, le plan antibiotique de M. Kouchner répondait-il d'abord à une exigence de qualité des soins puisque l'antibiothérapie était totalement inutile pour toute une série de pathologies. Les patients ont donc été mieux soignés et, concomitamment, on a fait des économies !

Madame la ministre, l'exposé sommaire de votre amendement me semble incongru et inadapté, alors même que nous sommes d'accord pour aborder le sujet fondamental de la délégation et du transfert de compétence. Cette mesure permettra de valoriser l'ensemble des professionnels de santé et améliorera la qualité des soins rendus à nos concitoyens.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.

Madame la ministre, vous avez rectifié votre amendement afin que le décret qu'il prévoit soit pris après avis du Haut conseil de la santé publique. Or, alors que ce dernier est compétent en matière de politique de santé, par exemple en faveur de la prévention, c'est la Haute autorité de santé qui est habilitée à évaluer les pratiques médicales. La saisine de la Haute autorité de santé me paraît être beaucoup plus adaptée dans le cas que nous traitons. C'est d'ailleurs elle qui doit donner un avis sur la plupart des décrets que vous devez prendre et je crois qu'il faudrait éviter d'avoir recours à des instances différentes.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports.

Je voudrais d'abord répondre à Mme Génisson pour lever toute difficulté sur l'interprétation de l'amendement n° 660 rectifié.

L'allergie à l'œuf est le principal risque posé par la vaccination antigrippale. Si, lors d'une primo-injection, cette allergie n'a pas été repérée, les injections qui auront lieu ensuite, tout au long de la vie du patient, lors des campagnes hivernales annuelles, ne posent pas de problème. L'exposé sommaire de l'amendement du Gouvernement vise donc la première prescription.

Par ailleurs, nous demandons un avis au Haut conseil de la santé publique – même si nous avons bien pensé, dans un premier temps à la Haute autorité de santé – parce qu'en son sein siège le comité technique des vaccinations, dont la vocation est précisément d'étudier et de suivre les vaccinations. Le Haut conseil nous a donc semblé être l'instance la plus compétente.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Madame le ministre, je répète que l'exposé sommaire de votre amendement pose problème. Le texte de son deuxième paragraphe comporte une faute de syntaxe et ne veut pas dire grand-chose. Je vous en donne lecture : « La première injection devra continuer à être prescrite par le médecin afin de déterminer si l'état de santé du patient est compatible avec une telle vaccination et s'assurer de l'absence d'allergie. » De quelle vaccination nous parle-t-on – il n'y est pas fait référence au début la phrase ?

Au-delà de la formulation, il faut savoir que le problème des allergies n'est pas réglé définitivement après un premier diagnostic. Les allergies évoluent.

Mme Marie-Hélène Amiable. C'est exact !

Mme Catherine Génisson. Il est possible de devenir allergique à un vaccin après l'avoir très bien supporté une première fois. Les allergologues ne me contrediront pas. Et puis, les allergies ne sont pas les seules questions à soulever pour prescrire une vaccination. Il faut évaluer la situation médicale du patient, ses antécédents et les éventuelles pathologies associées qui motivent parfois la contre-indication de tel ou tel vaccin, dont celui contre la grippe.

Madame la ministre, nous sommes tout à fait d'accord avec la délégation de compétence que vous proposez, mais soit votre amendement traite de la vaccination antigrippale, et alors je ne suis pas certaine qu'il relève du domaine législatif, soit il traite des vaccinations de façon plus générale, et vous devriez revoir sa rédaction, en particulier celle de son exposé sommaire.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 660 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 185.

La parole est à Mme Martine Billard, pour le soutenir.

Mme Martine Billard. Cet amendement concerne les assurés qui consultent un spécialiste conventionné en dehors du parcours de soins. Pour éviter tout faux débat, je précise que les députés Verts ont toujours été favorables au parcours de soins et au médecin traitant. Nous trouvons normal qu'existe une sanction financière pour les assurés qui consultent un spécialiste conventionné en dehors du parcours de soins. Mais nous n'avons pas la même appréciation sur le cas des spécialistes qui pratiquent alors des dépassements d'honoraires. D'autant que nous savons que, pour obtenir des rendez-vous, un choix peut être opéré entre les patients qui sont prêts à payer des dépassements d'honoraires et les autres. Par ailleurs, les assurés confrontés à une offre médicale qui pratique systématiquement le dépassement d'honoraires ne devraient pas être sanctionnés.

Madame la ministre, je souhaite vous interroger sur un sujet dont j'ai saisi votre cabinet, et qui intéressera beaucoup les femmes. À l'heure actuelle, les mammographies sont prises en charge pour les femmes ayant cinquante ans et plus, et, dans le cadre du parcours de soins, les gynécologues font partie des quelques spécialistes qu'il est possible de consulter sans un passage préalable par le médecin traitant. Or, aujourd'hui, l'assurance maladie sanctionne les femmes de moins de cinquante ans qui se voient prescrire une mammographie par leur gynécologue – cela peut malheureusement parfois être nécessaire – au motif qu'elles auraient dû préalablement consulter un généraliste pour cet acte.

Madame la ministre, voilà une sacrée absurdité ! Pouvez-vous intervenir pour y mettre fin ?

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. La commission des affaires culturelles a rejeté cet amendement. Il évoque un problème qui doit être réglé dans le cadre du parcours de soins, avec les partenaires conventionnels, les caisses et les représentants des médecins.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Madame Billard, lors de l'examen des articles précédents, nous avons déjà eu ce débat sur la suppression des dépassements d'honoraires dans le cadre du parcours de soins.

Le parcours de soins, auquel tout le monde ici est attaché, a été mis en place afin d'améliorer l'accès et la coordination des soins rendus assurés. Ils ont bien compris l'intérêt de la réforme, puisque, en choisissant un médecin traitant, 85 % d'entre eux ont montré leur adhésion à ses principes. Les dépassements que vous proposez de supprimer ne s'appliquent qu'aux assurés qui ont choisi de se situer hors du dispositif du médecin traitant. Cette rémunération a pour effet de compenser le travail supplémentaire du spécialiste qui reçoit un patient n'ayant pas été examiné par un généraliste. Je rappelle, à toutes fins utiles, que le Conseil d'État a, sans ambiguïté, validé cette disposition en son temps et je précise que les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire ne peuvent pas se voir appliquer un tel dépassement. Je crois au parcours de soins. Il faut inciter les assurés qui ne l'ont pas encore fait à rejoindre ce dispositif pour qu'une meilleure qualité de soin leur soit assurée.

Merci, madame Billard, d'avoir évoqué le problème des mammographies. Un dépistage systématique du cancer du sein pour les femmes de plus de cinquante ans a été mis en place, mais les gynécologues peuvent prescrire une mammographie à une patiente plus jeune, lorsque, par exemple, son histoire familiale laisse supposer qu'existent des prédispositions héréditaires à la maladie. Il serait extrêmement préjudiciable que les patientes soient pénalisées en cas de prescription par leur gynécologue plutôt que par leur médecin. Cette situation s'explique par le fait que certaines caisses pratiquent une conception extensive des textes, que, bien entendu, je ne partage pas. Vous connaissez la lutte que je mène pour la prévention et le dépistage du cancer du sein.

Mme Martine Billard. C'est pour cela que je vous ai saisie de cette question, madame la ministre.

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Je rappellerai donc aux caisses que ces patientes ne doivent pas être pénalisées.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Je suis très favorable à l'amendement de Mme Billard.

Avec cet amendement qui remet en cause un dispositif introduit dans la loi de financement de la sécurité sociale en 2004, nous quittons le débat qui nous a occupés depuis le début de la matinée sur les dépassements d'honoraires.

Pour une meilleure qualité de la prise en charge de la santé de nos concitoyens, nous souhaitons tous que le parcours de soins soit une réussite, et il passe systématiquement par le médecin traitant – sauf pour la consultation de certains spécialistes comme les gynécologues, les ophtalmologues, ou les pédiatres. Afin de responsabiliser chacun d'entre nous, une pénalisation de ceux qui n'empruntent pas ce parcours est concevable.

Les honoraires des spécialistes, c'est une autre question. Il est tout à fait légitime que ceux-ci soient rémunérés à la hauteur de la qualité des soins qu'ils prodiguent à nos concitoyens.

M. Philippe Vitel. Et de la durée de leur formation !

Mme Catherine Génisson. Mais lier les deux questions, c'est pénaliser doublement le patient qui n'aura pas respecté le parcours de soins, en ajoutant à un moindre remboursement la possibilité pour le spécialiste de lui appliquer un dépassement d'honoraires. Quant à l'argument du Conseil

d'État, qui a indiqué que le spécialiste avait plus de travail quand le patient n'était pas passé par le médecin traitant, il prête à sourire.

Nous avons très longuement débattu de cette mesure lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale en 2004. On transforme le patient en un acteur passif tenu à l'écart de la négociation conventionnelle.

M. Philippe Vitel. C'est excessif !

Mme Catherine Génisson. Sans faire de mauvais procès au Gouvernement, j'estime qu'il s'agit de la première attaque contre le principe de solidarité fondateur de la sécurité sociale, que nous défendons tous. C'est très grave.

Autant nous sommes très attachés au parcours de soins et nous pouvons concevoir, dans une logique de responsabilisation, qu'en cas de non-respect de celui-ci, le remboursement soit moindre, autant il nous paraît parfaitement inique de pénaliser le patient une deuxième fois en autorisant le spécialiste à pratiquer la liberté tarifaire. Encore une fois, c'est une atteinte au principe de solidarité.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Je ne peux pas laisser dire que la négociation conventionnelle se ferait sans les malades...

Mme Catherine Génisson. De fait, si !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. ... puisqu'y participent les organisations représentatives des médecins et les caisses d'assurance maladie, à la tête desquelles se trouvent les représentants des assurés. Si vous remettez en cause la représentativité de M. Régereau, vous proférez, au détour d'une intervention apparemment anodine, une accusation extrêmement grave contre les organisations qui siègent dans les caisses d'assurance maladie.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson, pour une brève intervention.

Mme Catherine Génisson. Ne me faites pas dire ce que je n'ai pas dit, madame la ministre : je ne mets pas en cause la négociation conventionnelle. Sans doute me suis-je mal exprimée. J'ai voulu dire que le patient subit pour ainsi dire une négociation conventionnelle qui n'a pas eu lieu. L'application du mécanisme de liberté tarifaire au patient qui n'a pas respecté le parcours de soins est inique. Il est bien évident que les spécialistes sont soumis à la négociation conventionnelle, même si nous avons pu dire que le système conventionnel se portait assez mal. Encore une fois, je n'ai fait que dénoncer la possibilité pour les spécialistes d'appliquer la liberté tarifaire aux patients qui ne respectent pas le parcours de soins.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 185.

(L'épreuve a lieu.)

M. le président. Il y a égalité des voix.

En conséquence, l'amendement n'est pas adopté.

Article 29

M. le président. La parole est à M. Jean-Luc Prével, inscrit sur l'article 29.

M. Jean-Luc Prével. Je ne suis pas intervenu lorsque Mme la ministre a évoqué la représentation des assurés au sein de l'assurance maladie, car cette question mériterait un vrai

débat. En effet, on ne sait qui, du directeur général ou du conseil d'orientation, dirige aujourd'hui la Caisse nationale d'assurance maladie. Il y aurait beaucoup à dire sur le sujet. Au reste, je ne suis pas sûr que les partenaires sociaux – qui ont toute légitimité pour traiter des questions du travail, des retraites et des maladies professionnelles – soient les mieux à même de définir les orientations concernant la maladie. Il me semble que, dans ce domaine, ce sont les parlementaires qui représentent le mieux les assurés.

(Mme Catherine Génisson remplace M. Jean-Marie Le Guen au fauteuil de la présidence.)

PRÉSIDENCE DE MME CATHERINE GÉNISSON,

vice-présidente

M. Jean-Luc Prével. L'article 29 concerne la Haute autorité de santé, dont nous avons longuement débattu lors de sa création et qui représente un des progrès importants permis par la réforme de 2004. À l'époque, il avait été prévu que son rôle essentiel serait celui d'une autorité scientifique. Ainsi, nous avons insisté sur la nécessité qu'elle donne un avis scientifique sur l'accréditation, l'évaluation et les bonnes pratiques médicales. Le Gouvernement souhaite redéfinir ses missions et lui donner un rôle économique. Cela peut se discuter, mais, en tout état de cause, il serait souhaitable de dissocier ces deux rôles.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen. La législation relative au pilotage de notre politique de santé est si complexe que l'on ne sait pas toujours à quel saint se vouer. Nous avons ainsi confié tout à l'heure le choix des stratégies de qualité médicale au Haut conseil de la santé publique, alors que – et je suis d'accord avec M. Bur sur ce point – cette mission aurait dû être confiée à la Haute autorité de santé, qui a vocation à donner un avis sur la qualité des soins.

Par ailleurs, Mme la ministre vient d'expliquer que M. Régereau, le président du conseil de surveillance de la Caisse nationale d'assurance maladie, négocie la convention médicale. Or c'est totalement inexact : c'est le directeur général de la CNAM, le fameux proconsul, qui est en charge de cette négociation. C'est si vrai que M. Régereau s'est prononcé contre la convention médicale et la construction du parcours de soins. À aucun moment, les partenaires sociaux n'ont eu à donner leur avis sur ce point.

J'en viens maintenant à l'article 29.

Le Gouvernement veut doter la Haute autorité de santé de pouvoirs médico-économiques alors que, lors de l'examen de la loi de 2004, cette assemblée s'y était opposée, pour trois raisons.

Tout d'abord, il nous paraissait nécessaire que la Haute autorité de santé commence par acquérir une véritable légitimité scientifique vis-à-vis des acteurs de la santé et de l'opinion publique. Or nous avons le sentiment que cette légitimité n'est pas encore suffisante pour lui permettre de s'affirmer.

La deuxième raison était d'ordre pédagogique. Compte tenu de ce qu'est la qualité des soins dans notre pays, il nous semblait nécessaire, pour asseoir l'autorité morale de la HAS, de ne pas mélanger tout de suite les aspects écono-

miques et qualitatifs. Et l'on a pu constater, lorsque nous avons discuté de la vaccination, combien il était important de parler en premier lieu de qualité.

Enfin, nous ne souhaitons pas que la Haute autorité de santé s'arroe, à la faveur de la confusion entretenue par un certain nombre de partenaires sociaux, un droit d'arbitrage sur le périmètre des soins. C'est en effet au pouvoir politique, c'est-à-dire à l'exécutif sous le contrôle du législatif, qu'il revient de trancher cette question.

La légitimité de cette approche s'est trouvée renforcée lors de l'affaire du remboursement des médicaments à service médical rendu dit insuffisant, sur lequel la Haute autorité a rendu son avis le plus net. En effet, nous avons été un certain nombre, parmi les parlementaires membres de la MECSS, à être choqués par l'argument qu'avancait la Haute autorité, selon lequel la France n'avait pas les moyens de se payer ce type de médicaments – argument qui témoignait d'une dérive de sa communication.

Aujourd'hui, le Gouvernement est dans une fuite en avant. L'amélioration du service médical rendu est d'ores et déjà une compétence qui relève de la Haute autorité. Aller plus loin en lui confiant le soin de juger de l'opportunité économique d'une stratégie de soins ne correspond ni à sa mission ni à sa légitimité actuelle. À force d'étendre le périmètre d'action d'une Haute autorité dont la légitimité n'est pas encore suffisamment forte, on risque de régresser au lieu de progresser dans le sens des réformes nécessaires.

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 53.

La parole est à M. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, pour le soutenir.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. L'article 29 vise à étendre les missions de la Haute autorité de santé en lui confiant la compétence d'établir des recommandations médico-économiques. Or il paraît souhaitable de rappeler que si elle est désormais fondée à prendre en compte les données médico-économiques, c'est pour promouvoir les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces, comme le font ses homologues NICE, au Royaume-Uni, ou IQWiG, en Allemagne.

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'État chargée de la solidarité, pour donner l'avis du Gouvernement sur cet amendement.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité. La rédaction proposée dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale ne comporte aucune ambiguïté sur la nature de la compétence médico-économique confiée à la Haute autorité de santé. Il ne s'agit pas d'une mission supplémentaire qui lui serait confiée, ni d'avis distincts des recommandations et avis qu'elle formule à l'heure actuelle. Cette compétence s'exerce dans le cadre actuel des missions de la Haute autorité. Je vous propose donc de retirer cet amendement.

Mme la présidente. Retirez-vous l'amendement, monsieur le rapporteur ?

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Je ne le peux pas, madame la présidente.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél. Cet amendement me semble apporter un progrès par rapport au texte, mais il n'en reste pas moins que le Gouvernement veut donner un pouvoir économique

à la Haute autorité de santé. Lors du débat de 2004, nous avons insisté avec Jean-Marie Le Guen pour que, dans le cadre de son pouvoir scientifique et médical, ses principales missions soient d'évaluer la qualité des soins, d'expliquer les stratégies médicales et les bonnes pratiques. Bien sûr, c'est ensuite le pouvoir de décision économique qui permet de parvenir à l'efficacité. Mais le rapporteur vient d'indiquer qu'en Angleterre le NICE est aujourd'hui remis en cause précisément parce qu'il juxtapose les deux actions. S'il est important de disposer de données sur l'efficacité et de données économiques, ce n'est pas à la Haute autorité de santé d'en avoir la charge, me semble-t-il.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. La commission avait certes adopté cet amendement. Mais j'ai compris les souhaits du Gouvernement et, à titre personnel, ne pouvant le retirer, je voterai contre.

Mme la présidente. Il ne doit pas être facile de voter contre un amendement que l'on a signé. (*Sourires.*) L'examen de ce PLFSS se révèle pour le moins surprenant depuis quarante-huit heures !

Je mets aux voix l'amendement n° 53.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 411.

La parole est à M. Yves Bur, pour le soutenir.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Il est retiré.

Mme la présidente. Vous êtes fatigué, monsieur Bur ! (*Sourires.*)

L'amendement n° 411 est retiré.

Je suis saisie d'un amendement n° 268.

La parole est à M. Jean-Luc Prél, pour le soutenir.

M. Jean-Luc Prél. Je défends bien volontiers cet amendement de M. Jardé, aux termes duquel la Haute autorité de santé émet ses avis et recommandations « après consultation des institutions représentatives des parties intéressées ».

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable.

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

Mme la secrétaire d'État chargée de la solidarité. Défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 268.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 490.

La parole est à Mme Marie-Anne Montchamp, pour le soutenir.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Cet amendement a pour but d'appeler l'attention du Gouvernement sur les moyens alloués à la Haute autorité de santé dans un contexte d'élargissement de ses missions, en

particulier avec la réalisation d'études médico-économiques. Il est rédigé de manière assez prudente et globale alors qu'il aurait sans doute fallu le développer davantage. Ces deux dernières années, la Haute autorité de santé a vu son budget diminuer sensiblement. La subvention de l'État a été d'un million d'euros en 2007 et la contribution de l'assurance maladie représente traditionnellement le double. La Haute autorité de santé a dû recourir à son fonds de roulement, qui était important. Qu'envisage le Gouvernement pour la conforter dans sa mission ?

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

Mme la secrétaire d'État chargée de la solidarité. Madame Montchamp, vous souhaitez inscrire dans la loi que la Haute autorité de santé bénéficie des moyens nécessaires à l'exercice de ses missions. Je veux vous rassurer : la Haute autorité de santé est une autorité publique indépendante à caractère scientifique, dont les moyens financiers sont garantis par la loi du 13 août 2004, à travers des sources de financement variées, gages de son indépendance. Ainsi, elle dispose de financements publics, de l'affectation d'une partie des produits des taxes, de publicités et de ressources propres en échange de ses prestations, au titre desquelles elle perçoit des produits de redevance pour service rendu, une taxe liée à l'étude de l'inscription d'un médicament ou d'un dispositif médical sur la liste des spécialités remboursables, une contribution des établissements dans le cadre de la procédure de certification, dont les modalités de versement font l'objet d'un amendement gouvernemental.

La Haute autorité de santé jouissant de l'autonomie financière, son collège définit lui-même son budget et son programme de travail en fonction des différentes saisines qu'il reçoit. Elle dispose donc de toute latitude pour fixer ses priorités de travail et mobiliser les moyens nécessaires. Ses ressources ont permis une montée en charge satisfaisante de son activité entre 2005 et 2007, dont témoigne l'augmentation de 37 % de ses dépenses de personnel et de 86 % de ses dépenses de fonctionnement. Quant à ses effectifs, ils sont passés de 341,5 à 400,5 en équivalent temps plein.

Toutefois, je désire faciliter l'organisation de la Haute autorité de santé sur des priorités de travail à la fois ambitieuses et réalistes compte tenu de ses ressources. Pour mieux définir avec elle les relations de travail dans un cadre pluriannuel, nous devrions prochainement négocier un cadre stratégique permettant, d'une part, de définir conjointement les grands axes de travail de la Haute autorité, tenant compte notamment des grandes priorités de santé publique et d'efficacité de l'État, et, d'autre part, de mieux organiser nos échanges budgétaires afin de lui assurer encore plus de visibilité sur ses ressources disponibles. Compte tenu de ces éléments, je vous propose, madame Montchamp, de retirer votre amendement.

Mme la présidente. La parole est à Mme Marie-Anne Montchamp.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Madame la ministre, je vous remercie de ces éclaircissements. Cette approche pluriannuelle est tout à fait sécurisante et satisfaisante pour la Haute autorité de santé. Je retire donc mon amendement avec plaisir.

Mme la présidente. L'amendement n° 490 est retiré.

Je suis saisie d'un amendement n° 661.

La parole est à Mme la secrétaire d'État, pour le soutenir.

Mme la secrétaire d'État chargée de la solidarité. Une étude de la CNAM a montré les spécificités françaises en termes de prescription et de consommation de médicaments. La consommation et les dépenses pour neuf classes de médicaments ont été analysées en France et comparées à celles de quatre autres pays européens. Il en ressort que notre consommation en volume est toujours importante et que nous restons en tête des dépenses, ayant tendance à utiliser les produits les plus nouveaux et souvent les plus chers.

Je remercie Yves Bur et Jean-Pierre Door de m'avoir donné l'occasion aujourd'hui de déposer un amendement visant à faire prendre conscience au prescripteur du coût de sa prescription. Actuellement, les prescripteurs n'ont accès, au moment de la consultation, à aucune information concernant le coût des produits qu'ils ont l'intention de prescrire. Faciliter un tel accès serait de nature à susciter une autorégulation de la part du principal ordonnateur des dépenses en matière de médicament. Cela lui permettrait de comparer les coûts entre produits similaires et, sans influencer sur la qualité de sa prescription, de choisir le moins cher à efficacité comparable. La mesure vise donc à intégrer l'affichage du coût dans la certification des logiciels que met en place la Haute autorité de santé. Pour ces raisons, je vous demande de suivre le Gouvernement et de voter cet amendement.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. La commission donne un avis très favorable à cet amendement et remercie Mme la ministre de l'avoir suivie.

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Lemorton.

Mme Catherine Lemorton. Informer le prescripteur du montant de sa prescription est une bonne chose, mais j'aimerais aussi que l'on puisse en même temps informer l'assuré du ticket modérateur et de la franchise sur le médicament qui resteront à sa charge.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. À mon tour, je veux remercier le Gouvernement d'avoir repris un amendement que nous avions déposé. Depuis longtemps, j'avais demandé que les logiciels d'aide à la prescription fassent état de la dénomination commune internationale de façon automatique. Il a fallu deux, voire trois ans, pour parvenir à une recommandation sur ce point. Il est impératif, quand nous votons des dispositions – relativement simples – de ce type, qu'elles soient rapidement mises en œuvre. On ne peut pas se doter d'une politique sans se donner les moyens de l'appliquer. Pour promouvoir les génériques, l'affichage automatique de la DCI est indispensable. C'est pourquoi l'agrément des logiciels doit être conditionné à leur capacité d'en offrir l'accès aux professionnels de santé.

De la même manière, pour responsabiliser davantage le professionnel de santé, il est important qu'il mesure le coût de sa prescription. C'est la raison pour laquelle je propose, par un sous-amendement, de compléter l'amendement n° 661 par les mots : « et le montant total de la prescription ».

Mme la présidente. Ce sous-amendement recevra le numéro 672.

La parole est à Mme Martine Billard.

Mme Martine Billard. J'insiste moi aussi sur la mention, en plus du prix, de la prise en charge ou la non prise en charge par l'assurance maladie, ce que les médecins ne savent pas toujours. Cela éviterait au patient d'avoir la mauvaise surprise de n'être remboursé qu'à 35 % ou pas du tout. Car, une fois dans la pharmacie, il ne peut rien faire et est obligé de suivre la prescription du médecin. Celle-ci peut être tout à fait justifiée sur le plan médical mais avoir des effets secondaires d'ordre financier susceptibles d'inciter le patient à faire une sélection dans la prescription médicale, s'exposant ainsi à des inconvénients, voire à des dangers. Je ne comprends d'ailleurs pas pourquoi nous devons tant insister sur cet ajout alors que nous l'avions envisagé en commission.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. L'article 40 !

Mme Martine Billard. Voilà qui est bien dommage.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement sur le sous-amendement n° 672 ?

Mme la secrétaire d'État chargée de la solidarité. Le Gouvernement est favorable à ce sous-amendement. Pour répondre aux différentes remarques formulées par les autres intervenants, notre souhait était d'abord d'installer un cadre – ce qui a été difficile –, et de l'évaluer ensuite pour éventuellement le compléter. Le sous-amendement permet d'apporter plus de précision, ce qui va dans le sens de vos recommandations.

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Lemorton.

Mme Catherine Lemorton. Je ne pense pas qu'il soit très difficile d'intégrer dans un logiciel le calcul automatique du ticket modérateur et de la franchise par boîte de médicament !

Mme la présidente. La parole est à Mme Martine Billard.

Mme Martine Billard. Pour avoir travaillé dans l'informatique sur des bases de données, je sais qu'il est plus simple, et moins cher en termes de mises à jour, de modifier un logiciel une seule fois. Mieux vaut intégrer dès maintenant à la fois l'affichage du coût et du taux de remboursement, le total de la prescription me semblant moins évident.

Mme la présidente. Je mets aux voix le sous-amendement n° 672.

(Le sous-amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 661, modifié par le sous-amendement n° 672.

(L'amendement, ainsi modifié, est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 412.

La parole est à M. Yves Bur, pour le soutenir.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. La prise en charge à 100 % au titre des affections de longue durée se justifie pour les actes et prestations qui ont une efficacité médicale importante. Compte tenu des missions de recommandations médico-économiques confiées à la Haute autorité de santé, le présent amendement propose que celle-ci distingue parmi les médicaments à service médical rendu faible ou modéré, remboursés à 35 %, ceux

pour lesquels une prise en charge à 100 % est justifiée lorsqu'ils interviennent dans le traitement d'une affection de longue durée exonérante.

Les dépenses liées aux affections de longue durée vont exploser du fait du progrès médical – c'est une bonne chose – et du fait qu'à l'horizon 2015, près de 12 millions de personnes seront prises en charge au titre des ALD, soit 3 millions de plus qu'en 2007. Il faut que ce point soit discuté au fond.

Par ailleurs, il ne paraît pas anormal que les médicaments remboursés à 35 % le restent. Le statut de la pathologie ne modifie pas l'efficacité du médicament.

J'ai proposé un tel amendement à de nombreuses reprises, et la réflexion évolue au fil du temps.

Une transmission du code CIP pour les médicaments remboursés à 35 % devrait responsabiliser davantage les assureurs complémentaires. Cela leur permettrait d'accepter, ou non, de rembourser à 100 % certains médicaments.

La transmission du code CIP à des assureurs complémentaires fait débat. Je crois que l'on ne peut pas éternellement leur demander de financer une part plus importante de notre système de santé et des soins délivrés au Français et ne pas leur donner les moyens d'assumer leurs propres responsabilités dans la prise en charge – en un mot, de n'être que des assureurs secondaires.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. M. Bur a ouvert le débat concernant les affections de longue durée, dont le nombre ne cessera de croître au fur et à mesure des années.

La commission est défavorable à cet amendement pour plusieurs raisons.

D'abord, les affections de longue durée ont un caractère évolutif et requièrent des traitements différents dans le temps, en fonction de la pathologie. Il semble donc assez peu réaliste que la Haute autorité de santé puisse fixer la liste des traitements indispensables à cette ALD.

Ensuite, M. Bur a rappelé que le transfert du code identifiant de présentation des spécialités pharmaceutiques transmis aux assurances complémentaires posait des problèmes. Il faut examiner avec le Gouvernement et les caisses si l'on peut transmettre les données aux assurances complémentaires. La commission est réservée sur ce point.

Enfin, il est nécessaire de veiller à ce que les médicaments remboursables à 35 % dans le droit commun – ceux dont le service médical rendu est modeste – ne soient plus remboursés qu'à ce taux, sauf cas exceptionnel médicalement justifié. Mais cela relève du domaine réglementaire, et non législatif. Le Gouvernement le rappelle dans l'annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

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

Mme la secrétaire d'État chargée de la solidarité. Madame la présidente, mesdames, messieurs les députés, le Gouvernement souhaite, comme vous, mieux cibler la prise en charge à 100 % de ce qui est indispensable au traitement des affections de longue durée. La solidarité particulière qui s'exerce pour les plus malades ne s'applique, en effet, que pour le traitement de cette maladie, et non au reste des affections dont peut souffrir le malade.

Les textes prévoient déjà, d'une part, que les médicaments principalement destinés au traitement des troubles ou affections sans caractère habituel de gravité et qui présentent un service médical modéré ou faible sont remboursés à un taux de 35 % et, d'autre part, que la prise en charge à 100 % pour les patients en ALD est réservée aux frais relatifs au traitement de l'affection dont le malade est reconnu atteint.

L'application de ces deux règles conduit à ce que la prise en charge à 100 % de médicaments remboursés à 35 % devrait être l'exception.

La difficulté de mise en œuvre des règles actuelles tient, d'une part, à la détermination des cas d'exception qui peuvent justifier une prise en charge à 100 % de médicaments remboursables à 35 % et, d'autre part, à la performance du système de liquidation des caisses, qui ne permet pas actuellement de bloquer à 35 % certains médicaments, ni de prendre en charge à 100 % la seule minorité de médicaments qui le justifient.

Votre amendement est un encouragement à trouver rapidement, d'une part, avec la Haute autorité de santé et, d'autre part, les régimes d'assurance maladie, sans oublier les associations de patients, une solution à ces problèmes. Le Gouvernement s'y engage. Un travail a donc été entrepris pour déterminer les modalités les plus justes, permettant de circonscrire le champ de la prise en charge à 100 % des médicaments à 35 % à une liste de produits nécessairement limitée. S'il y a lieu de modifier le décret en Conseil d'État concerné, nous le ferons.

La deuxième partie de l'amendement vise à la transmission aux organismes complémentaires du code CIP des médicaments remboursés aux taux de 35 % et 15 %. Une telle mesure reviendrait, par l'intermédiaire de ces informations, à apporter indirectement aux organismes complémentaires la connaissance des pathologies de chaque assuré. Ainsi munis de ces informations, les organismes complémentaires pourraient proposer aux assurés des contrats différents, en fonction des risques de chacun d'eux. Ce serait inéquitable, et donc peu acceptable.

Je suis donc opposée à cet amendement.

Mme la présidente. La parole est à M. Jérôme Cahuzac.

M. Jérôme Cahuzac. Je souhaite, madame la ministre, vous poser une question, afin de pouvoir voter cet article en étant parfaitement informé. Il est indiqué dans l'exposé des motifs de l'article 29 : « La mesure vise ainsi à permettre à la Haute autorité de santé de compléter son approche par la prise en compte de considérations d'efficacité médico-économique des stratégies thérapeutiques à l'instar de ses homologues, comme le NICE au Royaume-Uni ».

Mme la ministre de la santé nous a déclaré hier : « Je suis défavorable à ce que l'on intègre, à l'instar du NICE, la notion de *quality-adjusting life-years* dans les indicateurs d'efficacité médico-économique. »

Madame la ministre, l'exposé des motifs de l'article 29, que vous nous présentez est-il obsolète ? Ou Mme Bachelot a-t-elle exprimé, hier, une position qui ne correspond pas celle du Gouvernement ?

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Le dossier progresse. Il y a trois ans, lorsque j'ai proposé, pour la première fois, cet amendement, on m'avait opposé un non définitif.

Nous progressons dans une appréciation un peu sélective des médicaments remboursés à 35 %, c'est bien.

Je voudrais, mes chers collègues, vous rendre attentifs à la stratégie qui se met en place dans un certain nombre de laboratoires. Ceux-ci ne cherchent plus à obtenir simplement un taux de remboursement normal. Ils se contentent d'un taux de remboursement à 35 %. De ce fait, lorsque ces médicaments ainsi remboursables sont ciblés sur des pathologies relevant des ALD, leur prise en charge est alors automatiquement de 100 %.

Les stratégies d'un certain nombre de laboratoires contournent un peu le système d'évaluation et de valorisation des produits. Je crains que ce type de stratégie ne se développe ; il faudra donc y apporter une réponse.

Compte tenu de la réponse fournie par le Gouvernement et de son engagement, je retire l'amendement.

J'espère, madame la ministre, qu'il faudra moins de trois ans pour parvenir à régler les problèmes informatiques ! Votre réponse sur l'incapacité des systèmes informatiques de faire la différence entre les médicaments maintenus et les médicaments non maintenus est un peu faible. J'espère que ces petites difficultés seront résolues et que vous ne pourrez plus m'opposer ce type de réponse lors de l'examen du prochain PLFSS. (*Sourires.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 412 est retiré.

Je mets aux voix l'article 29, modifié par l'amendement n° 661.

(*L'article 29, ainsi modifié, est adopté.*)

Mme la présidente. Nous en arrivons aux amendements portant articles additionnels après l'article 29.

Après l'article 29

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 397.

La parole est à Mme Marisol Touraine, pour le soutenir.

Mme Marisol Touraine. Madame la ministre, nous voudrions connaître votre réponse à la question posée par M. Cahuzac, il y a quelques minutes. Cela permettrait d'éclairer les débats, même si nous aurions aimé obtenir votre réponse avant le vote de l'article 29. Cela nous aurait peut-être permis – qui sait ? – de vous apporter notre soutien.

L'amendement n° 397 vise à donner à l'UNOCAM la possibilité de se prononcer sur la valeur des lettres-clés et sur les tarifs des actes et prestations.

Lors de la présentation du rapport annuel de la Cour des comptes, le Premier Président s'est étonné de la faible – pour ne pas dire inexistante – association des organismes d'assurance maladie complémentaire aux décisions de l'assurance maladie obligatoire.

Lorsque l'on sait que ces organismes sont amenés à prendre, malheureusement, en charge une partie de plus en plus importante des coûts des actes effectués et que l'on connaît leur importance pour la simple prise en charge de la santé d'un nombre croissant de nos concitoyens, compte tenu des déremboursements pratiqués et de l'augmentation d'un certain nombre d'actes pratiqués par les professionnels, il nous paraît nécessaire que cette association soit renforcée par une meilleure information.

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

M. Jean-Pierre Door, *rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail*. La commission a repoussé cet amendement.

Les préoccupations de l'amendement n° 397 ont été en partie satisfaites par l'amendement n° 46 rectifié adopté à l'article 25, qui prévoit la consultation de l'UNOCAM sur les mesures de revalorisation conventionnelles tarifaires. L'Union nationale des caisses d'assurance maladie soumet pour avis à l'UNOCAM toute revalorisation des tarifs des honoraires, rémunérations, etc.

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

Mme la secrétaire d'État chargée de la solidarité. Je n'ai pas répondu à la question posée sur l'article 29 par M. Cahuzac, car M. Bur est intervenu.

Notre objectif est bien d'optimiser l'efficacité. Entre deux stratégies aussi efficaces l'une que l'autre, l'objectif est de choisir celle qui coûte le moins cher.

Nous sommes sur une stratégie globale de soins. Notre souci n'est pas de nous situer sur une logique produit par produit, mais dans une vision globale de la prise en charge.

Madame Touraine, en ce qui concerne l'amendement n° 397, l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale prévoit que le remboursement d'un acte ou d'une prestation est conditionné par leur inscription sur une liste, cette liste constituant le panier de soins. Il prévoit également que le directeur général de l'UNOCAM prend l'avis de l'UNOCAM avant de procéder à cette inscription.

Vous souhaitez que l'UNOCAM soit également saisie pour avis sur des valorisations d'actes ou de rémunérations accessoires qui relèvent cependant d'accords conventionnels entre l'UNOCAM et les organisations syndicales représentatives des professions, et non de l'inscription sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7.

Il n'y a donc pas lieu de modifier l'article L. 162-1-7 pour prévoir que l'UNOCAM donne son avis sur ces revalorisations. Je suis, comme vous, favorable à une évolution. C'est pourquoi je suis favorable à une évolution du système allant dans le sens de l'amendement n° 46 rectifié de la commission, qui poursuit cet objectif et a modifié l'article L. 162-15.

Pour toutes ces raisons, je ne suis pas favorable à votre amendement.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 397.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements, n° 8 deuxième rectification, 364 rectifié et 396 rectifié, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 364 rectifié et 396 rectifié sont identiques.

La parole est à Mme la rapporteure pour avis, pour soutenir l'amendement n° 8 deuxième rectification.

Mme Marie-Anne Montchamp, *rapporteure pour avis*. C'est un amendement de la commission des finances, adopté à l'initiative de M. Cahuzac. Si vous le permettez, madame la présidente, je préfère qu'il le présente.

Mme la présidente. La parole est à M. Jérôme Cahuzac.

M. Jérôme Cahuzac. Je remercie, Mme Montchamp, qui me fait un grand honneur en me demandant de présenter cet amendement de la commission des finances.

L'amendement n° 8 deuxième rectification a pour objet d'encourager la réalisation d'études post-AMM afin de connaître précisément l'efficacité d'un médicament, qu'il s'agisse d'un traitement isolé ou qu'il s'inscrive dans une stratégie plus globale.

Les autorisations de mise sur le marché sont accordées en vertu de critères de validité scientifique et de sécurité sanitaire. Mais les études préalables à la délivrance de l'AMM ne suffisent pas. Aucune étude ne peut avoir la validité statistique d'un médicament mis sur le marché et prescrit de manière courante pour les pathologies que le médicament est censé traiter.

Nous souhaiterions que, dans le cadre des missions que vous voulez confier à la Haute autorité de santé, davantage d'études soient réalisées, dans des conditions d'objectivité et de transparence garanties par les pouvoirs publics, afin que ceux-ci disposent de tous les éléments leur permettant de décider si, oui ou non, les médicaments doivent rester sur le marché et, surtout, continuer à être remboursés.

Mme la présidente. La parole est à Mme Marie-Hélène Amiable, pour soutenir l'amendement n° 364 rectifié.

Mme Marie-Hélène Amiable. Notre amendement va dans le même sens. Dans son rapport de septembre 2007 sur la sécurité sociale, la Cour des comptes recommandait de prévoir un mécanisme de sanctions pour les firmes qui ne réalisent pas les études qui leur sont demandées ou qui le font avec retard.

Nous demandons donc simplement que les recommandations de la Cour des comptes soient appliquées.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen, pour soutenir l'amendement n° 396 rectifié.

M. Jean-Marie Le Guen. L'affaire du Vioxx a révélé le caractère fondamental des études post-AMM.

Pour qu'un médicament obtienne une autorisation de mise sur le marché, il a dû faire la preuve qu'il est actif sur la maladie qu'il est censé combattre et que les effets secondaires sont limités et maîtrisés.

Les études sont réalisées sur un échantillon de quelques milliers de personnes, ce qui ne permet pas de savoir quels sont les effets d'un produit sur des millions d'utilisateurs. C'est ainsi que des médicaments – de la catégorie des Cox 2 notamment – se sont révélés très dangereux, en tout cas avec une dangerosité qui posait problème lorsque ils concernaient plusieurs millions de personnes, faisant apparaître des effets qui n'avaient pas été décelés à partir des tests réalisés sur un échantillon plus restreint, ne concernant que quelques centaines ou milliers de personnes consommatrices de ces médicaments.

Rappelons qu'un médicament est, par nature, un produit actif qui peut être dangereux ; s'il n'était pas actif, il serait peut-être inoffensif, mais il n'y aurait évidemment aucune raison de le prescrire ! Sa commercialisation doit donc être surveillée une fois qu'il est sur le marché.

Les médicaments mis sur le marché visent souvent des pathologies relativement restreintes. Ensuite, de façon plus pragmatique, on élargit le champ du médicament. Il s'agit d'être un peu plus modernes que nous ne l'avons été jusqu'à

présent en systématisant, comme le font les États-Unis avec la FDA, les études post-AMM, qui sont un gage de sécurité et de qualité des soins.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. La commission a repoussé ces trois amendements d'abord parce que les études post-AMM étaient prévues par l'article 67 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Il lui a donc semblé prématuré de revenir sur ces dispositions.

Ensuite, elle s'est demandé s'il fallait privilégier le recours à la voie conventionnelle. Nous avons demandé au Gouvernement de nous faire un état de l'application de ces dispositions.

Avant de vous donner, à titre personnel, un avis définitif sur l'amendement présenté à la fois par Mme Montchamp et M. Cahuzac, je souhaite entendre le Gouvernement.

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

Mme la secrétaire d'État chargée de la solidarité. Nous partageons le souhait exprimé par Marie-Anne Montchamp, qui est d'instaurer des sanctions en cas de non réalisation d'études post-AMM. Ces études sont nécessaires pour une évaluation correcte des médicaments. Le Gouvernement est donc favorable à l'amendement n° 8 deuxième rectification.

Les amendements n°s 364 rectifié et 396 rectifié allant dans le même sens, nous y sommes sensibles, mais nous préférons néanmoins la rédaction de l'amendement de Mme Montchamp. Nous invitons donc leurs auteurs à les retirer. À défaut, j'émettrais un avis défavorable.

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteure pour avis.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Je suis très sensible, madame la secrétaire d'État, à votre avis favorable, car le sujet est d'importance. C'est la raison pour laquelle la commission des finances, sur proposition du groupe socialiste, a adopté cet amendement.

Rappelons que seules 7 % des études demandées depuis 1997 ont été menées à leur terme, 54 % d'entre elles n'ayant pas encore commencé ! Il y a là un véritable enjeu de santé publique qui va dans le sens de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale. Je me réjouis donc que le Gouvernement ait apporté son soutien à cette initiative.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Personne ne conteste la nécessité de réaliser des études post-AMM. Elles sont indispensables pour mesurer les effets d'un médicament sur des millions d'utilisateurs, évaluer l'efficacité de la molécule et repérer les éventuels effets secondaires, notamment dans le cadre de la poly-médication, ce qui est pratiquement la règle pour les ALD et les personnes âgées.

Pourquoi un tel retard dans ces études ? L'industrie du médicament porte certainement une grande responsabilité, mais elle n'est pas la seule. Les instances administratives et gouvernementales ont aussi leur part de responsabilité, en exigeant l'étude parfaite, laquelle, forcément, prend beaucoup de temps, ne serait-ce que pour définir les critères d'étude. Par ailleurs, il n'est pas certain que les laboratoires puissent répondre à la multiplication de ces exigences.

Nous devons sortir de la lourdeur administrative qui entoure ces études et faire davantage confiance aux laboratoires en les responsabilisant. À eux de déterminer le périmètre et le contenu des études, et d'assumer, le cas échéant, les conséquences d'une telle responsabilité si elles s'avéraient biaisées. En cas d'erreur, ce que je ne peux imaginer, il faudrait inverser la charge de la preuve, car il ne s'agit pas de diaboliser l'industrie du médicament. Je rappelle que les études post-AMM peuvent coûter, pour certaines d'entre elles, jusqu'à 8 ou 10 millions d'euros, ce qui n'est pas négligeable.

En fait, ces études devraient être entreprises plus rapidement, dès la mise sur le marché d'un médicament, afin que, au bout de dix-huit mois ou deux ans, l'on dispose des premiers résultats. Les instances pourraient donc apprécier si l'innovation et l'amélioration du service médical rendu promises sont bien au rendez-vous. Si tel est le cas, le prix accordé par le comité économique pourrait être maintenu, certes tempéré par la négociation sur les volumes, comme cela se pratique dans tous les pays du monde. Si l'innovation n'était pas au rendez-vous, les laboratoires devraient, à nos avis, rembourser à l'assurance maladie les sommes inutilement dépensées.

Je suis favorable comme le Gouvernement à l'amendement n° 8 deuxième rectification.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen. Dans mon esprit, l'amendement que j'ai proposé allait plus loin, mais je veux bien,...

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse. Faire preuve d'une grande magnanimité ! (*Sourires.*)

M. Jean-Marie Le Guen. ... dans un souci d'efficacité et de coopération, retirer mon amendement n° 396 rectifié et me rallier à celui de la commission des finances ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

Mme Chantal Brunel. Bravo !

M. Roland Muzeau. Si ce n'est pas de la courtoisie... (*Sourires.*)

Mme la présidente. M. Le Guen est de très bonne humeur ce matin ! (*Sourires.*)

L'amendement n° 396 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 8 deuxième rectification.

(*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. De toute façon, votre amendement serait tombé, monsieur Le Guen ! (*Sourires.*)

M. Jean-Marie Le Guen. Vous n'étiez pas obligée de le dire, madame la présidente ! (*Rires sur tous les bancs.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 364 rectifié tombe.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

2

**ORDRE DU JOUR
DES PROCHAINES SÉANCES**

Mme la présidente. Cet après-midi, à quinze heures, deuxième séance publique :

Suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, n° 284 :

Rapport, n° 295, de MM. Yves Bur, Jean-Pierre Door, Denis Jacquat et Hervé Féron, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales :

Tome I de M. Yves Bur : Recettes et équilibre général ;

Tome II de M. Jean-Pierre Door : Assurance maladie et accidents du travail ;

Tome III de M. Hervé Féron : Famille ;

Tome IV de M. Denis Jacquat : Assurance vieillesse ;

Tome V de MM. Yves Bur, Jean-Pierre Door, Denis Jacquat et Hervé Féron : Tableau comparatif et amendements non adoptés par la commission.

Avis, n° 303, de Mme Marie-Anne Montchamp, au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du plan.

À vingt et une heures trente, troisième séance publique :

Suite de l'ordre du jour de la deuxième séance.

La séance est levée.

(La séance est levée à douze heures quarante.)

*Le Directeur du service du compte rendu intégral
de l'Assemblée nationale,*

JEAN-PIERRE CARTON