

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

XIII^e Législature

SESSION ORDINAIRE DE 2008-2009

Séances du vendredi 31 octobre 2008



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	6641
2 ^e séance	6671
3 ^e séance	6711

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2008-2009

43^e séance

Compte rendu intégral

1^{re} séance du vendredi 31 octobre 2008

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



SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE MME DANIÈLE HOFFMANN-RISPAL

1. Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 (n° 1157) (p. 6643)

Après l'article 31 (*amendements précédemment réservés*) (p. 6643)

Amendements n° 716, 458.

Article 32 (*précédemment réservé*) (p. 6645)

Amendements n° 86, 87 deuxième rectification, 632, 633 rectifié.

Après l'article 32 (*amendements précédemment réservés*) (p. 6647)

Amendements identiques n° 230 et 356.

Article 33 (*précédemment réservé*) (p. 6647)

M. Jean-Luc Prével, Mme Catherine Génisson, M. Gérard Bapt, Mme Marisol Touraine, MM. Roland Muzeau, Jean-Pierre Door, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales pour l'assurance maladie et les accidents du travail, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative.

Après l'article 33 (*amendement précédemment réservé*) (p. 6650)

Amendement n° 88.

Article 34 (*précédemment réservé*) (p. 6650)

Amendements identiques n° 231, 340, 445.

Amendements n° 232, 36, 466, 341, 233, 467.

Après l'article 34 (*amendements précédemment réservés*) (p. 6653)

Amendement n° 37 rectifié.

Amendements identiques n° 38, 470, 481.

Amendements identiques n° 39 et 472 rectifié.

Article 35 (*précédemment réservé*) (p. 6655)

M. Jean-Luc Prével, Mmes Marisol Touraine, Catherine Génisson, la ministre de la santé.

Amendements n° 636 et 91.

Après l'article 35 (*amendements précédemment réservés*) (p. 6657)

Amendements n° 720 avec les sous-amendements n° 770, 771 et 772.

Amendements n° 92, 93 rectifié, 358.

Article 36 (*précédemment réservé*) (p. 6659)

M. Jean-Luc Prével.

Amendements n° 235, 478, 94 rectifié, 373, 236, 252, 237, 634, 238, 479, 686 rectifié, 95.

Article 37 (*précédemment réservé*) (p. 6660)

Amendement n° 687.

Après l'article 37 (*amendements précédemment réservés*) (p. 6661)

Amendement n° 96 rectifié avec le sous-amendement n° 774.

Amendements n° 635, 239, 240, 526.

Article 38 (*précédemment réservé*) (p. 6662)

MM. Jean Mallot, Gérard Bapt.

Amendement n° 688.

Après l'article 38 (*amendement précédemment réservé*) (p. 6663)

Amendement n° 33.

Article 40 (p. 6665)

Amendements identiques n° 343 et 529.

Amendements identiques n° 100 et 471.

Amendements n° 376, 482.

Amendements identiques n° 483 et 530.

Amendement n° 344.

Amendements identiques n° 484 et 531.

Amendement n° 101.

Après l'article 40 (p. 6666)

Amendements n° 102 rectifié et 690.

Article 41 (p. 6667)

Amendements n° 691, 431, 692.

Article 42 (p. 6667)

Amendements identiques n° 251 et 432.

Après l'article 42 (p. 6667)

Amendements n° 612 et 104.

Article 43 (p. 6668)

M. Bernard Cazeneuve.

Amendements identiques n° 346 et 533.

Amendement n° 105.

2. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 6669)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE MME DANIELLE HOFFMAN-RISPAL

vice-présidente

Mme la présidente. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à neuf heures trente.)

1

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2009

Mme la présidente. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 (n^{os} 1157, 1211, 1212).

QUATRIÈME PARTIE (SUITE)

Mme la présidente. Hier soir, l'Assemblée a poursuivi l'examen des articles, s'arrêtant à l'amendement n^o 716, portant article additionnel après l'article 31, précédemment réservé.

Après l'article 31 (amendements précédemment réservés)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n^o 716.

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.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Madame la présidente, madame la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, mes chers collègues, il s'agit d'un amendement un peu technique. L'assurance maladie et les chirurgiens dentistes ont signé une convention prévoyant une revalorisation des honoraires de ces praticiens en contrepartie d'une modification dans la prise en charge de leurs cotisations, mais le Conseil d'État a en partie cassé cette convention. Cet amendement envisage de compenser cette perte en chargeant le directeur général de l'UNCAM de fixer par décision unilatérale les modalités de prise en charge des cotisations. Cette récupération n'excéderait pas dix douzièmes des 137 millions d'euros concernés. Elle rétablirait l'équilibre financier entre les partenaires, chirurgiens dentistes et caisse d'assurance maladie, et éviterait que celle-ci subisse des pertes financières. Cette mesure serait transitoire, ne portant que sur une seule année.

L'amendement prévoit également une discussion avec les organisations syndicales, pour que, à l'avenir, la gestion soit beaucoup plus équilibrée.

Mme la présidente. La parole est à Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, pour donner l'avis du Gouvernement sur l'amendement n^o 716.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Favorable.

(L'amendement n^o 716 est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n^o 458.

La parole est à M. Jean Mallot.

M. Jean Mallot. Nous demandons qu'un rapport sur l'évaluation de l'application de l'article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 soit présenté au Parlement avant le 30 septembre 2009. Tout le monde s'en souvient, l'an dernier, la mesure phare du Gouvernement était le dispositif dit « de franchises médicales » – que nous appelons plutôt « de taxation des malades », puisque ce sont les malades qui paient pour les malades, en contradiction avec les grands principes des lois de 1945-1946 instaurant la sécurité sociale. Il est nécessaire d'en faire aujourd'hui l'évaluation. Certes, comme nous le craignons, ce dispositif n'aura pas rétabli l'équilibre des comptes, mais, surtout, il aura rendu plus difficile l'accès aux soins pour un grand nombre de Français qui, du fait même de la charge financière qu'il implique, ont moins souvent recours aux soins de premier recours ou aux médicaments, en particulier. De ce point de vue, les populations fragiles sont les plus touchées. Nous souhaitons donc qu'un rapport clarifie la situation. Nous serions heureux qu'il démontre que nous nous sommes trompés : hélas, nous redoutons que ce ne soit pas le cas.

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 est défavorable à cet amendement. Un rapport de la direction de la sécurité sociale à la Commission des comptes confirme le fléchage et l'impact des franchises, comme cela avait été demandé l'an dernier par les parlementaires. Même si ce document arrive un peu tard, il figure dans les annexes du PLFSS.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je suis défavorable à l'amendement.

Je l'ai annoncé au cours de la discussion générale, le rapport sur les franchises doit vous être communiqué dans quelques jours. Nous n'avons constaté aucun renoncement aux soins : 17 millions de nos concitoyens – les plus fragiles – sont exonérés de cet effort, qui se limite à 50 euros par an, soit 4 euros par mois. En outre, ces franchises ont été assorties d'un mécanisme d'écrêtement annuel et journalier. La progression de la consommation de médicaments et des actes est exactement ce qu'elle était dans les périodes de référence comparables de 2007.

Le rapport vous éclairera, outre sur le mécanisme d'application des franchises, sur leur utilisation – je rappelle qu'elles sont destinées à financer les priorités de santé publique définies par le Président de la République: Alzheimer, cancer et soins palliatifs.

Mme la présidente. La parole est à Mme Aurélie Filippetti.

Mme Aurélie Filippetti. Nous avons déposé un amendement visant à exonérer de franchises médicales les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles, qui sont souvent dans une situation économique et personnelle extrêmement douloureuse et qui ne sont responsables ni des maladies qu'elles ont contractées ni des accidents survenus dans l'exercice de leur profession. Nous regrettons que cet amendement ait été déclaré irrecevable au titre de l'article 40.

M. Denis Jacquat, *rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales pour l'assurance vieillesse.* C'est votre ami M. Migaud qui l'a déclaré irrecevable! Il a très clairement expliqué pourquoi.

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Bapt.

M. Gérard Bapt. Le président de la commission des finances, notre ami M. Migaud, a en effet donné des explications très claires à ce propos, mais Mme Filippetti a néanmoins le droit de regretter que cet amendement ne soit pas examiné. Le règlement de l'Assemblée nationale le veut ainsi, mais, vous le savez, il en aurait été tout autrement au Sénat.

L'amendement n° 458 aborde ce problème sous un autre angle, car, sur ce sujet, madame la ministre, nous ne partageons pas votre sérénité.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* Je n'ai aucune sérénité!

M. Gérard Bapt. Moi qui, de bon matin, pensais vous faire un compliment! Comment dois-je donc dire? Nous ne partageons pas votre « empressément »?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* C'est de la vigilance objective!

M. Gérard Bapt. Eh bien, je regrette que votre « vigilance objective » vous conduise à prétendre qu'on ne constate pas de renoncement aux soins. J'ai ici le numéro exceptionnel de *Convergence*, la revue du Secours populaire, « Alerte pauvreté » sur la santé. Nous avons tous, dans nos départements, des équipes du Secours populaire, mais elles ne sont pas les seules à travailler: il y a le Secours catholique, les Banques alimentaires, les Restaurants du cœur. De tous côtés, on nous signale des problèmes d'accès aux soins, confirmés par les sondages, notamment celui réalisé par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé.

On nous dit que l'optique et le dentaire pèsent lourd dans la balance. On peut toujours discuter les chiffres ou l'échantillonnage du sondage du Secours populaire, mais il est intéressant de voir à quels types de soins les gens renoncent pour des raisons de coût. Certes, dans 31 % des cas, on nous dit qu'il s'agit de l'achat de prothèses dentaires: on sait ce que cela coûte, mais, quand elles sont nécessaires, le prix ne devrait pas être un obstacle. L'achat de lunettes ou de lentilles de contact est mentionné par 29 % des personnes interrogées. Mais, en troisième position, on trouve une consultation chez un spécialiste – 24 % –, puis une consultation chez un dentiste – 23 % –, une consultation chez un ophtalmologiste – 19 % –, l'achat de médicaments – 18 %...

M. Yves Bur, *rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales pour les recettes et l'équilibre général.* On a compris!

M. Gérard Bapt. Vous trouvez que l'énumération est fastidieuse, monsieur Bur? C'est que ces questions sont prioritaires. Pendant longtemps, nous vous avons alertés sur les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire: vous avez répondu que nous exagérons, que cela n'existait pas, jusqu'à ce que le Fonds CMU publie lui-même ces statistiques. Pendant longtemps, vous avez minimisé le phénomène des dépassements d'honoraires, jusqu'à ce que l'IGAS, il y a deux ans, communique des chiffres en démontrant l'ampleur. Aujourd'hui, cette inégalité d'accès est extrêmement cruelle pour un nombre grandissant de familles.

Vous dites que vous allez pouvoir répondre à notre préoccupation. Je m'en félicite, mais nous continuerons de mener ce combat, car, pour les socialistes, il s'agit d'une préoccupation quotidienne.

Mme la présidente. La parole est à M. Roland Muzeau.

M. Roland Muzeau. Comme viennent de le dire mes collègues, l'opinion publique condamne unanimement les franchises médicales. Cette mesure est néfaste pour l'accès aux soins. Certes, aujourd'hui, nous ne pouvons nous appuyer que sur des sondages. Sur les bancs de la majorité, ceux-ci sont souvent utilisés pour montrer que les Français approuvent telle ou telle mesure, mais il n'est pas moins de bonne méthode que nous les citions, puisque c'est tout ce dont nous disposons à l'heure actuelle. Or ils prouvent que, dans certaines disciplines, la cherté de l'accès aux soins représente un gros problème pour les populations les plus modestes. Près de quatre Français sur dix ont déjà renoncé à un soin ou l'ont retardé faute de moyens, rapportait un sondage en septembre dernier. À la même époque, *Le Figaro* – qu'on ne peut soupçonner de partialité, puisque c'est le journal de la majorité – considère que « les franchises ont été pour beaucoup dans ce changement et près d'une personne sur cinq avoue avoir modifié sa consommation depuis leur mise en place ». C'est d'autant plus vrai pour les personnes aux revenus modestes, comme le prouve l'enquête IPSOS réalisée pour le Secours populaire et à laquelle faisait allusion notre collègue Bapt. Tous ces chiffres sont irréfutables.

Un autre problème n'a pas pu être abordé dans le débat: l'application des franchises médicales aux victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* Nous y viendrons à propos d'un autre article.

M. Roland Muzeau. Le problème des franchises doit être traité globalement, afin de bien appréhender la situation.

Dans la logique du Gouvernement, ces franchises devaient permettre de financer le plan Alzheimer et le plan cancer sans réduire l'accès aux soins. Nous le contestons, et les sondages nous donnent raison.

D'autre part, vous prétendez que les franchises médicales responsabilisent les patients. En quoi les salariés peuvent-ils être responsables des accidents du travail ou des maladies professionnelles – un cancer, par exemple – dont ils sont victimes?

M. Jean Mallot. Peut-être devraient-ils être plus prudents?

M. Roland Muzeau. Tout cela n'a aucun sens.

M. le rapporteur défend le fléchage budgétaire, qui n'est pas remis en question. Soit: je ne doute pas que les recettes recueillies grâce aux franchises médicales soient affectées à

tel ou tel fonds, qu'il s'agisse du cancer ou de la maladie d'Alzheimer – vous nous expliquerez cela dans un prochain rapport.

La question qui nous préoccupe est tout autre. Le rapport que nous annonce Mme la ministre constaterait qu'il n'y a pas eu renoncement aux soins. Or, le propos de M. Door est plus nuancé : on verra, nous dit-il. Et, en tout état de cause, toutes les enquêtes font état, sinon d'un renoncement aux soins, en tous cas d'un retardement.

Je voterai donc avec plaisir en faveur de l'amendement de nos collègues socialistes, qui montre que les franchises médicales n'ont rien changé, bien au contraire, puisqu'il se confirme que nos craintes étaient hélas justifiées.

(L'amendement n° 458 n'est pas adopté.)

Article 32

Mme la présidente. Je suis saisie de quatre amendements, n^{os} 86, 87, deuxième rectification, 632 et 633 rectifié, qui peuvent faire l'objet d'une présentation commune.

La parole est à M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Selon les données du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, les dépassements de l'ONDAM de médecine de ville ont atteint quinze milliards d'euros entre 1997, date de la première loi de financement, et 2007, tandis que les dépassements de l'ONDAM hospitalier sont bien plus modestes – de l'ordre de 2,3 milliards pour la même période.

Nous ne pouvons plus nous satisfaire de cette situation. À force de réajustements, nous nous éloignons de la réalité et transférons ces dix-sept milliards d'euros de dépenses courantes à la dette – c'est-à-dire aux générations futures.

C'est pourquoi nous devons veiller à la stricte exécution des ONDAM que nous votons. Nul ne peut plus se satisfaire de savoir à l'avance qu'un ONDAM voté sera dépassé. De deux choses l'une : soit nous intégrons les prévisions de dépassement dans l'ONDAM voté, soit nous tentons d'ajuster les dépenses à l'ONDAM.

Je propose donc un amendement n° 87, deuxième rectification, tendant à mieux mesurer l'impact des dispositifs de correction de l'ONDAM. Pour 2008, nous savons déjà que l'ONDAM sera dépassé de 750 millions, et même il n'est pas impossible que ce montant même se trouve dépassé lors de l'établissement des comptes. Dès lors, il est indispensable que le comité d'alerte puisse informer l'assurance maladie de ses recommandations dès la clôture des comptes des caisses pour l'année précédente : ainsi, les mesures de correction pourront être prises dans les meilleurs délais afin que le dépassement constaté n'affecte pas le respect de l'ONDAM pour l'année en cours.

Ensuite, par l'amendement n° 632, je propose de ramener de 0,75 % à 0,5 % le seuil de dépassement de l'ONDAM au-delà duquel se réunit le comité d'alerte.

Enfin, l'amendement n° 633 rectifié vise à ramener à un mois le délai de transmission par l'assurance maladie des mesures qu'elle envisage pour permettre à l'ONDAM en exécution de demeurer conforme à l'objectif voté. Dans le même ordre d'idées, l'amendement n° 86 tend à mieux mesurer les effets à moyen terme de ces mesures, notamment sur l'année suivant celle de l'exécution en cours.

Nous souhaitons tous, madame la ministre, que la réalité soit aussi conforme que possible à l'objectif de dépenses que nous votons. L'expérience accumulée depuis treize ans nous permet aujourd'hui de mener une action crédible en la matière.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Avis favorable aux amendements n^{os} 86, 87, deuxième rectification et 633 rectifié, mais défavorable à l'amendement n° 632, qui tend à ramener le seuil de déclenchement du comité d'alerte à 0,5 % de dépassement. En effet, un tel seuil équivaut à la marge d'incertitude qu'il faut conserver. Ainsi, lors de la réunion de juin dernier, les estimations de dépassement oscillaient entre 500 et 900 millions. Or, une différence de 400 millions représente tout de même 0,3 % de dépassement ! Si j'accepte vos autres amendements, je préfère donc maintenir à 0,75 % ce seuil de déclenchement.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Door, 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 des affaires sociales a accepté l'amendement n° 86, qui vise à améliorer le suivi des mesures de correction et à évaluer leur impact en année pleine.

Elle a également accepté l'amendement n° 87, deuxième rectification, qui confie au comité d'alerte l'analyse des conditions d'exécution de l'ONDAM pour l'année précédente et leur impact sur l'année en cours.

En revanche, elle a, comme le Gouvernement, émis un avis défavorable à l'amendement n° 632, car abaisser le taux à 0,5 % permettrait de déclencher le comité trop vite, à la moindre épidémie survenue en début d'année par exemple.

Enfin, la commission a accepté l'amendement n° 633 rectifié, puisqu'il améliore l'efficacité de la procédure d'alerte.

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

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Je retire l'amendement n° 632.

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

M. Jean-Luc Prével. Je rends hommage à la persévérance de M. Bur, toujours soucieux de faire respecter l'ONDAM et d'améliorer notre estimation de l'impact des dépenses sur nos finances publiques.

Au fond, c'est la construction même de l'ONDAM qui est au cœur du problème. Chaque année, cet objectif essentiellement économique est présenté comme réaliste, alors que chacun sait qu'il ne sera pas respecté – *a fortiori* lorsque son augmentation est fixée à moins de 2 % !

Il y a quelques années, M. Coulomb avait rédigé un excellent rapport qui prônait la médicalisation de l'ONDAM. En effet, tant qu'il ne sera pas bâti sur des données médicales réalistes, cet objectif aura peu de chances d'être respecté.

D'autre part, nous sommes plusieurs à réclamer la création d'une loi de financement rectificative – comme il y en a pour la loi de finances – afin de corriger en cours d'année les mésévaluations initiales. M. Bur y est-il opposé ?

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Bapt.

M. Gérard Bapt. Le respect de l'ONDAM est essentiel.

M. Jean Mallot. Voilà le cœur du débat !

M. Gérard Bapt. Dès lors, cet article est judicieux, puisqu'il prévoit que l'Union nationale des caisses d'assurance maladie transmette au Gouvernement et au Parlement le bilan des mesures précédemment adoptées.

Cela étant, le problème des dérapages persiste. À cet égard, ne conviendrait-il pas de distinguer entre un ONDAM hospitalier public et un autre, privé? Aujourd'hui en effet, l'hôpital est souvent montré du doigt et blâmé comme responsable des dérapages des dépenses de santé. Pourtant, le plus beau succès en matière de maîtrise médicalisée est bien celui de l'hôpital public qui, en 2006 et 2007, a respecté les objectifs nationaux.

M. Philippe Vitel. Enfin!

M. Gérard Bapt. Hélas, dans le même temps, les déficits se sont aggravés. Si le fonds de modernisation des équipements publics est aujourd'hui si peu sollicité, c'est parce que les capacités d'autofinancement des hôpitaux publics s'érodent. Mon inquiétude s'aggrave à voir comment les milliards d'euros affichés au titre du plan « Hôpital 2000 » – répartis pour moitié entre autofinancement et subventions – pourraient ne pas être utilisés, alors que les besoins d'investissements sont criants et risquent, pour les communautés hospitalières territoriales, de croître davantage avec le texte de loi que nous présentera bientôt Mme la ministre.

Voilà qui nous ramène au problème de la convergence tarifaire et de la répartition des missions entre hôpitaux. Les cas pathologiques les plus lourds et les polyopathologies sont traités en grande majorité dans les hôpitaux publics.

M. Philippe Vitel. C'est faux!

M. Gérard Bapt. Non: je vous renvoie au rapport de l'agence technique d'information sur l'hospitalisation, ou ATIH, dont nous votons les crédits de fonctionnement en loi de finances. Vous y lirez que les hôpitaux soignent toutes les pathologies et qu'ils effectuent 80 % de leur activité en traitant deux fois plus de pathologies différentes que les cliniques commerciales. En outre, les cinquante groupes de pathologies les plus légères sont pris en charge à 70 % par ces cliniques, alors que les cinquante groupes de pathologies les plus lourdes sont traités à même hauteur par les hôpitaux publics.

M. Philippe Vitel. Vous parlez du nombre de lits!

M. Gérard Bapt. Cette classification dite V11 montre bien que les hôpitaux publics se chargent de la majorité des cas les plus sérieux.

À côté des MIGAC, il y a aussi le débat sur la T2A et sur la convergence. Au cours des deux dernières années, les crédits ont été en général transférés du secteur public vers le secteur privé...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. C'est faux!

M. Gérard Bapt. Ne dites pas que c'est faux, madame la ministre! Cela figure dans les comptes que M. Woerth nous a donnés hier. Je peux même vous citer les chiffres, qui ont été confirmés par la Cour des comptes.

J'y reviendrai plus tard, mais ce sont les chiffres que vous nous avez donnés...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Non!

M. Gérard Bapt....et vous dites qu'ils sont faux!

M. Philippe Vitel. C'est votre analyse, et les conclusions que vous tirez de ces chiffres, qui sont fausses!

Mme la présidente. La parole est à M. Roland Muzeau.

M. Roland Muzeau. Si les rapports officiels sont erronés, je me demande pourquoi vous venez d'en voter un!

Je reviens à l'amendement de notre collègue Yves Bur. Qu'il faille savoir, et le plus tôt possible, quand les choses dérapent, cela va de soi. Qui pourrait aller contre? Cependant, votre exposé des motifs, monsieur Bur, dit autre chose: il indique que les caisses nationales d'assurance maladie doivent proposer des mesures dans un délai suffisamment bref pour exercer un effet suffisant sur l'ONDAM de l'année en cours. Mais c'est comme sur un bateau: avant qu'il puisse s'arrêter, il lui faut un certain laps de temps. La solution que vous préconisez pour faire rentrer les dépenses dans un ONDAM décidé l'année précédente est illusoire.

Plus sérieusement, il est nécessaire de fixer un ONDAM qui soit crédible tant pour les soins de ville que pour l'hôpital, comme l'a dit Gérard Bapt. Je rappelle également que les décisions gouvernementales prises en cours d'année sans aucune concertation font exploser l'ONDAM. Quand le Gouvernement, pour diverses raisons, à la veille d'élections par exemple, augmente la rémunération des généralistes, cela entre dans l'ONDAM. De la même façon, si les spécialistes bénéficient d'une telle mesure, on en retrouve les effets dans l'ONDAM. Cela étant, je ne dis pas qu'il est anormal de modifier ces rémunérations à la hausse.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. C'est pour cela qu'il y a des stabilisateurs automatiques!

M. Roland Muzeau. Certes. Mais les conseils d'administration des caisses se plaignent d'un manque de concertation. Il est donc nécessaire de fixer en amont un ONDAM réaliste par rapport aux dépenses et aux décisions à venir.

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Puisque M. Muzeau aime tant les rapports officiels, je vais lui citer celui de l'IGAS!

Dans son rapport sur la convergence tarifaire, l'inspection générale des affaires sociales a estimé qu'en 2006, après pondération, les tarifs du privé étaient inférieurs de 41 % à ceux du public.

Mme Catherine Génisson. Ce n'est pas vrai!

M. Dominique Tian. Pour que les deux secteurs soient comparables, l'IGAS a pris en compte les honoraires des praticiens, le coefficient de haute technicité dans le privé et les séjours extrêmes. Il y aurait alors un écart important, de 37 %, avec la structure d'activité du public.

Si vous voulez des rapports, monsieur Muzeau, lisez donc celui de l'IGAS, il est édifiant!

C'est pour ces raisons que nous nous battons pour la convergence des tarifs.

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

Mme Catherine Génisson. S'agissant du taux d'ONDAM dans le secteur hospitalier ou dans le secteur libéral, nous nous interrogeons sur la façon dont il sera respecté, mais aussi financé.

Nous avons beaucoup contesté la mise en place des franchises médicales. Nous aimerions d'ailleurs avoir un rapport sur ce sujet...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Vous l'avez!

Mme Catherine Génisson. Non, madame la ministre! Mais nous n'allons pas polémiquer sur cette question.

Les franchises médicales devant rapporter près de 800 millions d'euros, l'ONDAM serait plus proche de 4 % que de 3,3 %. Et ce, avant la crise majeure que nous connaissons aujourd'hui, ce qui fait que notre débat sur ce budget est suspendu à une part d'inconnu.

S'agissant de la convergence des tarifs, le sujet est très complexe. En l'occurrence, madame la ministre, vous nous avez communiqué un rapport passionnant sur la convergence tarifaire intersectorielle, qui montre bien cette extrême complexité. Le rapport de l'IGAS indique que, lorsqu'on intègre toutes les données financières, tant en ce qui concerne le public que le privé, et notamment le sujet des honoraires et des dépassements d'honoraires, l'écart facial n'est pas de 103 %, mais de 25 %.

Je reconnais votre volonté d'aller plus loin dans l'analyse de cet écart et d'en trouver les raisons, concernant notamment la question de la permanence des soins, dont le coût est très élevé. Ce sujet est intégré dans les MIGAC, mais il doit pouvoir l'être également dans la tarification à l'activité. Le sujet de la sévérité des pathologies est pris en charge et, madame la ministre, vous avez amélioré qualitativement le traitement de la tarification à l'activité, grâce à une série de mesures permettant d'apprécier la précarité, évaluée selon quatre niveaux – c'est la classification dite V 11. Il y a aussi le sujet de l'activité programmée ou non programmée, sachant que, bien évidemment, la seconde a un impact important sur le coût de la prise en charge des pathologies. Le fait de réduire le nombre de prises en charge par le biais de groupes homogènes de malades permet d'avoir des coûts inférieurs, et c'est ce qui se passe souvent dans l'hospitalisation privée...

M. Philippe Vitel. Tant mieux !

Mme Catherine Génisson. Tout le monde n'a pas la même pathologie, monsieur Vitel ! Il faut bien prendre en charge tous les patients !

Ce procédé a un impact important sur la tarification.

Nous reviendrons sans doute sur ces sujets importants lorsque nous débattrons de la tarification à l'activité. Madame la ministre, je vous rends hommage pour votre analyse qualitative et quantitative concernant la difficulté de mettre en place une convergence intersectorielle. Nous regrettons toutefois que les outils de méthodologie, certes difficiles à définir, soient mis en place un peu trop tard. Si nous étions mieux informés, nos débats seraient sans doute plus sereins.

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Vitel.

M. Philippe Vitel. Cessons d'opposer les secteurs privé et public !

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

M. Philippe Vitel. Nous sommes là pour trouver, grâce à la convergence, des complémentarités.

Ce que vous dites vaut pour certains endroits du territoire, mais pas partout. Nous ne sommes dans un système homogène et c'est l'extension de la tarification à l'activité au système hospitalier dans sa globalité qui nous permettra d'établir une comparaison. La prochaine loi et la mise en place des ARS nous aideront grandement à atteindre cet objectif. Aujourd'hui, nous ne pouvons pas faire de comparaison, parce que, sur le terrain, la situation diffère, d'une région ou d'un département à l'autre.

En revanche, et j'y insiste, il nous faut aujourd'hui une convergence intelligente. Le privé n'exercera plus dans certains secteurs qui ne sont plus rentables. Mais si ces

secteurs passent dans le public, le prix sera immédiatement multiplié par quatre. Il faut donc reconsidérer la valeur de ces actes, pour qu'ils restent dans le secteur où ils reviennent le moins cher à la collectivité. Voilà ce que j'appelle la convergence intelligente, et c'est ce vers quoi nous devons tous aller.

M. Gérard Bapt. Oui, mais intelligemment !

(L'amendement n° 86 est adopté.)

(L'amendement n° 87, deuxième rectification, est adopté.)

(L'amendement n° 633 rectifié est adopté.)

(L'article 32, amendé, est adopté.)

Après l'article 32 (amendements précédemment réservés)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n° 230 et 356.

La parole est à M. Jean-Luc Prével, pour soutenir l'amendement n° 230.

M. Jean-Luc Prével. Dans les établissements privés, les médecins sont rémunérés à l'acte. Or ce paiement à l'acte des médecins libéraux ne s'avère pas toujours adapté pour répondre à certains besoins, comme la continuité des soins.

Cet amendement vise à ce qu'il puisse y être dérogé dans les cas où cela s'avérerait indispensable.

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 356.

M. Dominique Tian. Il est défendu.

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

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

Il y a un changement radical de système dès lors qu'il s'agit de pratiquer une médecine libérale à l'intérieur d'établissements privés. On n'en mesure pas toutes les conséquences. Aussi, avant de s'engager dans cette voie, il faudrait mener une réflexion plus approfondie. Ce simple amendement ne suffit pas à résoudre le problème.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Dans l'état actuel, le dispositif MIGAC répond mieux aux difficultés soulevées, à juste titre, par les auteurs des amendements.

(Les amendements identiques n° 230 et 356 ne sont pas adoptés.)

Article 33 (précédemment réservé)

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Luc Prével, inscrit sur l'article 33.

M. Jean-Luc Prével. Cet article traite de la rémunération des enseignements de médecine générale.

Il n'a pas été aisé d'organiser cette filière. Elle est pourtant indispensable, puisque les futurs médecins de médecine générale ont toujours été formés dans les hôpitaux, et donc, n'avaient ni connaissance ni accès à la médecine ambulatoire telle qu'ils la pratiqueraient.

Peu à peu, sont créés des postes de chefs de clinique assurant la formation des futurs médecins à la médecine générale, mais aussi à la pratique des soins de ville, puisqu'ils assurent l'encadrement en la matière à leur cabinet. Ces postes sont encore en nombre limité, mais la montée en charge se poursuit.

Cet article prévoit la rémunération des enseignants de médecine générale de manière à compenser la perte de revenu liée à l'enseignement. Des postes devraient être créés, à raison d'un par an et par université, me semble-t-il – Mme la ministre nous donnera peut-être quelques informations à ce sujet.

Je voudrais l'interroger sur la mise en œuvre du stage de praticien en médecine de ville. Je milite depuis longtemps pour que ces stages, qui sont théoriquement prévus par la loi, deviennent effectifs, car les jeunes formés uniquement à l'hôpital ne connaissent pas cette pratique en ambulatoire. Je milite également pour que le stage soit mixte, à la fois en médecine de ville et en médecine rurale, afin que les étudiants aient connaissance de ces deux modes d'exercice. Encadrés par des maîtres de stage compétents et motivés, ils pourraient ainsi découvrir tout l'intérêt d'exercer en zone rurale.

Qu'en est-il, madame la ministre, de l'organisation effective de ces stages ?

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

Mme Catherine Génisson. Madame la ministre, vous vous êtes beaucoup investie dans ce dossier, et nous étions nombreux à assister aux états généraux sur ce thème, au cours desquels nous vous avons entendue prendre des engagements très forts devant les étudiants en médecine.

On affirme avec force que la médecine générale doit devenir une spécialité à part entière. De même, on a demandé, il y a quelques années, que les urgences soient reconnues en tant que spécialité, et il a fallu pour y parvenir surmonter beaucoup d'obstacles et combattre nombre de conservatismes, ceux-ci provenant bien souvent – il faut le reconnaître – de la faculté. Mais ils étaient le fait aussi des hôpitaux. Pendant longtemps en effet, les crédits, pourtant expressément destinés aux services d'urgence, étaient généralement affectés à d'autres parce que l'on considérait que les urgences étaient des services inférieurs aux autres. La situation s'est plutôt améliorée sur ce point.

Nous devons faire montre de la même détermination politique s'agissant de la médecine générale. Nous sommes, en effet, parfaitement informés sur les perspectives démographiques extrêmement sombres, rappelées lors de précédents débats, qui menacent l'accès aux soins ; nous savons aussi que peu d'étudiants choisissent aujourd'hui la spécialité de médecine générale. Nous devons reconnaître qu'il n'y a toujours pas, à l'heure actuelle, de titulaires universitaires de médecine générale. Les bruits relatifs à la rentrée 2009, en la matière, ne nous rassurent pas. Il semblerait, en effet, que l'on ne comptera, alors, que sept professeurs de médecine générale pour trente-cinq facultés en France. S'il n'y a pas au moins une chaire par faculté, cette mesure sera d'autant plus difficile à appliquer. Nous devons donc parvenir, dans les trois ou quatre années à venir, à nommer au moins un professeur de médecine générale par faculté.

Dans le même temps, alors que le nombre d'étudiants croît en raison de l'augmentation mécanique du *numerus clausus*, le nombre d'enseignants associés, qui était déjà très bas, n'est même pas accru à proportion de cette augmentation. Les

vingt postes nouveaux de maîtres de conférence dont fait état le ministère ne correspondent, dans les faits, qu'à dix créations, les dix autres postes étant uniquement destinés à des remplacements pour fin de mandat ou démission.

Les enseignants associés sont la cheville ouvrière de l'internat de médecine générale. Ils sont maintenant 130 pour plus de 6 000 internes de troisième cycle et ils doivent faire face, à cette rentrée, à une augmentation de 25 % de effectifs, ce dont on peut d'ailleurs se réjouir. Le ratio enseignants-étudiants, déjà dix fois inférieur à celui des autres disciplines, va encore baisser.

Comment organiser dans ces conditions, madame la ministre, le stage de médecine générale en deuxième cycle ? En effet, pour donner le goût de l'exercice d'une spécialité, il faut qu'elle soit connue très tôt. Si, comme vient de le souligner notre collègue Préel, ces stages étaient effectués en deuxième cycle, en médecine urbaine ou rurale, ils donneraient à nos étudiants, qui se sentent de plus en plus protégés, mais aussi confinés dans l'univers extrêmement médico-technique de l'hôpital, le goût de pratiquer cette très belle spécialité. Il est donc essentiel que ces enseignants associés soient reconnus à leur juste valeur, car l'enseignement sur le terrain a un coût.

Comment également assurer l'encadrement de tous les internes et constituer le jury de validation de leur diplôme spécialisé avec des effectifs aussi pauvres ? Nous demandons donc que soient nommés à des postes d'enseignants associés les trente enseignants supplémentaires reconnus aptes par le Conseil national des universités.

Nous craignons, madame la ministre, que votre détermination demeure sans effets, au vu de l'effort budgétaire minime consenti en faveur d'objectifs tout à fait fondamentaux.

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Bapt.

M. Gérard Bapt. Je serai très bref, parce que Mme Génisson vient, au nom de notre groupe, de dire l'essentiel sur ce point.

Je vous poserai donc seulement une question, madame la ministre. Le Président de la République a été très volontariste le 18 septembre, dans le Jura, s'agissant de la démographie médicale et du traitement des déserts médicaux qui inquiètent de plus en plus les élus locaux, quelle que soit leur appartenance politique. Il a en effet déclaré : « Sans mesure opérationnelle avant la fin de l'année permettant d'accroître l'offre médicale dans les zones déficitaires, c'est l'État qui agira. »

Ce point fait à l'heure actuelle l'objet de négociations conventionnelles. Pouvez-vous nous dire où en sont ces discussions ? Je sais que la question du secteur optionnel et des dépassements d'honoraires a fait l'objet d'un report, mais qu'en est-il du reste ? Serez-vous donc amenée, madame la ministre, comme l'a indiqué M. le Président de la République, à agir au cas où ces négociations échoueraient ou s'éterniseraient ?

Mme la présidente. La parole est à Mme Marisol Touraine.

Mme Marisol Touraine. J'insisterai à mon tour sur la nécessité de donner un contenu concret et plus visible à la loi du 8 février 2008, votée à l'unanimité. Nous considérons, en effet, sur tous ces bancs que la revalorisation de la filière de médecine générale est nécessaire pour notre système hospitalo-universitaire et pour notre système de santé. J'appellerai, à mon tour, votre attention sur les risques que fait courir la pénurie de professionnels de médecine générale. Vous nous aviez assurés, madame la ministre, au cours d'auditions auxquelles a procédé la mission d'information sur l'offre de soins sur le territoire, de votre volonté de trouver des solutions

à ce problème et vous aviez évoqué les obstacles à la nomination de ces professeurs de médecine générale – obstacles dont nous avons parfaitement conscience qu'ils ne sont pas de votre fait. Pour la rentrée qui s'annonce, comme l'a précisé Mme Génisson, le nombre de postes pourvus restera extrêmement insuffisant.

Au-delà de l'aspect strictement universitaire, et comme l'a souligné notre collègue Prével, si nous voulons avancer dans la voie d'une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, cet instrument de la formation des médecins généralistes est évidemment tout à fait essentiel. Cela permettra aux étudiants de prendre conscience que la médecine générale, parce que valorisée par les pouvoirs publics, est une discipline valorisante. Ces étudiants auront également, au cours de leurs études, une meilleure connaissance de la réalité du métier de médecin généraliste libéral. La proposition de valoriser les stages dans les milieux d'exercice, ruraux aussi bien qu'urbains, doit évidemment trouver un prolongement dans le cadre des études de médecine.

Grâce à la présence dans les facultés de professeurs de médecine générale, c'est toute cette filière qui se trouvera revalorisée sur l'ensemble du territoire.

Les études et la nomination de professeurs ne sont pas seules en jeu, il en va également de la répartition des médecins sur notre territoire.

Mme la présidente. La parole est à M. Roland Muzeau.

M. Roland Muzeau. L'organisation de la filière universitaire de médecine générale engagée cette année est une bonne nouvelle. L'enjeu est important pour l'organisation du système médical dans la mesure où en dépend en grande partie le choix que les étudiants feront de cette discipline et où cette création contribue à réduire les inégalités de statut avec les enseignants des autres spécialités.

La loi du 8 février adoptée à l'unanimité de notre Assemblée, ainsi que le décret du 28 juillet, ont jeté des bases législatives et réglementaires pertinentes pour l'organisation de la filière, mais les enseignants de médecine générale attendent toujours les arrêtés et décrets qui doivent compléter cette architecture.

Cependant, l'urgence est d'abord d'accroître les effectifs d'enseignants. En effet, la situation des facultés de médecine sur le terrain est très difficile et a peu évolué. Vous annoncez sept titularisations pour 2009, c'est largement insuffisant... Pour installer concrètement et efficacement la filière universitaire de médecine générale, il est indispensable de disposer d'un titulaire par faculté et donc de créer rapidement des postes afin de ne pas décevoir et de poursuivre de façon dynamique sur la voie ouverte notamment par la loi de février dernier.

Le nombre d'étudiants croissant mécaniquement avec l'augmentation du *numerus clausus*, ce qui est positif, les enseignants demandent que soient rapidement créés au moins vingt postes d'enseignants associés. Ces derniers sont la cheville ouvrière de la formation des internes en médecine générale. Or ils ne sont, à l'heure actuelle, que 130 pour plus de 6 000 internes de troisième cycle, et doivent faire face à une augmentation de 25 % des effectifs, soit un ratio plus de dix fois inférieur à celui des autres disciplines ! Vous annoncez la création de vingt postes de maîtres de conférences, mais sur ces vingt, dix correspondent à de simples remplacements !

Par ailleurs, les crédits nécessaires au financement de cette filière de formation ne sont pas à ce jour débloqués.

Vous le voyez, madame la ministre, des gestes concrets sont encore nécessaires.

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. En tant que rapporteur de la proposition de loi relative aux personnels enseignants de médecine générale, je tiens à remercier Mme la ministre d'avoir intégré cet article dans le PLFSS pour 2009. La proposition de loi a été adoptée à l'unanimité en février et la présente disposition est très attendue par les médecins de médecine générale et par les étudiants, en particulier.

Notre demande tendait, à l'époque, à la création de 200 postes d'enseignants de médecine générale sur le territoire. Sept propositions de professeurs universitaires en médecine générale seront faites – seules seront concernées, dans l'immédiat, les universités interrégions, avant, je le pense, une montée en puissance. De plus, des moyens financiers seront octroyés à ces professeurs pour exercer leur activité d'enseignant.

M. Philippe Vitel. Très bonne nouvelle !

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre de la santé.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je vous remercie, mesdames, messieurs les députés, de vos observations qui prouvent que cette question est fondamentale. L'attractivité de la médecine générale, avec bien entendu d'autres mesures, est une véritable condition de l'accès aux soins. C'est un levier extrêmement important. Je trouve extrêmement constructif que cet article sur la rémunération de la part soin des personnels universitaires de médecine générale, autre condition de l'attractivité, ait entraîné ce débat.

Il est vrai que cette filière de médecine générale a été une de mes priorités. J'y rencontre évidemment, comme certains l'ont noté, des difficultés que nous connaissons tous. Nous poursuivrons d'ailleurs notre action dans le cadre du projet de loi d'organisation qui sera discuté dans quelques semaines.

La médecine générale est maintenant définie dans la loi ; le texte relatif à la filière universitaire a été voté à l'unanimité au mois de février dernier ; les premiers chefs de clinique ont été nommés, le premier recours sera organisé par les professionnels dans le cadre du schéma d'organisation au sein des ARS ; les maisons de santé sont développées et les coopérations entre professionnels de santé facilitées... Il faut le rappeler parce que tout cela vient en résonance.

Une offre de soins de premier recours ne peut évidemment se concevoir sans un solide ancrage universitaire. C'est l'objet du travail que je poursuis avec Valérie Pécresse.

Dès la rentrée 2008-2009, un chef de clinique, au minimum, sera nommé dans chacune des quarante UFR. La commission d'intégration devra être créée avant la fin de l'année afin qu'un enseignant en médecine générale au minimum puisse être titularisé dans chacune des universités interrégions dès 2009.

Nous travaillons, cher Jean-Luc Prével, au recrutement de maîtres de stage, avec les étudiants et les internes en médecine générale, afin que ceux-ci puissent le plus rapidement possible découvrir la pratique de la médecine générale ambulatoire et compléter leur formation sur le terrain durant leur internat. Nous avons d'ailleurs tenu avec les internes une conférence de presse destinée à lancer une vaste campagne de communication.

Mme Catherine Génisson. C'est bien !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* Nous devons motiver l'ensemble des professionnels.

Vous m'avez interrogée sur la façon dont progresse le travail mené avec Valérie Pécresse. Il est vrai que nous avons rencontré un certain nombre de difficultés. Actuellement, les textes réglementaires sont soumis à l'avis des syndicats. La commission dont je vous ai parlé devrait être installée avant la fin de l'année 2008 pour que les mesures annoncées soient effectives.

La négociation conventionnelle est en cours, monsieur Bapt. J'espère qu'elle aboutira avant la fin de l'année 2008. Les questions concernant la démographie médicale sont au cœur de cette négociation. Dans le point d'étape, le 24 juillet, les partenaires conventionnels se sont accordés sur trois priorités : améliorer l'information des professionnels de santé et des internes, faciliter leur installation et créer les conditions d'une solidarité géographique et générationnelle.

Je ne vous cache pas que les dissensions syndicales sont fortes mais j'ai confiance et j'espère que ces discussions permettront de parvenir à une position commune, conforme à l'objectif fixé, à savoir un véritable accès aux soins pour l'ensemble des Français. (« *Très bien !* » sur plusieurs bancs du groupe UMP.)

(L'article 33 est adopté.)

Après l'article 33 (amendement précédemment réservé)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 88 portant article additionnel après l'article 33.

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.* Cet amendement tend à généraliser enfin la télétransmission des feuilles de maladie.

Il y a encore des « trous » dans cette télétransmission. Il convient donc de définir de nouvelles modalités pour assurer plus efficacement le respect de cette obligation, tout en laissant la possibilité de dérogations pour certaines catégories. Je pense par exemple à celles et ceux qui sont en fin de parcours professionnel et n'ont pas de matériel informatique.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* Favorable.

(L'amendement n° 88 est adopté.)

Article 34 (précédemment réservé)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements identiques, n°s 231, 340 et 445, tendant à supprimer l'article 34.

La parole est à M. Jean-Luc Prével, pour défendre l'amendement n° 231.

M. Jean-Luc Prével. Certes, il existe des anomalies concernant les actes en série, notamment ceux qui sont effectués par les kinésithérapeutes, et elles méritent d'être sanctionnées, mais cela ne justifie pas que l'on prenne des mesures restrictives.

Je souhaite plutôt que l'on œuvre à une responsabilisation des professionnels de santé. À un moment où l'on évoque des transferts de tâches, il serait normal de leur donner davantage d'autonomie. On pourrait ainsi élaborer des référentiels validés par la Haute autorité de santé, veiller *a posteriori* à leur respect et, en cas d'anomalie, demander des sanctions ordinaires ou par la CNAM.

Dans le dispositif proposé, il faut un accord préalable dans le cas où le nombre de séances de rééducation serait supérieur au nombre de séances prévu. Le médecin de la caisse qui devra donner son accord le fera-t-il sur dossier, madame la ministre, ou verra-t-il le patient ? Dans quel délai rendra-t-il sa réponse ? Dans cette attente, la rééducation devra-t-elle être interrompue ?

Mme la présidente. La parole est à M. Roland Muzeau, pour défendre l'amendement n° 340.

M. Roland Muzeau. Je défends en même temps l'amendement n° 341.

L'article 34 vise à mettre à la disposition des professionnels des référentiels proposés par l'UNCAM et validés par la Haute autorité de santé, référentiels sur le fondement desquels le service du contrôle médical décidera de la poursuite de la prise en charge des actes médicaux réalisés en série.

Par ailleurs, dans son II, l'article 34 propose que les conditions d'application des six premiers alinéas de l'article L.315-2 du code de la sécurité sociale ne soient plus fixées par décret, mais par décision du collège des directeurs de l'UNCAM.

En prévoyant explicitement le caractère exceptionnel de la poursuite de la prise en charge d'actes réalisés en série et sa subordination à un accord préalable du service du contrôle médical, l'article 34 présente le risque non négligeable de faire supporter aux patients la charge de leur pathologie.

Cette perspective est particulièrement préoccupante en ce qui concerne les actes réalisés en série sur des patients atteints d'une affection de longue durée ou souffrant d'une pathologie résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle – troubles musculo-squelettiques, soins d'un malade de l'amiante par un kiné pratiquant la chiropraxie, orthophonie, etc.

Nous ne contestons pas que de grands écarts existent parfois entre les traitements proposés aux patients pour un même diagnostic, mais notre système de santé dispose déjà de moyens adéquats de sanction individuelle à l'encontre des professionnels peu scrupuleux.

Quoi qu'il en soit, la prise en charge des affections de longue durée nécessitant des actes médicaux en série doit rester la règle et non pas l'exception, sous peine de remettre en question l'un des fondements de notre système de protection du risque maladie.

Par ailleurs, nous avons une préoccupation d'ordre économique.

Le fait que l'UNCAM propose ces référentiels, et la présence, dans l'exposé des motifs, d'une référence à l'efficacité font craindre une maîtrise purement comptable. De même les conditions d'application des premiers alinéas de l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale, notamment de l'alinéa 4, qui institue l'UNCAM en juge et partie.

En corollaire, nous restons réservés, pour ne pas dire inquiets, sur les nouvelles prérogatives économiques confiées à la Haute autorité de santé, qui risquent de prendre le pas sur ses activités scientifiques, ce qui serait fort dommageable et porterait atteinte à sa crédibilité.

Dans l'intérêt des patients, qui ne sont pas tous égaux face à une même pathologie, aussi bien que par respect pour les professionnels de santé qui agissent en vertu d'un code de déontologie, il convient de laisser à ces derniers la libre appréciation du niveau et de la durée de traitement les plus adaptés aux patients qu'ils soignent.

Mme la présidente. La parole est à M. Marc Bernier, pour défendre l'amendement n° 445.

M. Marc Bernier. Je suis sur la même « longueur d'ondes » : je demande moi aussi la suppression de l'article 34.

Le problème concerne essentiellement les professions paramédicales, c'est-à-dire les orthophonistes, les kinésithérapeutes, les orthoptistes.

Dans le cas des bronchiolites, par exemple, ou dans les endroits où les masseurs-kinésithérapeutes sont peu nombreux, il ne paraît pas anormal qu'un certain nombre d'actes soient prescrits en série.

Il me semble donc un peu dangereux que ce soit la Haute autorité de santé qui établisse le référentiel.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Je comprends très mal que l'on veuille supprimer cet article. Il ne s'agit vraiment pas de remettre en cause l'activité professionnelle, que ce soit dans le domaine de la kinésithérapie ou dans d'autres domaines. Il s'agit simplement d'essayer de déterminer, à travers des référentiels élaborés par la Haute autorité de santé, dont c'est la mission, ce qui est indispensable dans un traitement.

Tous les professionnels peuvent exercer leur activité comme ils le souhaitent mais, si l'on doit dépasser les référentiels, il est tout à fait logique d'avoir un accord de médecin à médecin – entre le médecin prescripteur et le médecin-conseil des caisses – comme cela s'est fait dans le temps et comme cela se fait encore parfois dans certains domaines.

L'entente préalable n'est pas un obstacle à l'exercice et à la qualité des soins. Il suffit simplement, et nous le souhaitons tous, de respecter la maîtrise médicalisée des actes médicaux ou paramédicaux de façon à éviter les écarts de ceux qui dépasseraient régulièrement les référentiels.

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. Je ne peux pas accepter l'idée que l'on mette en cause la compétence de la Haute autorité de santé. La création de celle-ci est l'un des grands acquis de la réforme de 2004. Nous avons souhaité cette autorité indépendante. Je n' imagine pas un instant qu'elle décide de référentiels sans associer à ce travail les professionnels de santé, qu'ils soient médecins ou, en l'occurrence, kinésithérapeutes.

Sa fonction est bien d'apprécier ce qui contribue à la qualité des soins, en prenant en compte aussi l'efficacité, et c'est bien la mission que nous lui avons confiée, une mission semblable à celle qu'exercent le NICE en Grande-Bretagne ou l'IQWiG en Allemagne.

Nous sommes sur la bonne voie et nous ne devons pas remettre en cause cette mission.

M. Gérard Bapt. Très bien !

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Il ne faut jamais opposer bien soigner et bien gérer.

Ce dont manquent les médecins prescripteurs pour ces actes en série – et il ne s'agit pas seulement de masso-kinésithérapie – c'est de référentiels fondés sur une appréciation médicale. Qui peut apporter cette appréciation médicale sinon la Haute autorité de santé ?

Ces référentiels sont une aide que nous apportons aux médecins prescripteurs. Il y a actuellement des différences considérables dans les prescriptions. Les référentiels médicalisés correspondent à des pathologies – on pourrait citer le cas de la rééducation après la pose d'une prothèse de hanche – et ils faciliteront les prescriptions. S'ils estiment au cours du traitement que des actes supplémentaires sont nécessaires, les médecins traitants ont tout le temps d'en référer confraternellement au médecin de la caisse.

Ce n'est absolument pas une agression, une mise sous tutelle de la prescription médicale. C'est au contraire une aide que nous apportons.

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

Mme Catherine Génisson. Je ne mets en cause ni l'importance ni l'indépendance de la Haute autorité de santé. Son président a d'ailleurs expliqué, après les propos tenus par le ministre des finances, qu'il était là pour travailler au service d'une prise en charge de qualité. Et quand nous demandons des référentiels, c'est bien cette exigence qui nous guide.

M. Bernier a parlé des bronchiolites : il est indéniable que le traitement par un masseur-kinésithérapeute évite l'hospitalisation des enfants et permet une prise en charge dans le milieu familial qui est de meilleure qualité. Cela étant, s'il faut poursuivre le traitement, l'accord préalable doit pouvoir être obtenu facilement car il y a urgence. On ne peut pas attendre quinze jours.

Cette question du référentiel est pour moi décisive pour une pratique médicale de qualité. Si les bonnes pratiques conduisent forcément à des économies, il ne convient pas, néanmoins, d'aborder le sujet sous cet angle purement comptable, car c'est avant tout l'exigence d'une prise en charge de qualité qui importe. Je fais, en ce qui me concerne, tout à fait confiance à la Haute autorité de santé, et j'aurais même souhaité qu'elle intervienne de son propre chef plutôt que sur proposition de l'UNCAM, car cette dernière procédure me paraît relever d'une approche un peu trop économique et comptable.

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Vitel.

M. Philippe Vitel. Je n'ose penser à l'image que nous donnerions si nous supprimions cet article. Dans le cadre de la réforme de 2004, nous nous sommes battus pour donner une vraie identité à cette Haute autorité. Nous nous sommes ensuite plaints pendant plusieurs années qu'elle ne soit pas à la hauteur de nos attentes et, aujourd'hui que nous manifestons la volonté d'agir dans un cadre totalement ouvert et indépendant et selon une démarche de qualité, nous serions totalement contre-productifs en supprimant l'article.

L'intérêt de celui-ci tient également à l'existence d'un niveau de tolérance. Lorsque ce niveau d'actes est atteint, le service de contrôle médical doit s'interroger. Nous conférons ainsi sa véritable dimension à ce service, qui ne doit pas s'inscrire dans une démarche purement comptable et quanti-

tative, mais savoir aussi apprécier le parcours de soins. S'il y a nécessité de prolonger ceux-ci, c'est peut-être que ce parcours doit être modifié. Tous ceux qui interviennent auprès du patient, que ce soient des médecins ou des professionnels paramédicaux, doivent être concernés; par cet article, ils le sont bel et bien, et travaillent en réseau. Cet article 34 réalise ainsi tout ce que nous attendions depuis bien longtemps.

M. Gérard Bapt. Très bonne intervention !

Mme la présidente. La parole est à M. Patrick Roy.

M. Patrick Roy. Je rejoins Mme la ministre lorsqu'elle rappelle que l'on ne peut opposer « bien gérer » et « bien soigner ». Tout homme politique responsable doit garder cela à l'esprit. Mais votre propos peut signifier que les deux doivent être mis sur le même plan. Or j'ai vraiment le sentiment, après avoir écouté les uns et les autres dans ma circonscription, que l'article va trop loin dans une logique comptable. J'ai ainsi entendu exprimer les plus grandes craintes de la part des victimes de l'amiante, qui s'inquiètent des conséquences d'une application à la lettre de cet article. Si nous pouvions le supprimer ou fortement l'amender, cela rassurerait beaucoup de monde.

Mme la présidente. La parole est à Mme Bérengère Poletti.

Mme Bérengère Poletti. Je voudrais simplement relever un propos de Mme la ministre, que j'approuve tout en souhaitant l'affiner un peu. Elle a dit, avec raison, que l'efficacité des soins n'était pas incompatible avec une maîtrise comptable. Lorsque j'ai été élue députée des Ardennes, en 2002, nous appliquions à l'époque une maîtrise comptable qui avait été voulue par le gouvernement d'avant 2002 et prévoyait un acte global par masseur-kinésithérapeute. Chaque hiver, il fallait monter au créneau auprès des CPAM pour leur expliquer qu'il y avait chez nous moins de kinés qu'ailleurs et que la maîtrise comptable dans les Ardennes n'était pas du tout la même que dans les départements mieux dotés. Heureusement, notre gouvernement est revenu sur cette politique. Lorsque l'on a vécu des événements de ce type et qu'on entend parler de maîtrise comptable, alors que l'on fait partie de ces départements dont la démographie est menacée, on ne peut tout de même qu'être inquiets.

Cela dit, je considère ce qui est proposé comme tout à fait raisonnable, puisqu'il est prévu qu'un référentiel définisse les actes médicalement et que, dans les cas où ce référentiel serait dépassé, une entente préalable soit conclue. Je formule simplement le vœu que cette entente intervienne rapidement dans le processus, parce que certains départements connaissent des tensions sur les effectifs de professionnels pouvant répondre à la demande.

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Bapt.

M. Gérard Bapt. Tout à l'heure, j'ai exprimé mon accord avec M. Vitel, mais je suis également sensible aux préoccupations exprimées par M. Bernier et M. Roy. Mme Montchamp présentera un amendement commun qui pourrait rassurer tout le monde en assouplissant la formulation de façon à pouvoir prendre en compte les cas particuliers, sans préjudice pour les bonnes pratiques. Nous savons très bien que les polyopathologies peuvent conduire, dans le cadre du bon usage des soins, à des indications différentes de celles qui sont retenues pour une pathologie unique.

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Boënnec.

M. Philippe Boënnec. Le rôle de la sécurité sociale est-il de servir d'outil à l'aménagement du territoire, et celui de la politique sanitaire est-il de permettre une offre de soins équitable sur l'ensemble du pays? À mes yeux, l'offre de soins équitable est celle qui tient compte, sur l'ensemble du

territoire, du référentiel, et demander la définition de ce référentiel à la Haute autorité de santé me paraît logique, voire avoir la force de l'évidence.

Je n'oublie pas que la sécurité sociale présente un déficit énorme, et que nous avons même délégué à la CADES des dettes considérables, à la charge des générations futures. Essayer de gérer cela au mieux avec un référentiel pour l'ensemble des Français sur l'ensemble du territoire me paraît être ce qu'il y a de plus équitable – d'autant qu'en cas d'utilité médicale ou paramédicale, il est possible de prolonger la prise en charge. Où est donc le problème? Nous devons d'abord veiller à maîtriser nos dépenses de santé. Je comprends bien que, dans certains territoires ruraux ou suburbains, il puisse y avoir des difficultés, mais elles se traiteront autrement. Je suis défavorable à la suppression de cet article.

Mme la présidente. La parole est à M. Marc Bernier.

M. Marc Bernier. Il est vrai que je suis d'un territoire rural, avec ses particularités. Cependant, suite à ce que j'ai entendu, j'accepte de retirer mon amendement. Je resterai tout de même vigilant sur l'application de cet article, car je connais des exemples sur le terrain qui montrent que nous ne pouvons pas ne pas tenir compte de certains cas particuliers.

(L'amendement n° 445 est retiré.)

(Les amendements identiques n°s 231 et 340 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 232.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Par l'amendement n° 232, de même que par le n° 233, je vous propose de modifier la rédaction de l'article de façon à ce qu'il soit fait mention de « référentiels validés par la Haute autorité ».

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Défavorable. Pour élaborer les référentiels, la Haute autorité de santé consulte les représentants du corps médical. Il s'agit de questions purement scientifiques. Il n'est pas utile d'en rajouter.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Défavorable, pour les raisons excellemment avancées par M. Door.

(L'amendement n° 232 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements, n°s 36 et 466, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme la rapporteure pour avis, pour présenter l'amendement n° 36.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis de la commission des finances, de l'économie générale et du plan. Mes chers collègues, la commission des finances approuve évidemment l'esprit de cet article 34. La compétence éminente de la Haute autorité de santé est garante de la bonne définition du nombre d'actes en série, dans la perspective à la fois de la préservation de nos finances publiques et de l'intérêt des patients.

L'amendement est quasi rédactionnel. L'idée est d'introduire le souci de coller au cas particulier de certains patients. Madame la ministre, j'ai bien entendu ce que vous avez dit, et je souligne donc l'intention « rédactionnelle » de la commission des finances, qui a souhaité humaniser un peu la rédaction de cet article.

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Génisson, pour présenter l'amendement n° 466.

Mme Catherine Génisson. La particularité de la pathologie mais aussi celle du terrain du patient sont des facteurs importants à prendre en considération, de même d'ailleurs que la particularité de l'offre de soins en fonction des territoires. Nous avons les uns et les autres exprimé notre confiance envers la Haute autorité de santé; il est donc important de lui donner les moyens de fonctionner et d'éviter qu'elle ne croule sous les demandes de référentiels. Je répète que c'est l'exigence qualitative de prise en charge qui permettra de réaliser des économies. Je citais tout à l'heure l'exemple des enfants atteints de bronchiolite, très significatif à cet égard.

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 Haute autorité de santé apporte un avis médical pur et simple; il ne s'agit pas du tout de maîtrise comptable. C'est au niveau de la procédure d'accord préalable que les spécificités des pathologies et des patients seront prises en considération. Ces amendements étant donc superfétatoires, la commission y a donné un avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Défavorable. Il est évidemment tenu compte de la pathologie et des caractéristiques du malade. Une entente préalable n'est pas nécessaire lorsque les prescriptions restent dans le cadre du référentiel; on peut toujours prescrire moins d'actes en série pour tenir compte de telle pathologie. La rédaction de l'article étant donc suffisante, je ne souhaite pas, par un miroitement d'amendements, introduire une notion contraire à celle d'évaluation médicale.

(Les amendements n° 36 et 466, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 341.

La parole est à M. Roland Muzeau.

M. Roland Muzeau. Il a été défendu.

(L'amendement n° 341, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 233.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Il a également été défendu.

(L'amendement n° 233, accepté par la commission et le Gouvernement, est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 467.

La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Dans un souci de rigueur aussi bien que de qualité dans la prise en charge des patients, je considère que, compte tenu des nombreuses expériences qui ont été menées pour mettre au point la régulation médicale de la permanence des soins – largement évoquées dans le rapport de Georges Colombier et dans celui de Marc Bernier –, nous devrions pouvoir disposer d'un référentiel adapté aux

demandes des patients en ce domaine. Mon expérience professionnelle m'a amenée à constater une diversité affolante dans les réponses apportées à nos concitoyens affligés des mêmes pathologies ou des mêmes symptômes: la réponse va du simple conseil médical à l'envoi d'une ambulance pour emmener la personne à l'hôpital. La somme des expériences accumulées devrait aboutir à un référentiel, élaboré par la Haute autorité de santé et l'UNCAM, qui permettrait une rationalisation médicalisée des réponses faites à ceux qui demandent des conseils et des soins en situation d'urgence. Cela me semble tout à fait nécessaire. Tel est l'objet de l'amendement.

De plus, satisfaire à cette exigence de qualité serait un facteur d'économies importantes, par exemple dans le cas des personnes âgées en EPHAD: actuellement, lorsqu'elles ont un problème sanitaire, cela se solde par l'envoi d'une ambulance et par leur transfert à l'hôpital où elles passent trois ou quatre heures sur un brancard la nuit... C'est absolument inhumain et complètement inefficace. On doit vraiment faire des efforts pour aboutir à une bien meilleure prise en charge.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Je pense que le dispositif proposé par l'amendement sera un jour nécessaire, mais nous en débattons lors de l'examen du projet de loi « hôpital, patient, santé et territoires » puisque celui-ci traitera de la permanence des soins. C'est pourquoi, madame Génisson, je vous propose de retirer votre amendement, et de le représenter à ce moment-là.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Avis défavorable, non que les motifs invoqués soient invalides, mais parce que l'objectif est déjà satisfait par l'action du Gouvernement et de la Haute autorité de santé.

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Boënnec.

M. Philippe Boënnec. Cet amendement soulève un problème important et intéressant, sur lequel il faudra tout de même que nous nous penchions. Pour avoir rédigé un rapport sur la permanence des soins, j'ai bien vu que c'est le fouillis actuellement, et qu'il va falloir remettre de l'ordre, autant chez les praticiens que chez les patients.

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

Mme Catherine Génisson. Je précise que mon amendement vise aussi à développer la formation et l'information de nos concitoyens en la matière. Pour autant, compte tenu de la proposition de M. le rapporteur, je le retire, et je le représenterai sur le prochain texte.

(L'amendement n° 467 est retiré.)

(L'article 34, amendé, est adopté.)

Après l'article 34 (amendements précédemment réservés)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 37 rectifié.

La parole est à Mme la rapporteure pour avis.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. L'amendement vise à renforcer l'information des patients et du grand public sur les dispositions de la précédente loi de

financement qui permettent aux médecins de conclure directement avec les CPAM des contrats d'amélioration des pratiques. Il faut conforter la diffusion de cette avancée importante.

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 émis un avis favorable car tout ce qui va dans le sens d'une meilleure information est utile, voire nécessaire.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Favorable.

(L'amendement n° 37 rectifié est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisi de trois amendements identiques, n° 38, 470 et 481.

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteure pour avis, pour soutenir l'amendement n° 38.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Cet amendement fait suite à une préconisation de la MECSS. Il a pour objet de rendre plus rigoureuse l'évaluation du service médical rendu des médicaments en complétant les tests existants avec placebo par la réalisation d'un essai clinique avec un comparateur, lorsqu'il existe. Cela permettra de mieux apprécier les effets des médicaments et le service médical rendu par chacun d'entre eux.

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Lemorton, pour soutenir l'amendement n° 470.

Mme Catherine Lemorton. Je vais vous lire le billet d'humeur d'un professeur de pharmaco-vigilance de l'excellent CHU de Toulouse : ...

M. Gérard Bapt. Excellent, en effet !

Mme Catherine Lemorton. ... « Nous apprenons à nos étudiants qu'un essai clinique d'un nouveau médicament doit absolument être comparatif. Encore faut-il choisir le bon médicament comparateur. Nous indiquons qu'en bonne logique, la comparaison doit s'effectuer soit avec le produit de référence dans la pathologie étudiée, soit avec le placebo en l'absence de référence démontrée ou validée. Un bref survol des dossiers cliniques des médicaments les plus récemment mis sur le marché montre à l'évidence l'absence de suivi de ces recommandations de simple logique. Si on comprend bien la position des firmes – absence de prise de risque, résultat de l'essai connu avant même son initiation –, on doit, au contraire, s'interroger sur les décisions des autorités administratives ayant octroyé l'autorisation de mise sur le marché : pensent-elles que de telles AMM, sans comparaisons, soient utiles pour le médecin prescripteur ? Éclairent-elles, facilitent-elles le choix thérapeutique ? Permettent-elles au patient de mieux comprendre son traitement et ses bases rationnelles ? Facilitent-elles les choix et réflexions économiques des acteurs de santé ? »

Pour appuyer le propos de ce professeur, je rappelle qu'une étude de la caisse d'assurance maladie, en 2007, a montré que la croissance du marché du médicament est due, pour 85 %, à des médicaments de moins de trois ans – on peut donc les appeler des innovations thérapeutiques. Mais 50 % de ces médicaments sont des améliorations du service médical rendu de niveau 4 et 5 : ce ne sont donc pas de grandes innovations.

M. Jean Mallot. Très juste !

Mme Catherine Lemorton. C'est pourquoi, pour contribuer à une plus rigoureuse sélectivité des autorisations de mise sur le marché par la commission de l'AFSSAPS, j'espère que l'amendement sera adopté.

M. Jean Mallot. Très bien !

Mme la présidente. L'amendement n° 481 est-il défendu ?

M. Roland Muzeau. Oui, madame la présidente.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur les trois amendements ?

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Le système proposé dans ces amendements serait extrêmement complexe à mettre en œuvre. Il est difficile de modifier le dispositif actuel de mise sur le marché sans travaux approfondis avec les représentants de la pharmacie. Je rappelle, en outre, qu'il existe déjà des études comparatives – essais cliniques contre comparateurs – préalables à l'AMM. Avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je suis, bien entendu, sensible aux argumentations défendues par Mme Montchamp et par Mme Lemorton, mais ces amendements posent un problème de faisabilité : si deux laboratoires commercialisent des molécules innovantes à quelques mois d'intervalle, il sera matériellement impossible au second de fournir un dossier de comparaison avec la molécule présentée par le premier car les essais comparatifs peuvent prendre plusieurs années. Et il en résulterait une injustice car la molécule présentée par le second laboratoire ne pourrait pas, dès lors, être admise au remboursement. De plus, cela limiterait le choix des patients. La commission de transparence a elle-même demandé à disposer de davantage d'études contre comparateurs, et nous poussons dans cette voie au niveau européen. Le Gouvernement se situe bien dans votre logique, ...

M. Jean Mallot. Qu'en est-il concrètement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. ... mais votre demande me paraît actuellement trop systématique, et prématurée. L'avis est donc, en l'état actuel, défavorable.

M. Jean Mallot. Vous pourriez sous-amender, madame la ministre !

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

Mme Catherine Lemorton. Tout d'abord, une rectification ; tout à l'heure, j'ai évoqué la commission d'AMM, alors que c'est la commission de transparence qui apprécie les améliorations de service médical rendu.

J'ajoute que l'amendement fait suite à mon rapport d'information, publié le 30 avril dernier, sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments, qui a été approuvé à l'unanimité par les membres de la MECSS. Je suis donc fort étonnée qu'il fasse l'objet de deux avis défavorables.

De plus, vous dites, madame la ministre, que mon amendement serait prématuré. Mais il n'y a rien de prématuré dans cette affaire! Cela fait tout de même des années qu'un médicament dit « nouveau » devrait être évalué avec un comparateur, quand celui-ci existe, et non pas par rapport à un placebo! Si une nouvelle molécule est comparée, en test, avec un placebo, elle a de fortes chances d'avoir plus d'efficacité que rien du tout. Votre remarque m'étonne d'autant plus que vous avez pris mercredi, après la discussion générale, l'exemple des inhibiteurs de l'enzyme de conversion et des sartans dans le traitement de l'hypertension artérielle. Mais si ces essais avaient été menés correctement lors de la sortie des sartans, il est évident que les médecins auraient disposé de référentiels « hiérarchiques » pour mieux prescrire en cas d'hypertension. Le rejet de cet amendement serait regrettable.

(Les amendements identiques n^{os} 38, 470 et 481 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n^{os} 39 et 472 rectifié.

La parole est à Mme la rapporteure pour avis, pour défendre l'amendement n^o 39.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Il s'agit de clarifier, pour le public, l'efficacité des médicaments en les hiérarchisant en fonction de leur service médical rendu. Rendre publique une telle hiérarchisation est apparu à la commission des finances comme une avancée intéressante.

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Lemorton, pour défendre l'amendement n^o 472 rectifié.

Mme Catherine Lemorton. L'amendement répond à un vœu de M. Woerth, ministre du budget qui, dans *Les Échos* du 21 octobre, disait que le travail de la Haute autorité de santé allait beaucoup trop lentement pour ce qui est de la hiérarchisation des améliorations de service médical rendu.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Il est vrai que la MECSS avait validé ce que proposent les deux amendements. Mais la Haute autorité de santé publie déjà la liste des médicaments en précisant pour chacun l'ASMR. Il me semble donc que votre demande est déjà satisfaite. Établir une liste hiérarchisée reviendrait à établir une sorte de Top 50. Dans l'immédiat, la commission – pas la mission dont je fais aussi partie, je le précise – a donné un avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Défavorable, car ce classement ne me paraît vraiment pas pertinent. Que va-t-il se passer si nous publions de tels classements? Sera systématiquement choisi le médicament dont le service médical rendu sera le plus élevé. Or pour une pathologie donnée, ce n'est pas forcément un critère pertinent. On peut très bien traiter de façon tout à fait intéressante une hypertension avec un produit qui n'est pas forcément dans le top du service médical rendu. Si nous allons dans cette direction, nous arriverons à des notions totalement contre-productives sur le plan financier, mais aussi – et c'est plus grave – sur le plan médical.

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

Mme Catherine Lemorton. Ces amendements s'inscrivent dans le cadre de la nouvelle compétence économique accordée à la HAS depuis le PFLSS pour 2008 : hiérarchiser par ASMR, c'est aussi tenir compte du coût engendré pour les comptes publics. À mon avis, cette hiérarchisation contribuerait à aider le médecin dans la détermination de la balance bénéfique pour le patient/coût pour les comptes publics. Elle irait donc dans le bon sens.

(Les amendements identiques n^{os} 39 et 472 rectifié ne sont pas adoptés.)

Article 35 (précédemment réservé)

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Luc Prével, inscrit sur l'article 35.

M. Jean-Luc Prével. Cet article prévoit la création d'une agence des systèmes d'information de santé partagés, l'ASIP. Contrairement à notre collègue Yves Bur, je pense que cette agence présente un intérêt.

Si j'osais ironiser, je dirais : « Ah! si Douste-Blazy avait eu raison, lui qui ambitionnait de faire 3,5 milliards d'euros d'économies par an avant 2007 avec le dossier médical personnel, les comptes de l'assurance maladie seraient équilibrés ». Avec d'autres, j'avais d'emblée expliqué que la mise en place de ce dossier médical personnel serait longue et coûteuse...

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

M. Jean-Luc Prével. ...avant de permettre de réaliser des économies. Car le dossier médical vise d'abord à améliorer la qualité des soins et à éviter l'iatrogénie.

La mise en œuvre de cette mesure a posé de grandes difficultés sur divers points techniques : passage du dossier médical partagé à un dossier médical personnel ; numéro d'identification national ; désignation des hébergeurs ; masquage et double masquage. À cet égard, le rapport effectué par M. Michel Gagneux est très intéressant. Je pense qu'il est en effet souhaitable de relancer ce dossier médical.

Madame la ministre, vous vous êtes engagée à réaliser un dossier aussi simple et efficace que possible. Nous pourrions prendre en exemple le dossier pharmaceutique, bâti dans des conditions extrêmement simple, financé par la profession elle-même, et dont la généralisation devrait permettre d'éviter les complications comme l'iatrogénie.

Par conséquent et contrairement à notre rapporteur Yves Bur, je souhaite le maintien de cet article, afin que le dossier médical voie le jour le plus rapidement possible, permettant l'amélioration de la qualité des soins.

Mme la présidente. La parole est à Mme Marisol Touraine.

Mme Marisol Touraine. À vrai dire, nous avons un peu le sentiment que ce dossier médical – partagé ou personnel, selon les époques – est l'Arlésienne de nos discussions. Annoncé en fanfare à l'occasion de la réforme Douste-Blazy, il apporte une preuve supplémentaire de l'échec de cette réforme.

Franchement, il s'agissait d'une innovation importante. Nous avions salué l'intérêt de cette démarche et nous aurions voulu y croire, tout en marquant les limites du processus engagé. Malheureusement, l'histoire récente nous a plutôt donné raison.

Certes, la fusion des différentes agences traitant du dossier médical personnel peut apparaître comme un élément plutôt positif. Néanmoins, nous voudrions faire part de nos interrogations et de nos réserves. L'histoire ne nous incite pas à faire preuve d'un optimisme débordant. Alors que cette nouvelle structure n'est pas encore créée, les modalités de son financement sont déjà prévues, ce qui nous étonne. Le montant exact de la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie n'est pas encore connu, puisqu'il sera fixé par un arrêté de votre ministère, madame Bachelot. La mise en place de ce DMP ayant été un tel fiasco, et l'assurance maladie étant la seule à participer au financement de ce dispositif, nous avons encore des interrogations – j'insiste sur ce mot.

Au fond, madame la ministre de la santé, nous avons besoin de réponses à nos questions. Quelle sera la valeur ajoutée de la restructuration administrative? Quel calendrier pouvez-vous nous annoncer concernant la mise en place de ce dossier médical? Quel type de financement est prévu et quel est son montant? Nous réaffirmons notre conviction que ce dossier médical personnel est important pour la maîtrise des dépenses, mais aussi pour une meilleure prise en charge de la santé des patients. Encore une fois, donnez-nous des raisons d'espérer, madame Bachelot!

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

Mme Catherine Génisson. Ce dossier nous passionne, les uns et les autres. Mme Touraine rappelait que c'était la deuxième jambe de la loi de 2004, présentée par M. Douste-Blazy, la première étant le passage obligatoire par le médecin traitant. Je ne reviens sur ce qu'elle a défini comme un « fiasco », réalité malheureusement reconnue par tout le monde.

Ce dossier médical personnel résulte aussi de la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui rend le citoyen responsable, lui donnant des droits et des devoirs. Finalement, la récente mission conduite sous la houlette de notre rapporteur Jean-Pierre Door nous a permis d'avoir le même débat qu'en 2004. Cette proposition, qui allie une exigence de qualité des soins à la nécessité de responsabiliser le citoyen et de faire des économies, a suscité le même intérêt. Cette proposition est fondamentale pour le débat citoyen : quand on est responsable, informé et maître de son destin, on a aussi des devoirs, dont celui de faire en sorte que la protection sociale puisse être préservée.

M. Door nous a donné les conclusions de la mission parlementaire, et nous avons fait des propositions que je qualifierais de « modestes », dans la mesure où ce dossier médical personnel semble très difficile à créer. Certains proposaient de le réserver aux ALD. Pour ma part, j'avais préconisé de le faire aussi, de façon expérimentale, pour des personnes non atteintes de pathologie lourde, afin de tester son efficacité. L'expérimentation me semblait nécessaire, et même obligatoire, car, à côté de ce dossier médical personnel, auquel nous tenons, se développe des formules répondant à une logique beaucoup plus comptable comme le dossier pharmaceutique. Je ne critique pas l'assurance maladie, mais ce n'est pas la même logique.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre de la santé.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Madame la présidente, mesdames et messieurs les députés, je vais d'abord vous prier de m'excuser. Je vais passer le relais à M. André Santini pour me rendre à la Conférence Alzheimer

qui se clôture ce matin, en présence des ministres de la santé européens et sous la présidence du Président de la République...

M. Gérard Bapt et Mme Marisol Touraine. Alors c'est une bonne excuse! (*Sourires*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je dois m'y rendre et vous laisser pendant une petite heure, mais j'ai parfaitement briefé André Santini.

M. Jean-Frédéric Poisson. Il n'en a pas besoin, il connaît le dossier par cœur!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. De toute façon, André Santini connaît tout! (*Sourires*.)

Je voudrais répondre aux différents intervenants, mais ce débat que nous avons eu dans beaucoup d'autres enceintes ne fait que commencer. Je voudrais saluer le travail effectué par Jean-Pierre Door et aussi par Jean-Marie Le Guen, pilotes d'une réflexion à laquelle vous êtes tous très largement associés.

C'est vrai que le manque de coordination et de pilotage des systèmes d'information de santé pose un vrai problème. Afin de les harmoniser, la création de l'agence des systèmes d'information et la désignation d'un opérateur unique représentent une nécessité incontournable. Différentes maîtrises d'ouvrage publiques avaient été créées : le GIP DMP, le GIP CPS, le GMSIH. La nécessité de coordonner ces structures est évidente. C'est la mission de l'agence des systèmes d'information de santé partagés. En relation étroite avec les différents acteurs, l'ASIP va élaborer des normes d'interopérabilité et de sécurité de ces systèmes d'information. Surtout, elle va relancer le projet DMP dont vous m'avez tous parlé.

À mon arrivée, le projet était au point mort, victime d'une crise de crédibilité, de confiance. Un audit – qui a confirmé l'intérêt du projet, sur ce point tout le monde est d'accord – a montré la nécessité de changer d'approche. J'ai mandaté un groupe d'experts qui a créé un consensus autour d'une feuille de route claire que je vous ai présentée en juin dernier : la nature du DMP est clarifiée – il est à la fois personnel et partagé – ; il est repositionné comme un ensemble de services ; sa mise en œuvre sera recentrée sur l'expérimentation de services sur le terrain, et non comme la simple création d'infrastructure ; un DMP socle avec une présentation basique des données de santé et des services simples sera diffusé progressivement ; simultanément, des projets pilotes vont expérimenter en région de nouveaux services à forte valeur ajoutée – rappel des vaccins, dépistages –, pour les malades et les professionnels de santé ; vision synthétique du parcours de soins ; DMP de l'enfant ; suivi des malades diabétiques ; prise en charge coordonnée des cancers. Enfin, la gouvernance sera plus rigoureuse.

Dans les prochains jours, le conseil d'administration du GIP DMP va nommer un nouveau directeur, chargé d'appliquer cette feuille de route et de préparer la mise en place de l'ASIP au cours des six prochains mois. Le plan d'action de l'ASIP vous sera présenté dès le début de 2009. Bien entendu, l'ASIP fait œuvre de simplification en fusionnant, en rationalisant. Monsieur le rapporteur, je crois que jamais il n'a été demandé de réduire le budget alloué au projet DMP. L'enjeu est de bien utiliser les crédits. Il faut prévoir le financement, et je serai particulièrement vigilante sur la bonne maîtrise des dépenses.

Voilà, mesdames et messieurs les députés, ce que je voulais dire sur un sujet qui n'est pas épuisé, j'en ai bien la certitude.

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 636.

La parole est à M. Yves Bur.

M. Yves Bur, *rapporteur pour les recettes et l'équilibre général*. Je le retire.

(L'amendement n° 636 est retiré.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 91.

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*. Mme la ministre vient de nous indiquer qu'ayant tiré les leçons des audits et des missions, elle avait décidé de relancer le projet relatif au DMP.

L'ASIP, qui regroupera notamment le GIP-DMP et le GIP-CPS, pilotera seule la mise en œuvre des dossiers informatiques médicaux. Vous vous souvenez sans doute, madame Génisson, que dans la mission relative au DMP, nous avons constaté qu'un tel pilote faisait défaut.

Par ailleurs, notre assemblée a voté l'an dernier une disposition relative à l'identifiant de santé des bénéficiaires de l'assurance-maladie, le NIS, numéro qui permet de les identifier sans ambiguïté tout en garantissant la confidentialité. Nous avons par ailleurs constaté qu'afin de développer le dossier médical informatique, chaque assuré devait s'en voir attribuer un. Or la CNIL s'est opposée à l'utilisation du numéro identifiant au répertoire de l'INSEE, le NIR, pour la transmission des données à l'assurance maladie. Je propose donc que l'ASIP, qui est la structure adéquate pour cela, prenne en charge la mise en application du NIS, dont j'avais défendu l'idée avec Pierre Morange. Vaste travail, mais le temps nous est compté: le NIS permettra en effet d'utiliser les dossiers médicaux dans le respect de la confidentialité.

Mme Marie-Anne Montchamp, *rapporteuse pour avis*. Très bien!

Mme la présidente. La parole est à M. André Santini, secrétaire d'État chargé de la fonction publique, pour donner l'avis du Gouvernement sur l'amendement en discussion.

M. André Santini, *secrétaire d'État chargé de la fonction publique*. Le Gouvernement est favorable à cet amendement.

(L'amendement n° 91 est adopté.)

(L'article 35, amendé, est adopté.)

Mme la présidente. Nous en venons aux amendements portant articles additionnels après l'article 35.

Après l'article 35 (amendements précédemment réservés)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 720, qui fait l'objet de trois sous-amendements du Gouvernement, n°s 770, 771 et 772.

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*. Cet amendement concerne aussi le DMP.

Mme la présidente. La parole est à M. André Santini, secrétaire d'État, pour donner l'avis du Gouvernement et défendre les trois sous-amendements.

M. André Santini, *secrétaire d'État*. Le Gouvernement est favorable à l'amendement, sous réserve de l'adoption des trois sous-amendements suivants.

Pour souligner le caractère expérimental du dispositif, nous souhaitons préciser que seul un échantillon de patients atteints d'une affection de longue durée est concerné, et non l'ensemble d'entre eux: c'est l'objet du sous-amendement n° 771.

Le sous-amendement n° 770, lui, vise à éviter toute confusion entre le dossier médical personnel et le dispositif proposé, que nous suggérons donc d'appeler simplement « dossier médical ».

Quant au sous-amendement n° 772, il vise à supprimer la dernière phrase de l'alinéa 3, car le projet de rapport ne nous apparaît pas nécessaire.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur ces trois sous-amendements?

M. Jean-Pierre Door, *rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail*. Je souhaite préciser que l'amendement propose d'expérimenter l'enregistrement du dossier médical partagé sur une clé USB: c'est en effet une idée à creuser.

Si le sous-amendement n° 770 suggère d'appeler le dispositif « dossier médical », le n° 771 en précise la cible, à savoir des échantillons sélectionnés en fonction des patients atteints d'ALD et des régions.

À titre personnel, je suis favorable aux trois sous-amendements du Gouvernement.

(Les sous-amendements n°s 770, 771 et 772, successivement mis aux voix, sont adoptés.)

(L'amendement n° 720, sous-amendé, est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 92.

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*. Il s'agit d'étendre l'usage du dossier pharmaceutique, qui semble fonctionner dans le domaine de la médecine ambulatoire, aux hôpitaux et aux établissements médico-sociaux.

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

M. André Santini, *secrétaire d'État*. La détection des interactions médicamenteuses à l'hôpital est souhaitable, mais les études disponibles évaluent à moins de 1 % la réduction potentielle des accidents iatrogènes. Qui plus est, les préalables techniques à résoudre sont majeurs.

Dans ces conditions, le déploiement du dossier pharmaceutique à l'hôpital ne pourrait se faire qu'à des coûts très élevés, de l'ordre de dizaines de millions d'euros pour les seuls hôpitaux déjà informatisés, et ce pour un bénéfice limité.

En revanche, dès 2010, le DMP pourra contribuer à traiter l'ensemble de la pathologie iatrogène, et non la seule part des interactions médicamenteuses.

C'est pourquoi le Gouvernement souhaite le retrait de l'amendement. À défaut, il y serait défavorable.

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

Mme Catherine Génisson. Une fois n'est pas coutume, je suis d'accord avec le Gouvernement. Si l'idée de l'amendement est bonne, l'application en serait fort complexe.

(L'amendement n° 92 est retiré.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 93 rectifié.

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. Cet amendement, que M. Bur a présenté à la commission, propose une procédure d'appel d'offre dans le but de faire baisser le prix des génériques.

Si la commission a adopté l'amendement, je m'interroge sur un tel appel d'offre, qui serait susceptible d'attirer de grands entreprises d'Inde ou d'autres pays asiatiques, devenus les principaux fournisseurs de la planète pour les médicaments génériques. Cela entraînerait des risques quant à la « traçabilité » des médicaments.

Si l'on était sûr que l'appel d'offre ne concerne que le marché français ou européen, j'y serais peut-être favorable, mais, en l'occurrence, j'en doute.

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. Je ne propose qu'une expérimentation. Le marché du générique a mis beaucoup de temps à atteindre sa maturité. Or nous savons que de nombreux pays, notamment européens, ont mis en place des appels d'offre : l'Allemagne, la Suède, la Norvège, la Finlande ou les Pays-Bas. Dans ces pays, certains des fournisseurs de génériques, qui approvisionnent notre propre marché, vendent des molécules au dixième du prix payé en France.

Certes, l'expérimentation proposée dérange un peu la pensée unique sur les génériques. Mais nous verrons ainsi si le lancement d'un appel d'offre par le CEPS, le comité économique des produits de santé, permet à l'assurance maladie de faire des économies, lesquelles peuvent s'élever, pour les trois molécules indiquées, à au moins 30 millions d'euros. Osons bousculer l'ordre établi, osons faire évoluer la politique du médicament.

Quant à l'argument selon lequel on risquerait d'importer des médicaments chinois ou indiens, je pense que nos organismes de contrôle sont suffisamment efficaces pour nous mettre à l'abri. Au reste, les risques existent déjà, et les importations parallèles n'existent pas en France. Bref, on essaie de nous faire peur ; l'appel d'offre peut être conçu de façon à écarter le risque invoqué. Grâce aux économies réalisées avec les génériques, nous financerons des innovations de plus en plus coûteuses pour l'assurance maladie, et qui permettent à certains de nos compatriotes gravement malades d'accéder à des traitements efficaces.

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

M. André Santini, secrétaire d'État. Chacun connaît l'affection que j'éprouve pour notre ami Yves Bur. Cependant, je me permets de lui rappeler que le CEPS a pour fonction non d'acheter mais de réguler le prix des médicaments remboursables. Il applique des règles permettant un égal accès au marché pour les entreprises. La France dispose donc, du point de vue quantitatif et qualitatif, d'une offre de génériques satisfaisante, et le CEPS en fait déjà régulièrement baisser les prix. En outre, lors de l'introduction sur le marché, il applique une

décote importante sur les génériques, dont le prix est désormais fixé à 45 % de celui de la spécialité de référence du groupe générique.

Il n'est pas certain que des appels d'offre permettraient de réaliser des économies supplémentaires. Ils risqueraient en outre de restreindre l'offre de médicaments génériques dans notre pays et de fragiliser notre politique équilibrée et efficiente en ce domaine. Enfin, ils remettraient en cause l'avenir du façonnage pharmaceutique en France, lequel représente un tiers des emplois industriels du secteur.

Le Gouvernement ne peut donc souscrire à cet amendement.

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

Mme Catherine Lemorton. Je veux répondre à ceux qui s'inquiètent au sujet des contrefaçons.

Sur les 470 millions de boîtes de génériques vendues dans notre pays, 50 % viennent de France, 45 % de l'Union européenne et seulement 5 % d'ailleurs.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Mais cela va changer !

Mme Catherine Lemorton. Comme le disait M. le secrétaire d'État, le système proposé risquerait de déstabiliser la politique française du générique telle qu'elle a été construite avec le soutien des pouvoirs publics. Il aurait en effet comme effet pervers d'inciter les génériqueurs à se concentrer sur les grandes spécialités et à se désengager des médicaments moins porteurs en termes de volume.

Avec 1,7 milliard d'euros d'économies en 2007, la politique française du générique a fait la preuve de son efficacité. Les pertes induites par un changement inapproprié de modèle seraient bien supérieures à l'efficacité attendue de la mesure – 50 millions d'euros –, laquelle ne serait dès lors pas financée.

Dernier point important : l'amendement pose un problème en termes de mise en concurrence, laquelle ne peut s'appliquer à un segment de marché alors que les prix sont régulés sur un autre. Ainsi, le marché du médicament tel qu'il existe à l'hôpital s'accompagne d'une semi-liberté des prix sur l'ensemble du marché.

L'amendement n'est donc pas forcément bien venu.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Et il gêne les pharmaciens, aussi...

(L'amendement n° 93 rectifié n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 358.

La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Depuis déjà une dizaine d'années, dans le domaine du médicament, la mise en œuvre de la politique économique est assurée par la voie conventionnelle, ce qui permet par exemple que des négociations soient entreprises en vue de fixer le prix des médicaments.

Il pourrait en être de même pour les établissements de santé : dans le cadre de plans triennaux, les représentants des établissements privés et publics et des pouvoirs publics pourraient se rencontrer en vue de fixer ensemble les prix de journée. Une telle négociation s'avérerait sans doute efficace. Au reste, pourquoi refuserait-on aux établissements de santé une démarche que l'on a autorisée depuis longtemps à l'industrie du médicament ?

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 émis un avis défavorable.

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

M. André Santini, *secrétaire d'État*. La voie contractuelle a pour avantage de permettre l'engagement des acteurs professionnels, qui se doivent d'honorer leur signature. Toutefois, l'accord-cadre proposé s'ajouterait aux instances en vigueur – conseil de l'hospitalisation, observatoire économique – et alourdirait les mécanismes de régulation existants, par lesquels tous les acteurs du champ sanitaire sont d'ores et déjà concernés. Nous vous proposons par conséquent, monsieur Tian, de retirer votre amendement.

Mme la présidente. Souhaitez-vous le retirer, monsieur Tian ?

M. Dominique Tian. Non, madame la présidente.

(*L'amendement n° 358 n'est pas adopté.*)

Article 36 (*précédemment réservé*)

Mme la présidente. Sur l'article 36, je suis saisie de deux amendements, n° 235 et 478, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Jean-Luc Prél, pour soutenir l'amendement n° 235.

M. Jean-Luc Prél. Avec votre autorisation, madame la présidente, j'interviendrai en même temps sur l'ensemble de l'article 36, qui aborde le problème du dispositif de régulation des prescriptions de spécialités pharmaceutiques financées en sus des groupes homogènes de séjour.

Bien que la TAA représente un progrès considérable pour le budget global, sa mise en œuvre est complexe, puisque les tarifs peuvent varier à la baisse lorsque l'activité augmente. D'autres difficultés se posent par ailleurs : celle des MIGAC, des enveloppes fléchées et de la convergence du public et du privé.

Pour résoudre le problème posé par les traitements onéreux, il a été prévu de sortir ces médicaments de la TAA pour les rémunérer au prix réel. Il s'agit manifestement d'un progrès, puisque les médicaments inscrits sur une liste dite « en sus », arrêtée par le ministère, comprennent notamment les anticancéreux. L'EPO, qui ne sert pas seulement aux sportifs, y figure également.

Pour limiter la progression des coûts, le ministère de la santé a proposé d'encadrer les dépenses par le biais de contrats passés entre les établissements et la tutelle, et prévu des sanctions financières au cas où le contrat ne serait pas respecté. Mais il s'agit là d'une mesure typiquement comptable. Les médecins prescriraient-ils des anticancéreux ou des chimiothérapies s'ils les jugeaient inutiles ?

À mes yeux, il importe plutôt de définir les bonnes stratégies thérapeutiques, de disposer de référentiels et de veiller à leur application. Quant au prix de ces molécules, ils doivent être négociés par le CEPS, avec le laboratoire. Mais demander à un établissement de ne pas dépasser une enveloppe ne relève manifestement pas d'une démarche médicale.

C'est pourquoi nous proposons, par l'amendement n° 235, de supprimer les alinéas 1 à 4 de l'article 36, ainsi que la première phrase de l'alinéa 10.

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Lemorton, pour soutenir l'amendement n° 478.

Mme Catherine Lemorton. Notre amendement a le même objet que l'amendement n° 235. L'article 36 nous semble redondant à double titre. En effet, des possibilités de sanctionner un établissement qui ne respecte pas les modalités de prescription et de facturation des médicaments en sus existent actuellement. D'autre part, il est déjà prévu que la prescription initiale des médicaments orphelins fasse l'objet d'une validation du centre de référence des maladies rares compétent : cette disposition intervient dans le cadre du contrat de bon usage des médicaments et des prestations, qui impose que la prescription initiale de tels médicaments soit établie après avis du centre.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur ces deux amendements ?

M. Jean-Pierre Door, *rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail*. Les spécialités pharmaceutiques dites « hors-liste » ou « en sus » contribuent largement au dynamisme des dépenses. D'où la nécessité de les réguler. Or les amendements visent à supprimer un mécanisme qui permettra de mieux analyser les prescriptions dans les établissements de santé, ainsi que le dispositif de régulation de leur prescription. La commission a donc émis à leur sujet un avis défavorable, car elle entend que les spécialités onéreuses continuent à être régulées.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement sur les deux amendements ?

M. André Santini, *secrétaire d'État*. Même position que la commission.

(*L'amendement n° 235 n'est pas adopté.*)

(*L'amendement n° 478 n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements, n° 94 rectifié et 373, 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° 94 rectifié.

M. Jean-Pierre Door, *rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail*. Cet amendement adopté par la commission retient la suggestion des signataires de l'amendement n° 373, visant à inclure les dispositifs médicaux implantables dans le dispositif d'encadrement des dépenses. Mais notre rédaction tient compte du fait qu'une partie des produits et prestations visés par l'article fait déjà l'objet d'une prise en charge.

Je propose donc l'adoption de l'amendement n° 94 rectifié et le rejet de l'amendement n° 373.

Mme la présidente. La parole est à M. Roland Muzeau, pour soutenir l'amendement n° 373.

M. Roland Muzeau. Il est défendu.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement sur ces deux amendements ?

M. André Santini, *secrétaire d'État*. Avis favorable à l'amendement n° 94 rectifié, et défavorable à l'amendement n° 373.

(*L'amendement n° 94 rectifié est adopté.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 373 n'a plus d'objet.

Je suis saisie d'un amendement n° 236.

La parole est à M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél. Cet amendement vise à ce que l'État prenne également l'avis de l'OMEDIT, l'observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques, avant d'arrêter le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de l'assurance maladie afférentes à telle ou telle spécialité.

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 ?

M. André Santini, secrétaire d'État. Même avis.
(*L'amendement n° 236 n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 252.
La parole est à M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél. Il est défendu.

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

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

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

M. André Santini, secrétaire d'État. Même avis.
(*L'amendement n° 252 n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 237.
La parole est à M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél. Il est défendu.

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 rejeté l'amendement.

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

M. André Santini, secrétaire d'État. Avis défavorable.
(*L'amendement n° 237 n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 634.

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. Il est défendu.

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 rejeté cet amendement.

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

M. André Santini, secrétaire d'État. Avis défavorable.
(*L'amendement n° 634 n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 238.
La parole est à M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél. Défendu.

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 rejeté l'amendement.

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

M. André Santini, secrétaire d'État. Avis défavorable.
(*L'amendement n° 238 n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 479.
La parole est à M. Jean Mallot.

M. Jean Mallot. Il est défendu.

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 rejeté l'amendement. La prescription des médicaments orphelins doit en effet être entourée des meilleures garanties.

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

M. André Santini, secrétaire d'État. Même avis.
(*L'amendement n° 479 n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 686 rectifié.

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. Il s'agit d'un amendement de précision.

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

M. André Santini, secrétaire d'État. Avis favorable.
(*L'amendement n° 686 rectifié est adopté.*)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 95.

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. Cet amendement vise à avancer du 1^{er} janvier 2012 au 1^{er} janvier 2010 la date de mise en place du dispositif de régulation de la prescription de médicaments pris en charge en sus des groupes homogènes. On doit inciter les hôpitaux à agir dans ce domaine, d'autant que l'article 41 crée une Agence nationale d'appui à la performance, qui devrait les aider à gagner en efficience.

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

M. André Santini, secrétaire d'État. Avis favorable.
(*L'amendement n° 95 est adopté.*)

(*L'article 36, amendé, est adopté.*)

Mme la présidente. Nous en venons à l'article 37.

Article 37 (précédemment réservé)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 687.

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. Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

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

M. André Santini, *secrétaire d'État*. Avis favorable.

(*L'amendement n° 687 est adopté.*)

(*L'article 37, amendé, est adopté.*)

Mme la présidente. Nous en venons aux amendements portant articles additionnels après l'article 37.

**Après l'article 37 (amendements
précédemment réservés)**

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 96 rectifié, qui fait l'objet d'un sous-amendement n° 774.

La parole est à M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, pour soutenir l'amendement n° 96 rectifié.

M. Yves Bur, *rapporteur pour les recettes et l'équilibre général*. Le présent amendement vise à élargir le répertoire des groupes génériques et donc les possibilités de substitution, qui permettront à l'assurance maladie de réaliser des économies de près de 30 millions d'euros. Je rappelle que la France dispose du répertoire de génériques le moins étendu d'Europe.

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 accepté cet amendement, qui prévoit de bonnes garanties de sécurité et d'efficacité.

Mme la présidente. La parole est à M. le secrétaire d'État, pour présenter le sous-amendement n° 774 et donner l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 96 rectifié.

M. André Santini, *secrétaire d'État*. Le Gouvernement partage une telle volonté de favoriser l'usage des génériques, afin de permettre à l'assurance maladie de réaliser des économies. Il approuve donc la proposition des auteurs de l'amendement d'élargir le répertoire des génériques et de faciliter leur prescription, et donc les possibilités de substitution de spécialité orale à libération modifiée, quelle que soit leur présentation galénique, sous forme de comprimés ou de gélules.

Cependant, l'amendement introduit un concept non maîtrisable de présomption de bioéquivalence. Or celle-ci est un élément important de santé publique, dans une perspective de substitution, même pour des isomères, des sels ou des esters. Cette extension serait de nature à semer la confusion, en particulier parmi les patients qui acceptent la substitution, sans pour autant régler de façon satisfaisante la question du contournement des génériques. Je propose donc, par le sous-amendement n° 774, de supprimer la dernière phrase de l'amendement n° 96 rectifié.

Le Gouvernement est donc favorable à l'amendement n° 96 rectifié, sous réserve de l'adoption du sous-amendement n° 774.

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

Mme Catherine Lemorton. Pour défendre à mon tour cet amendement, que j'ai cosigné, je voudrais pointer quelques particularités typiquement françaises qui caractérisent la mise sur le marché des génériques. Quand certains contentieux apparaissent pour des médicaments, notamment sous forme de spray et de patch, qui ont déjà obtenu une AMM au niveau européen, l'AFSSAPS recommence toute la procédure d'évaluation, ce qui retarde immanquablement l'arrivée des spécialités génériques.

En second lieu, nous avons des exemples récents de cas où, lorsqu'un générique va arriver sur le marché, l'industrie de référence estime qu'il va causer des problèmes gastriques – aux seuls Français, curieusement, pas aux autres Européens ! L'AFSSAPS est alors obligée de diligenter une étude. Celle-ci prend six ou huit mois, pendant lesquels l'industrie pharmaceutique diffuse un produit pour contourner ce générique qui, avec l'aide des visiteurs médicaux, envahit les cabinets. Et quand, l'AFSSAPS ayant enfin considéré que les estomacs français n'étaient pas plus fragiles que les estomacs allemands ou italiens, le générique arrive sur le marché, les prescripteurs ont pris l'habitude de choisir le produit qui le contourne et c'est tout un segment du marché qui échappe à la substitution.

Il faudrait bien un jour régler ces deux problèmes, et je sais que M. Bur en est d'accord.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur le sous-amendement du Gouvernement ?

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

(*Le sous-amendement n° 774 est adopté.*)

(*L'amendement n° 96 rectifié, sous amendé, est adopté.*)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 635.

La parole est à M. Yves Bur.

M. Yves Bur, *rapporteur pour les recettes et l'équilibre général* j'ai déposé cet amendement à titre personnel. Il est défendu.

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

M. Jean-Pierre Door, *rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail*. Cet amendement rend la prescription libellée en dénomination commune internationale – la DCI – obligatoire pour les spécialités figurant dans un groupe générique. La commission a émis un avis défavorable car il est trop complexe pour les médecins de procéder à cette inscription en DCI. Effectivement, ils disposent de logiciels d'aide à la prescription qui peuvent faciliter cette inscription en DCI. Mais le risque est que, pour éviter cette procédure qu'ils ne connaissent pas bien, ils se tournent vers d'autres molécules. Ce serait le résultat inverse de celui que vous souhaitez.

Mme la présidente. La parole est à M. Yves Bur.

M. Yves Bur, *rapporteur pour les recettes et l'équilibre général*. Pour compléter l'information, je rappelle qu'il y a un ou deux ans j'ai fait voter la labellisation des logiciels de prescription permettant notamment de faire apparaître en DCI le nom des spécialités génériques. L'un d'entre eux a été validé et les médecins ont tous les outils nécessaires à leur disposition. Il serait donc logique de progresser dans cette voie. Mais apparemment en France, nous avons des spécificités : après celle des estomacs fragiles, voici celle du stylo.

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

M. André Santini, *secrétaire d'État*. Le cœur déchiré, même avis que la commission : défavorable.

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

Mme Catherine Génisson. On ne peut que souscrire à la proposition de M. Bur, même si certains médecins de la vieille école ne sont pas familiers avec les logiciels. De toute façon, il suffit d'apprendre à prescrire toujours en DCI et il n'y aura plus de problème. Je crois qu'on le fait désormais à la faculté.

(L'amendement n° 635 est adopté.)

(Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 239. La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. L'amendement n° 239 tend à ce que « Dès l'inscription sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 d'une spécialité générique figurant dans un groupe générique prévu au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé institué par l'article L. 162-17-3 du présent code fixe, pour l'ensemble du groupe, un tarif forfaitaire de responsabilité limitant la base de remboursement des frais exposés pour les assurés sociaux, sauf opposition... (le reste sans changement) ». Nous souhaitons parvenir à une baisse progressive et régulière du prix de ce générique.

(L'amendement n° 239, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 240. La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Le rapporteur se dit favorable à la baisse du prix des génériques, mais ne l'est pas à l'amendement que je viens de défendre. Mon amendement n° 240 connaîtra sans nul doute le même sort. Il est défendu.

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 ?

M. André Santini, secrétaire d'État. Même avis.

M. Jean-Luc Prével. Pour une fois, le Gouvernement ne veut pas faire d'économies !

(L'amendement n° 240 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 526. La parole est à Mme Catherine Lemorton.

Mme Catherine Lemorton. Certains médicaments utilisés dans la lutte contre le cancer, en particulier les traitements antimonoclonaux, n'auront jamais de générique. Ils sont très chers, mais prescrits à de grands nombres de patients, ce qui fait que la recherche est rentabilisée pour les laboratoires. En l'absence de génériques, il faudrait mettre en place – c'est le sens de cet amendement – des systèmes permettant de faire baisser les prix, plutôt que d'enjoindre aux médecins hospitaliers d'être prudents dans leurs prescriptions à ces malades lourdement atteints.

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 donné un avis défavorable. Cela relève du comité économique des produits de santé. D'autre part, il ne faut pas pénaliser la recherche. Lorsque des entreprises créent des molécules innovantes, il faut leur laisser le temps de les amortir avant de commencer à évaluer les prix chaque année.

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

M. André Santini, secrétaire d'État. Même avis.

(L'amendement n° 526 est adopté.)

Article 38 (précédemment réservé)

Mme la présidente. Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article 38.

La parole est à M. Jean Mallot.

M. Jean Mallot. J'interviens en tant que coprésident de la MECS. À l'occasion de la révision constitutionnelle, en juillet dernier, nous avons longuement débattu de l'accroissement des pouvoirs du Parlement. Avant de les accroître, nous ferions bien d'utiliser ceux dont nous disposons. La MECS nous en fournit un. Élu depuis peu, je n'ai participé qu'à l'élaboration du désormais célèbre rapport Lemorton sur le médicament et d'un rapport sur les affections de longue durée que M. Door présentera la semaine prochaine.

Ces rapports et d'autres rapports d'information – je pense au rapport Bernier-Paul sur l'offre de soins – font des préconisations souvent consensuelles. Toute la question est de savoir les suites qu'on leur donne – proposition de loi, article dans un projet, mesure réglementaire, amendement de parlementaires... Nous examinerons un projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires ». Mais déjà, sur le PLFSS, nous avons, avec Pierre Morange le président, Catherine Lemorton la rapporteure et quelques autres membres de la MECS, essayé de faire passer dans les faits quelques préconisations.

Je n'en évoquerai que certaines. L'amendement 470 dispose que « l'inscription sur la liste est subordonnée à la réalisation d'un essai clinique contre comparateurs, lorsqu'ils existent ». Mme la ministre, sans s'y opposer, a considéré que la démarche était prématurée. Le Gouvernement peut-il nous dire quelles démarches engager pour faire progresser cette proposition et selon quel calendrier pour que l'année prochaine et les suivantes on ne nous dise pas encore que c'est prématuré ? Il y avait pourtant consensus au sein de la MECS.

L'amendement 472 rectifié prévoit que « la Haute Autorité de santé tient à jour, dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État, une liste des médicaments classés selon le niveau d'amélioration du service médical rendu pour chacune de leurs indications ». La ministre a jugé que la mesure n'était pas pertinente, ce qui a entraîné son rejet. La MECS devrait s'y pencher de nouveau, car, si la mesure avait fait le consensus, il devait y avoir une raison. En tout cas, sa pertinence médicale avait été examinée.

D'autres amendements, au moins trois, sont tombés sous le coup de l'article 40 car ils créaient de nouvelles charges. Par l'un d'entre eux, nous demandions à la Haute Autorité de santé d'établir des référentiels de qualité pour la formation des professionnels de la CNAM qui sont chargés de promouvoir le bon usage des produits de santé afin que l'intervention de ces « DAM », délégués de l'assurance maladie, puisse balancer l'action des visiteurs médicaux. Nous pensions que mieux valait créer un corps public de ce genre que de demander l'interdiction des visiteurs médicaux. L'amendement n'a pu être examiné dans ce cadre, et nous le présenterons de nouveau à une autre occasion.

Un autre amendement demandait à la Haute Autorité de santé de veiller à ce que les sites informatiques consacrés à la santé affichent sur leur page d'accueil des hyperliens vers les sites publics français consacrés à la santé et aux médicaments. Nous le présenterons de nouveau un jour.

Enfin, par un autre amendement important, que nous ne pouvons examiner, la MECS jugeait indispensable la création d'une base publique d'information sur le médicament, indépendante, exhaustive, accessible à tous les acteurs du système de santé et interopérable avec les logiciels d'aide à la prescription.

Il est important que les propositions que nous faisons soient reprises au cours de nos travaux pour trouver une application.

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Bapt.

M. Gérard Bapt. Je suis satisfait que cet article 38 facilite la prise en charge des actes et dispositifs médicaux innovants au sein de la dotation MIGAC. C'est aussi une reconnaissance de l'excellence des pôles d'innovation et de compétitivité que sont les CHU et l'hôpital public, s'agissant des soins comme de la recherche. Il s'agit des valves percutanées, de certaines prothèses discales, des endoprothèses carotidiennes et de certaines pompes à insuline. Autant de dispositifs que les CHU commencent à utiliser au quotidien, même si certains ont encore besoin d'être évalués – et, monsieur Door, je n'évoque même pas le cœur artificiel.

Il faut absolument que l'activité des CHU puisse se poursuivre sans être entravée par l'austérité budgétaire.

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement rédactionnel n° 688, déposé par la commission.

(L'amendement n° 688, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 38, amendé, est adopté.)

Après l'article 38 (amendement précédemment réservé)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 33, portant article additionnel après l'article 38.

La parole est à Mme Bérengère Poletti.

Mme Bérengère Poletti. L'amendement n° 33 prévoit que, afin de mieux informer les députés lorsqu'ils discuteront du prochain PLFSS, un rapport sera déposé devant le Parlement sur l'amélioration des modes de contraceptions et l'évolution de l'interruption volontaire de grossesse.

Je viens de rédiger, au nom de la délégation de l'Assemblée nationale aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, un rapport d'information sur l'application de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, dont les conclusions montrent que divers problèmes se posent encore. Je souhaite donc que le Gouvernement évalue l'efficacité des dépenses engagées en matière de contraception et étudie les moyens d'améliorer le remboursement des contraceptifs dans l'objectif de mieux adapter les modes de contraception utilisés aux besoins de chacun. L'Assemblée nationale sera ainsi en mesure de faire des propositions lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 – notamment en matière de contraception.

Parmi les Européens, les Français – en fait, il s'agit surtout des Françaises – sont ceux qui utilisent le plus les moyens contraceptifs; mais deux femmes sur trois ayant subi une

interruption volontaire de grossesse déclarent avoir eu recours à l'une de ces méthodes! Cette donnée – qui n'est d'ailleurs pas exactement présentée dans l'exposé sommaire de l'amendement – doit nous amener à nous poser des questions.

En France, la « monoculture » de la pilule n'est sans doute pas favorable aux très nombreuses autres méthodes contraceptives qui ne sont pas toujours proposées aux jeunes femmes et aux jeunes filles. Celles-ci ne trouvent pas toujours, auprès de l'éducation nationale, des informations complètes sur les différents moyens de contraception. Pourtant, des cours sont dispensés sur ces questions et le planning familial intervient dans les établissements scolaires.

Il serait sans doute souhaitable de rembourser les moyens contraceptifs modernes qui ne demandent pas une prise quotidienne comme la pilule, et sont mieux adaptés au mode de vie des jeunes professionnelles ou des étudiantes. Nous avons en effet constaté que les femmes qui ont le plus recours à l'IVG ont entre vingt et trente ans. Elles sont donc, *a priori*, informées sur les moyens d'éviter une grossesse, mais le problème vient certainement du fait qu'il faudrait pouvoir adapter la contraception aux besoins de chacun.

Nous devons aussi rester très vigilants, dans nos territoires respectifs, afin que l'offre médicale en matière d'interruption volontaire de grossesse ne se réduise pas – qu'elle émane des établissements publics ou privés. Nous reviendrons sur le sujet lors de l'examen du projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires ».

Mme Valérie Boyer. Bravo!

M. Roger Karoutchi, *secrétaire d'État chargé des relations avec le Parlement.* Très bien!

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

M. Jean-Pierre Door, *rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.* Madame Poletti, vous avez déposé un excellent rapport sur un sujet important.

Les pilules micro-dosées, qui sont les plus prescrites, ou les patchs contraceptifs sont assez mal remboursés,...

Mme Catherine Génisson. Pas remboursés du tout!

M. Jean-Pierre Door, *rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.* ...ou pas du tout, et, à défaut d'un accès facile à la contraception, le nombre d'IVG augmente chez les plus jeunes

Pour toutes ces raisons, la commission est, bien évidemment, favorable à l'amendement n° 33.

Mme la présidente. La parole est à M. Roger Karoutchi, secrétaire d'État chargé des relations avec le Parlement, pour donner l'avis du Gouvernement.

M. Roger Karoutchi, *secrétaire d'État chargé des relations avec le Parlement.* Madame Poletti, le Gouvernement partage votre combat pour adapter les modes de contraceptions.

En mars dernier, le forfait de l'IVG chirurgicale a ainsi été augmenté de 20 %, alors qu'il n'avait pas été revalorisé depuis 2004. Quant à l'IVG médicamenteuse, elle sera prochainement étendue aux centres de planification familiale et aux centres de santé. Enfin, le Gouvernement, veut, lui aussi, développer la prévention des grossesses non désirées afin de limiter le nombre des IVG, qui, en France, reste très élevé. Une nouvelle diffusion de la campagne d'information sur le sujet a été organisée en octobre: des films et des spots radio ont été largement diffusés afin d'atteindre les jeunes et les populations les plus vulnérables.

Beaucoup reste à faire, le Gouvernement en convient et vous propose, madame la députée, que nous puissions nous voir pour travailler sur d'autres pistes, comme la gratuité de l'IVG médicamenteuse pour les mineurs dans les centres de planification familiale, ou la maîtrise des dépassements d'horaire qui rendent plus onéreux l'accès aux soins pour une partie croissante de nos concitoyens.

Un travail commun serait, sur ces sujets, plus efficace qu'un rapport. Le Gouvernement compte bien le mener avec vous, madame Poletti, mais vous demande, dans la mesure du possible, de bien vouloir retirer votre amendement.

Mme Marisol Touraine. Oh!

Mme la présidente. La parole est à Mme Marisol Touraine.

Mme Marisol Touraine. Franchement, je ne comprends pas la position du Gouvernement. Le groupe socialiste apporte son soutien plein et entier à l'amendement de Mme Poletti.

Il ne s'agit que d'un amendement de caractère déclaratif puisqu'il prévoit seulement que le Gouvernement remettra un rapport au Parlement. À l'évidence, en demandant plus aurait rendu l'amendement irrecevable, en vertu de l'article 40 de la Constitution.

Le problème de l'amélioration de la prise en charge de la contraception se pose depuis de nombreuses années, et alors que le Gouvernement proteste de ses bonnes intentions en la matière, il refuse un amendement qui se contente de demander un rapport! Sans doute celui-ci révélerait-il, d'ailleurs, que la situation est moins satisfaisante que ce que certains annoncent.

Nous ne comprenons pas la position du Gouvernement. Il nous semble que sur un tel sujet, trop souvent négligé – ce qui est aussi le cas du problème de l'accès à l'IVG –, il faut faire preuve d'un véritable volontarisme politique.

Pour ce qui est de l'accès à l'IVG, évoquée par M. Karoutchi : dans certaines régions, les délais d'attente sont trop importants, notamment pendant les périodes de congés. Ils constituent un obstacle pour les femmes, surtout lorsqu'elles ont pris conscience tardivement de leur grossesse.

Mme Poletti a très justement souligné qu'il était nécessaire d'adapter les moyens de contraception à la culture et au mode de vie des femmes, et tout particulièrement à celui des très jeunes filles, beaucoup moins linéaire ou stable que celui de leur mère. Si ce constat ne doit appeler aucun jugement moral, il permet de comprendre les limites de l'usage de la pilule, qui suppose une maîtrise de l'emploi du temps, du calendrier et des horaires.

La prévention de la grossesse des très jeunes femmes nous paraît être un sujet important, et l'absence d'infirmières – ne parlons pas des médecins – en milieu scolaire nous inquiète, en particulier dans les secteurs où l'accès aux soins est difficile, comme en milieu rural.

Le groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche soutient donc très fermement l'amendement de Mme Poletti en regrettant que le dispositif prévu ne puisse pas aller plus loin.

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Boënnec.

M. Philippe Boënnec. Je soutiens, moi aussi, l'amendement n° 33.

L'IVG n'est pas un mode de contraception,...

Mme Valérie Boyer. C'est un échec!

M. Philippe Boënnec. ...en revanche l'amélioration et la diffusion de la contraception évitent un grand nombre d'IVG.

Un rapport du Gouvernement permettrait une meilleure information sur les nouveaux moyens de contraception et favoriserait une diminution du nombre des IVG. Cela irait dans le bon sens.

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

Mme Catherine Génisson. Je soutiens l'amendement n° 33.

Madame Poletti, votre proposition est le fruit du travail de la délégation aux droits des femmes et les membres socialistes de celle-ci vous ont soutenue.

L'IVG n'est pas un moyen de contraception. Le nombre des IVG, 210 000 par an, est encore beaucoup trop important – en particulier pour les mineurs de quinze à dix-sept ans –, même si, en contrepartie, on compte globalement moins de grossesses non désirées. Avec un taux de 40 pour mille d'IVG, le cas des départements d'outre-mer est le plus préoccupant.

Ces données sont significatives des lacunes de l'éducation à la santé, à la contraception et à l'épanouissement de la vie sexuelle, qui devrait être dispensée dans les établissements scolaires par les professeurs, mais aussi par les infirmières et des intervenants extérieurs.

La formation professionnelle de certains médecins, pour ce qui concerne la prescription de la pilule et des moyens de contraception, est peut-être insuffisante, et il faudrait également aborder la question de la gynécologie médicale.

Il me semble nécessaire d'instaurer un accès gratuit et anonyme à la contraception pour les mineures. Une telle mesure permettrait sans doute d'éviter un certain nombre d'avortements.

Les pilules micro-dosées ne sont toujours pas remboursées par la sécurité sociale. De deux choses l'une : soit elles sont inefficaces, ou même dangereuses, et il faut le dire ; soit ce n'est pas le cas, et elles devraient être remboursées comme la pilule classique.

Mme Touraine a déjà évoqué la question de l'accès à l'IVG, mais je veux souligner que, dans certaines régions, en période estivale – et le planning familial peut en témoigner –, bon nombre de femmes se trouvent contraintes d'aller avorter à l'étranger : cette situation est inadmissible!

Une génération du personnel de santé qui avait milité pour l'interruption volontaire de grossesse a progressivement cessé son activité. Les professionnels sont donc aujourd'hui, toutes générations confondues, beaucoup moins motivés sur ces questions. Il faudrait sans doute mener une action pédagogique auprès des étudiants en médecine.

Faut-il mettre en cause un désintérêt généralisé ou l'évolution de la tarification? En tout cas, on constate qu'en quinze ans la part du secteur public pour les IVG est passée de 60 à 74 %, et que plus d'un quart des IVG sont réalisées par seulement quarante-trois établissements hospitaliers!

Mme la présidente. La parole est à Mme Valérie Boyer.

Mme Valérie Boyer. Je soutiens également l'amendement de Bérengère Poletti. Le sujet de santé publique qu'il traite réunit tous les députés, quelle que soit leur appartenance politique.

L'IVG est toujours un échec et toujours une douleur. Il faut faire en sorte d'éviter d'en arriver à l'IVG. Les modes de contraception sont très variés, mais les femmes, et surtout

les jeunes filles, se voient toujours proposer la même chose. Le lien n'est pas assez fait entre la protection de leur santé et la contraception.

Mes collègues ont posé avec raison le problème de la gynécologie médicale. Nous pourrions aussi réfléchir à une « universitarisation » de la profession de sage-femme.

Je souhaiterais également que l'on se penche sur le problème des disparités régionales. En PACA, par exemple, le taux d'IVG est de 20 pour 1 000 et il atteint, dans certaines régions, 40 pour 1 000, comme vient de le rappeler Mme Poletti. Ces chiffres sont très largement supérieurs à la moyenne nationale.

Par ailleurs, les médecins militants partent peu à peu à la retraite. Il est nécessaire que nous prenions cette question à bras-le-corps, afin d'améliorer la santé des jeunes filles et des femmes. C'est pourquoi je soutiens l'amendement de Mme Poletti.

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

M. Roger Karoutchi, secrétaire d'État. Puisque Mme Poletti n'a pas retiré son amendement, le Gouvernement s'en remet à la sagesse de l'Assemblée. (« Ah ! » sur de nombreux bancs.) Il n'est évidemment pas défavorable à cette proposition, mais souhaite simplement éviter l'accumulation des rapports. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

M. Jean Mallot. Comme quoi, le débat parlementaire est utile !

(*L'amendement n° 33 est adopté.*)

Mme la présidente. Je constate que le vote est acquis à l'unanimité.

L'article 39 et les amendements portant articles additionnels après l'article 39 sont réservés à la demande du Gouvernement.

Nous abordons l'article 40.

Article 40

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n°s 343 et 529, tendant à supprimer l'article 40.

La parole est à M. Roland Muzeau, pour soutenir l'amendement n° 343.

M. Roland Muzeau. L'article 40 prétend venir à bout des déséquilibres financiers et responsabiliser les hôpitaux publics en les soumettant à des plans de redressement, voire en les plaçant sous administration provisoire. Certes, la situation financière des hôpitaux est délicate, puisque la Fédération hospitalière de France prévoit, pour 2008, un déficit cumulé de 880 millions d'euros. Mais le Gouvernement fait montre d'une certaine hypocrisie, puisque ce sont ses mesures et les obstacles qu'il s'ingénie à dresser devant l'hôpital public qui expliquent une grande part de son déficit. Ce ne sont pas les hôpitaux, mais le Gouvernement, qu'il faudrait responsabiliser.

Voici quelques exemples de ces véritables peaux de bananes.

Tout d'abord, ma collègue Jacqueline Fraysse a soulevé, lors de son explication de vote sur la motion de procédure de Martine Billard, la question du financement des urgences, dont une partie, qui n'est pas prise en charge par l'assurance maladie, reste à la charge des hôpitaux, ce qui creuse un peu plus leur déficit. Or vous n'avez toujours pas répondu à son interpellation.

Ensuite, il arrive au Gouvernement d'accorder des revalorisations salariales à ses fonctionnaires en cours d'année. C'est une bonne chose, mais aucune rallonge budgétaire n'est accordée aux hôpitaux pour faire face à cette dépense non programmée. Nous avons donc déposé un amendement afin que l'État prenne en charge d'éventuelles revalorisations salariales. Comme je vous sais très attaché à l'équilibre financier des hôpitaux, je veux croire que vous y serez favorable.

Par ailleurs, la généralisation précipitée de la T2A a remplacé la complémentarité entre établissements publics et privés par une concurrence faussée au détriment des hôpitaux publics. En effet, sur la ligne de départ, les cliniques privées sont allégées des missions de service public, qu'elles laissent bien volontiers aux hôpitaux. Certes, ces derniers bénéficient d'enveloppes spécifiques, dites MIGAC, pour financer ces activités, mais, de l'avis de tous, à commencer par le sénateur Larcher, elles sont insuffisantes.

Vous nous avez annoncé que ces enveloppes avaient augmenté de plus de 6 % cette année et que la prochaine campagne tarifaire allait incorporer un coefficient de sévérité et de précarité ; je m'en réjouis, et j'y vois la confirmation que nous avons raison de dénoncer leur insuffisance. Toutefois, je considère qu'elles restent encore insuffisantes.

Enfin, vous envisagez à marche forcée la convergence tarifaire entre les établissements publics et privés. Mais il faut comparer ce qui est comparable. Par exemple, chacun sait que les tarifs des cliniques ne prennent pas en compte les honoraires des médecins, alors qu'ils sont intégrés aux salaires des praticiens exerçant en hôpital public.

Avec l'article 40, votre œuvre de démolition des hôpitaux franchit une nouvelle étape, puisque vous envisagez de placer sous administration provisoire les établissements en déficit budgétaire. L'ultime estocade sera portée par la loi « Hôpitaux, patients, santé et territoire », qui y ajoutera des sanctions financières. Or, quoi que vous en disiez, les dépenses de l'hôpital sont en diminution constante depuis vingt ans. Alors, de grâce, cessez de dresser des obstacles devant lui et de le discréditer ! Les salariés des hôpitaux travaillent avec passion au service de tous, dans des conditions souvent difficiles, et ils sont attachés aux missions de service public.

Quant aux patients, ils sont les grands absents de cette course à la maîtrise comptable. C'est la raison pour laquelle nous avons déposé des amendements pour que les plans de redressement respectent, à tout le moins, les recommandations des schémas régionaux d'organisation sanitaire.

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Cazeneuve, pour soutenir l'amendement n° 529.

M. Bernard Cazeneuve. Aux arguments très justes qui viennent d'être développés par notre collègue M. Muzeau, j'ajouterai que les dispositions de l'article 40 devraient plutôt être traitées lors de l'examen du prochain projet de loi relatif aux hôpitaux. Le président de la commission des finances a indiqué, au début de notre discussion, que certaines des dispositions du PLFSS s'apparentaient à des cavaliers sociaux ; c'est, me semble-t-il, le cas de l'article 40 du projet de loi.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur les amendements en discussion ?

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

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

M. Roger Karoutchi, secrétaire d'État. Défavorable.

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

Mme Catherine Génisson. Notre amendement de suppression ne doit pas être interprété comme une critique sévère de l'article 40 du projet de loi. Il est bien évident que, lorsqu'un établissement connaît des difficultés, il faut trouver des solutions. Nous avons d'ailleurs jugé particulièrement intéressant que les hôpitaux publics et les établissements privés soient soumis à un traitement identique. Toutefois, nous allons bientôt examiner un projet de loi sur les hôpitaux et cet article 40 nous paraît à la limite du cavalier social.

(Les amendements identiques n° 343 et 529 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n° 100 et 471.

La parole est à M. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, pour soutenir l'amendement n° 100.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Cet amendement, adopté par la commission à l'initiative de Mme Fraysse, vise à porter, par souci de réalisme, d'un à deux mois le délai de présentation du plan de redressement.

Mme la présidente. La parole est à M. Roland Muzeau, pour soutenir l'amendement n° 471.

M. Roland Muzeau. Cet amendement est défendu.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement sur les amendements en discussion ?

M. Roger Karoutchi, secrétaire d'État. Défavorable.

(Les amendements identiques n° 100 et 471 sont adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 376.

La parole est à M. Roland Muzeau.

M. Roland Muzeau. Cet amendement est défendu.

(L'amendement n° 376, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 482.

M. Roland Muzeau. Défendu !

(L'amendement n° 482, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n° 483 et 530.

La parole est à M. Roland Muzeau, pour soutenir l'amendement n° 483.

M. Roland Muzeau. Cet amendement tend à substituer, à l'alinéa 8 de l'article 40, les mots : « peut placer » au mot : « place ». Il est en effet souhaitable de conserver une certaine souplesse au dispositif de sanction. En le rendant obligatoire, on se prive de la possibilité d'adapter les mesures à prendre à la situation concrète.

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Génisson, pour soutenir l'amendement n° 530.

Mme Catherine Génisson. Il est défendu.

(Les amendements identiques n° 483 et 530, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 344.

La parole est à M. Roland Muzeau.

M. Roland Muzeau. Défendu !

(L'amendement n° 344, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n° 484 et 531.

La parole est à M. Roland Muzeau, pour soutenir l'amendement n° 484.

M. Roland Muzeau. Cet amendement tend à substituer, à la fin de la première phrase de l'alinéa 10 de l'article 40, les mots : « sous réserve de l'avis de la commission administrative paritaire compétente » aux mots : « sans que l'avis de la commission paritaire compétente soit requis ».

Dans la mesure où les membres de la direction d'un établissement de santé publique relèvent du statut de la fonction publique hospitalière, il est cohérent de prendre, avant toute décision, l'avis de la commission administrative compétente.

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Génisson, pour soutenir l'amendement n° 531.

Mme Catherine Génisson. Il est défendu.

(Les amendements identiques n° 484 et 531, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 101.

La parole est à M. 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. Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

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

M. Roger Karoutchi, secrétaire d'État. Favorable.

(L'amendement n° 101 est adopté.)

(L'article 40, amendé, est adopté.)

Mme la présidente. Nous en venons à l'examen des amendements portant articles additionnels après l'article 40.

Après l'article 40

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 102 rectifié.

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. Cet amendement, adopté par la commission à l'initiative de M. Tian, tend à faire certifier les comptes des établissements publics de santé par un commissaire aux comptes.

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

M. Roger Karoutchi, secrétaire d'État. Le Gouvernement est favorable au principe de la certification des comptes des établissements publics de santé, qui est un gage de sincérité, de transparence et de responsabilisation accrue. Mais (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP*) le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires », qui a été adopté

en conseil des ministres et qui vous sera soumis au début de l'année 2009, comporte une disposition qui va exactement dans ce sens.

Dans ces conditions, nous préférons que l'amendement soit retiré, afin que le Parlement puisse en débattre au fond lors de l'examen du projet de loi que vous examinerez au mois de janvier.

M. Dominique Tian. Non !

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Je rappelle que cet amendement a été adopté par la commission.

(L'amendement n° 102 rectifié est adopté.)

Mme la présidente. Je constate que le vote est acquis à l'unanimité.

Je suis saisie d'un amendement n° 690.

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. Cet amendement, adopté par la commission, a pour objet d'accélérer la procédure de recouvrement des contributions versées par chaque établissement public de santé au centre national de gestion.

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

M. Roger Karoutchi, secrétaire d'État. Favorable.

(L'amendement n° 690 est adopté.)

Article 41

Mme la présidente. Sur l'article 41, je suis saisie d'un amendement n° 691.

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. Rédactionnel.

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

M. Roger Karoutchi, secrétaire d'État. Sagesse.

(L'amendement n° 691 est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 431.

La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Cet amendement vise à encadrer le financement des différentes structures intervenant en matière d'assurance maladie en posant des règles objectives pour déterminer le montant des dotations respectives de la CNAM, du RSI et de la MSA, en l'occurrence le montant des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité servies par chacun de ces régimes au cours du dernier exercice connu.

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 rejeté cet amendement.

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

M. Roger Karoutchi, secrétaire d'État. Le Gouvernement préférerait le retrait de cet amendement. À défaut, il émettrait un avis défavorable.

M. Dominique Tian. Je le maintiens.

(L'amendement n° 431 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 692.

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. Il s'agit d'un amendement de précision.

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

M. Roger Karoutchi, secrétaire d'État. Favorable.

(L'amendement n° 692 est adopté.)

(L'article 41, amendé, est adopté.)

Article 42

Mme la présidente. Sur l'article 42, je suis saisie d'un amendement n° 251.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Dans un souci de transparence des procédures de mise sous entente préalable de la prise en charge des prestations d'hospitalisation par l'assurance maladie, cet amendement vise à introduire une concertation préalable obligatoire qui garantira l'équité de traitement entre établissements.

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 rejeté cet amendement.

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

M. Roger Karoutchi, secrétaire d'État. Même avis.

(L'amendement n° 251 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 432.

La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. La procédure actuelle consistant pour l'agence régionale de l'hospitalisation à placer sous entente préalable la prise en charge de certaines prestations d'hospitalisation souffre aujourd'hui d'une absence de concertation préalable, ce qui est regrettable. L'amendement n° 432 vise à y remédier.

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 rejeté cet amendement.

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

M. Roger Karoutchi, secrétaire d'État. Même avis.

(L'amendement n° 432 n'est pas adopté.)

(L'article 42 est adopté.)

Mme la présidente. Nous passons aux amendements portant articles additionnels après l'article 42.

Après l'article 42

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 612.

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. L'amendement n° 612 vise à ce que les praticiens, dans le cadre de leur activité libérale, puissent continuer à toucher directement leurs honoraires des patients hospitalisés. En revanche, c'est à l'établissement qu'il appartiendra d'imputer les honoraires, pour leur part conventionnelle, des groupes homogènes de soins perçus. Il devra reverser à la caisse la part du GHS équivalent aux honoraires conventionnels déjà touchés par le praticien hospitalier au titre de son activité libérale. L'objectif de cet amendement est d'éviter que l'assurance maladie ne paye deux fois des honoraires réglés directement au praticien.

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 n'a pas examiné cet amendement dans la mesure où celui-ci avait été retiré. L'amendement de M. Bur s'inspire d'un raisonnement logique, mais le dispositif proposé risque d'entraîner pour les établissements de santé des difficultés à attirer, dans ces nouvelles conditions, des praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale. À titre personnel, je suis donc plutôt défavorable à cet amendement, en attendant une expertise plus approfondie dans le cadre de la réforme envisagée pour le début de l'année prochaine.

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

M. Roger Karoutchi, secrétaire d'État. Le Gouvernement note avec intérêt cette proposition, qui présente toutefois l'inconvénient de n'envisager que la situation de l'activité libérale de praticiens hospitaliers percevant directement leurs honoraires. Les prestations d'hospitalisation assurées par des praticiens hospitaliers dont l'activité libérale est rémunérée via l'agent comptable de l'hôpital ne sont pas concernées par cet amendement. Dans ces conditions, la question complexe des modalités de rémunération me semble nécessiter un examen plus approfondi, notamment en ce qui concerne leur faisabilité technique et leur coût pour les hôpitaux. Nous vous demandons par conséquent de bien vouloir retirer cet amendement.

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

(L'amendement n° 612 est retiré.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 104.

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. Il existe une anomalie en matière de pilotage des hôpitaux : aujourd'hui, personne ne peut dire avec précision quel est le nombre d'agents hospitaliers médicaux et non médicaux. Nous savons qu'entre 2001 et 2007, le nombre de personnels a augmenté de 90 000, puisque ce chiffre figure dans le rapport de la commission des comptes de juin dernier. Cette augmentation s'est poursuivie en 2006, avec l'arrivée de 7 000 agents supplémentaires, alors que nombre d'établissements avaient déjà conclu des contrats de retour à l'équilibre financier. L'amendement n° 104 vise à instaurer davantage de transparence – puisque c'est de la transparence que viendra le progrès – en proposant que le Parlement soit informé de l'évolution du nombre et de la situation des personnels hospitaliers, afin que l'on soit plus à même de se prononcer sur la gestion des hôpitaux.

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 adopté cet amendement.

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

M. Roger Karoutchi, secrétaire d'État. Le Gouvernement est embarrassé par cet amendement. En effet, la gestion des ressources humaines dans les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, est un élément clé de leur fonctionnement et de la qualité des soins. Le suivi des effectifs est une constante chez les gestionnaires, à qui nous avons fixé des objectifs clairs en matière d'amélioration du pilotage de leurs effectifs et de la masse salariale associée. Compte tenu du principe d'autonomie des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, la responsabilité de ce pilotage leur incombe. Nous entendons bien, d'ailleurs, que la nouvelle agence nationale d'appui à la performance apporte son soutien méthodologique aux établissements dans ce domaine.

La synthèse nationale nécessiterait un dispositif très lourd de suivi et des délais qui ne correspondent pas à l'objectif de lisibilité poursuivi par cet amendement. Dans ces conditions, le Gouvernement s'interroge sur l'appréciation de l'efficacité dans les établissements à partir de la situation des jours épargnés dans les CET, situation qui dépend, dans la fonction publique hospitalière, du comportement des agents qui disposent d'un délai de dix ans pour utiliser les jours épargnés. Par ailleurs, le cadre juridique des CET est différent dans les établissements de santé privés. Pour l'ensemble de ces raisons, le Gouvernement préférerait que cet amendement soit retiré.

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. Je maintiens cet amendement, car je considère que la transparence est la seule voie du progrès.

(L'amendement n° 104 est adopté.)

Article 43

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Cazeneuve, inscrit sur l'article 43.

M. Bernard Cazeneuve. L'article 43 prévoit que les remboursements des prestations médicales et paramédicales, ainsi que des achats de médicaments effectués à l'extérieur de l'établissement où il est hébergé par le résident d'un établissement public accueillant des personnes âgées dépendantes sont imputés sur l'enveloppe de ville et viennent en diminution de la dotation de soins de l'établissement concerné.

Nous sommes en désaccord avec cette orientation pour plusieurs raisons. Premièrement, la gestion de ce risque est du ressort de chaque CPAM, qui doit disposer des informations utiles pour la mettre en œuvre. Deuxièmement, nous constatons que la liberté d'aller et venir du résident en établissement et le caractère de substitut de domicile s'opposent à la gestion par le directeur de l'établissement des prestations concernées. Par ailleurs, d'autres arguments que ceux que je viens d'évoquer seront exposés lors de la présentation de l'amendement n° 533, qui vise à supprimer l'article 43.

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n° 346 et 533, tendant à supprimer l'article 43.

La parole est à M. Roland Muzeau, pour soutenir l'amendement n° 346.

M. Roland Muzeau. L'article 43 prévoit que les remboursements des prestations médicales ou paramédicales et des achats de médicaments effectués par un résident à l'extérieur de l'EHPAD où il est hébergé sont imputés sur l'enveloppe de ville et viennent en diminution de la dotation de soins de l'EHPAD, considéré comme une alternative au domicile. Lors de son admission, le résident est informé, par le biais de son contrat de séjour, de la prise en charge par la dotation de soins de l'EHPAD des prestations médicales et paramédicales dont il bénéficie, ainsi que de ses droits, au premier rang desquels figure la liberté de choisir son médecin et son pharmacien en dehors de l'établissement.

À moins de remettre en question la liberté des résidents, il n'entre pas dans les attributions du directeur de l'EHPAD de vérifier les prestations et prescriptions qu'ils sollicitent à l'extérieur de son établissement. Par ailleurs, la gestion du risque d'une double prise en charge relève de la compétence de la caisse d'assurance maladie, qui dispose des moyens adéquats de vérification, notamment la transmission par les directeurs d'établissement des listes de résidents et des admissions nouvelles.

Dès lors, il ne semble pas opportun que les remboursements des prestations et consommations médicamenteuses des résidents soient soustraits de la dotation de soins de l'EHPAD qui les accueille.

Mme la présidente. L'amendement identique n° 533 est-il défendu ?

M. Gérard Bapt. Il est défendu.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. L'article 43 ne fait que mettre en place une procédure de récupération par l'assurance maladie de sommes qui, à défaut, seraient indûment remboursées aux résidents de ces établissements, ayant déjà été prises en charge par le forfait soins. Le projet définit une procédure qui permet de résoudre les cas de double prise en charge sans pénaliser le résident. La commission a donc rejeté les amendements de suppression de cet article.

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

M. Roger Karoutchi, secrétaire d'État. Défavorable aux deux amendements de suppression.

(Les amendements identiques n° 346 et 533 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 105.

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. L'amendement n° 105 prévoit que la récupération des remboursements indus sera effectuée à partir des notifications de payer.

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

M. Roger Karoutchi, secrétaire d'État. Favorable.

(L'amendement n° 105 est adopté.)

(L'article 43, amendé, est adopté.)

Mme la présidente. Mes chers collègues, nous avons débattu ce matin de 90 amendements ; il en reste 251 à examiner.

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

2

ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

Mme la présidente. Prochaine séance, cet après-midi, à quinze heures :

Suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

La séance est levée.

(La séance est levée à treize heures.)

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

CLAUDE AZÉMA