

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X I V ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

- Suite de l'examen des articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 (n° 287) (*MM. Gérard Bapt, Christian Paul, Mme Martine Pinville, M. Michel Issindou, et Mme Geneviève Levy, rapporteurs*)..... 2
- Amendements examinés par la commission ... (*cf. compte rendu n° 05*)
- Présences en réunion..... 32

Mercredi

17 octobre 2012

Séance de 16 heures 15

Compte rendu n° 08

SESSION ORDINAIRE DE 2012-2013

**Présidence de
Mme Catherine
Lemorton,
Présidente**



COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Mercredi 17 octobre 2012

La séance est ouverte à seize heures quinze.

(Présidence de Mme Catherine Lemorton, présidente de la Commission)

La Commission poursuit l'examen, sur le rapport de MM. Gérard Bapt, Christian Paul, Mme Martine Pinville, M. Michel Issindou et Mme Geneviève Levy, du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 (n° 287).

Article 37 : *Amélioration de la permanence des soins*

L'amendement AS 78 de M. Dominique TIAN n'est pas défendu.

*La Commission **adopte** l'article **sans modification**.*

Article 38 : *Expérimentation relative à la régulation des transports sanitaires*

La Commission est saisie de l'amendement AS 115 de M. Arnaud Richard.

M. Francis Vercamer. Plutôt que de fixer à trois ans, comme le propose le Gouvernement, la durée de l'expérimentation en cours visant à optimiser le transport des patients, il serait judicieux de la limiter à un an. Cela permettrait de définir une véritable politique en la matière dans le cadre du prochain projet de loi de financement.

M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Abréger une expérimentation décidée dans le cadre de la loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (« HPST ») mais qui, en réalité, est à peine engagée, ne me paraît pas raisonnable. Avis, pour cette raison, défavorable.

M. Gérard Sebaoun. La Cour des comptes a souligné que l'organisation des transports sanitaires devrait être améliorée – on sait par exemple que la dépense due à l'utilisation des modes de transport les plus onéreux est celle qui augmente le plus. Il convient donc de réfléchir aux moyens d'une réforme, mais, comme l'a dit le rapporteur, sans précipitation.

*La Commission **rejette** l'amendement AS 115.*

Elle examine ensuite l'amendement AS 239 de M. Christian Paul, rapporteur.

M. Christian Paul, rapporteur. Le besoin de transports sanitaires est réel, notamment pour les malades qui vivent seuls ou loin des lieux de consultation ou de soin. Tout en souhaitant maîtriser les dépenses de santé – et des économies sont possibles à cet égard –, nous sommes très attentifs à ces besoins, dont nous savons que certains demeurent insatisfaits. Aussi n'avons-nous pas l'intention de nous limiter à raboter cette dépense : nous voulons trouver une prise en charge adaptée à la situation personnelle des patients et à leur lieu de résidence. On sait par ailleurs que les transports sanitaires sont, pour beaucoup, réalisés par de petites, et parfois très petites, entreprises locales. Pour éviter que la procédure d'appel d'offres voulue par le Gouvernement ne les mette en péril, je propose, sans renoncer

au principe de la mise en concurrence, que ces appels d'offres puissent être organisés à l'échelon infra-départemental.

M. Michel Issindou. Est-on certain de la régularité de cette procédure ?

M. Christian Paul, rapporteur. Outre qu'il s'agit d'ouvrir une possibilité et non de rendre la procédure obligatoire, je rappelle que l'allotissement est déjà pratiqué par les départements pour le transport scolaire. L'amendement propose de s'engager dans la même voie.

M. Jean-Pierre Door. Cet amendement ne manque pas de sens. Nous essayons depuis plusieurs années de maîtriser la croissance exponentielle de la dépense de transport sanitaire, qui trouve pour plus des deux tiers son origine dans les demandes des établissements hospitaliers, sans que l'on sache toujours qui a rédigé la prescription. En outre, de nombreuses courses pourraient être évitées, car bien des patients pourraient quitter les établissements de soins ou s'y rendre par leurs propres moyens. L'expérimentation des appels d'offres est donc nécessaire, et il paraît logique qu'ils soient faits de manière à organiser les choses au plus près du demandeur. Ce sont probablement les directeurs d'établissements hospitaliers qui les lanceront, et ils devront donc se mettre en relation avec les transporteurs pour mieux maîtriser les coûts.

Mme Ségolène Neuville. Le sujet est complexe. D'une part, il est très difficile pour un patient qui, au sortir d'un établissement de soins, utilise un véhicule personnel, d'obtenir le défraiement de sa dépense. D'autre part, l'organisation des transports en commun en zone rurale est souvent telle que de nombreux patients ne peuvent venir consulter s'ils n'ont pas de voiture. Ces raisons font qu'il est beaucoup plus simple de demander un « bon de transport » en taxi ou en véhicule sanitaire léger. Une simplification de la procédure s'imposerait donc.

M. Christian Paul, rapporteur. Le Gouvernement, soucieux de maîtriser cette dépense tout en garantissant la qualité des prestations, propose d'expérimenter une procédure d'appel d'offres pour la commande de transports sanitaires, dans le respect des dispositions applicables aux marchés publics. Pour éviter que la nouvelle procédure n'ait des conséquences défavorables pour les nombreuses petites entreprises pour lesquelles ces transports représentent une part importante de leur activité, je vous propose de permettre que l'appel d'offres puisse se faire par allotissements infra-départementaux.

La Commission adopte l'amendement AS 239.

Puis elle adopte l'article 38 modifié.

Après l'article 38

La Commission est saisie de plusieurs amendements portant articles additionnels après l'article 38.

L'amendement AS 24 de Mme Dominique Orliac a été retiré.

Elle examine d'abord l'amendement AS 166 de Mme Bérengère Poletti.

Mme Bérengère Poletti. Pour limiter certains coûts, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a institué des référentiels pour les actes en série, notamment de kinésithérapie. Désormais, au-delà d'un certain nombre d'actes, un accord préalable du

service du contrôle médical est nécessaire pour poursuivre, à titre exceptionnel, la prise en charge du patient. Depuis le 28 mai 2010, neuf référentiels ont été définis pour diverses pathologies ostéo-articulaires mais, en dépit d'un texte limpide, les référentiels ne s'appliquent qu'en médecine ambulatoire. Il convient donc de préciser la loi. Pour mettre fin à une injustice d'une part, pour trouver de nouvelles sources d'économies pour l'assurance maladie d'autre part, l'amendement tend donc à spécifier que la mesure s'applique également lorsque les soins sont prodigués dans des centres de rééducation fonctionnelle et dans des centres de soins de suite et de rééducation, publics et privés.

M. Christian Paul, rapporteur. Avis défavorable. La disposition ne pourrait être appliquée, ces actes n'étant pas comptabilisés dans les centres de soins de suite et de rééducation. Notre réflexion devrait se porter, de manière plus générale, sur l'optimisation du parcours de soin et, en particulier, des admissions dans ces établissements.

M. Jean-Pierre Door. Si des référentiels ont été définis pour les actes en série, c'est que l'on avait constaté des disparités de traitement considérables pour une même pathologie, le nombre de séances de rééducation consécutives à une arthroplastie variant ainsi de huit à quarante, soit de 1 à 5. Pourquoi ce qui vaut maintenant pour la médecine ambulatoire ne vaudrait-il pas aussi pour les centres de soins de suite et de rééducation, du reste souvent privés ? Peut-on se satisfaire que certains professionnels de santé s'astreignent, comme ils le doivent, à respecter les référentiels, pendant que d'autres persistent à effectuer des actes en série en grand nombre, que l'assurance-maladie continue de rembourser ? Tous les professionnels concernés doivent se plier à la loi, où qu'ils exercent.

M. Christian Paul, rapporteur. Les référentiels valent pour les établissements que vous désignez comme pour les soins de ville. Cependant, l'amendement instituerait l'obligation d'un accord préalable pour les soins prodigués dans les centres de soins de suite et de rééducation et dans les centres de rééducation fonctionnelle, si leur nombre excède celui prévu par les référentiels. Parce que c'est très difficile à mettre en œuvre, mon avis est défavorable.

Mme Bérengère Poletti. J'ai du mal à comprendre pourquoi une mesure applicable par les kinésithérapeutes libéraux ne le serait pas par ces centres.

M. Christian Paul, rapporteur. La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) considère qu'en l'état, le dispositif serait à peu près inapplicable ; notre objectif ne peut être d'adopter une disposition dont nous savons qu'elle resterait virtuelle. Mais je ne suis pas hostile à l'idée d'approfondir la question avec ceux qui auraient à appliquer la mesure.

Mme Bérengère Poletti. L'amendement, s'il était adopté, permettrait une discussion plus argumentée avec la ministre.

M. Christian Paul, rapporteur. Je ne doute pas que vous le déposerez à nouveau lors du débat en séance publique, et j'inciterai le Gouvernement à approfondir la question. Pour l'heure, les indications qui m'ont été données par la CNAMTS me conduisent à maintenir mon avis défavorable à une proposition qu'elle juge inapplicable.

M. Jean-Pierre Door. La gêne du rapporteur, qui sait l'amendement utile, est perceptible. Les services médicaux de la CNAMTS peuvent procéder aux comptages nécessaires : ils le font pour la dialyse. Pour les prothèses de hanche, l'orthopédiste qui a

opéré sait si, selon la difficulté du cas, l'arthroplastie induira dix ou quarante séances de rééducation. La procédure proposée permettrait un contrôle *a priori* bienvenu ; pourquoi ne pas y souscrire ?

M. Christian Paul, rapporteur. La comparaison entre dialyse et soins de suite ne me paraît pas opportune ; les patients admis dans les centres dont il est question souffrent en général de pathologies qui demandent une rééducation lourde.

M. Jean-Pierre Door. Pas toujours. Ils y sont parfois hébergés le temps de la rééducation parce qu'ils vivent seuls.

M. Christian Paul, rapporteur. J'en conviens, mais il est vrai aussi que les centres de soins de suite permettent un accompagnement plus complet que ne le permettent des soins dispensés à domicile.

M. Gérard Sebaoun. Je ne suis pas favorable à la standardisation à outrance. Certains patients sont hébergés dans des centres de soins de suite et de rééducation pour des raisons « d'hôtellerie », c'est exact. Mais le rapporteur dit vrai : dans les centres, on trouve en grande majorité des malades ou des opérés dont l'état demande des rééducations lourdes, et ils y sont plus entourés qu'ils ne peuvent l'être par un praticien de ville.

La Commission rejette l'amendement AS 166.

L'amendement AS 25 de Mme Dominique Orliac a été retiré.

La commission examine ensuite l'amendement AS 163 de Mme Bérengère Poletti.

Mme Bérengère Poletti. Les frais de transport des enfants accueillis en centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et en centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) ne sont pas inclus dans les dépenses d'exploitation de ces structures, qui ne constituent pas à proprement dit des établissements d'éducation spécialisée. Certaines caisses primaires d'assurance maladie refusent d'en assurer le remboursement ou posent des conditions inappropriées – par exemple, que l'enfant soit atteint d'une affection de longue durée (ALD) –, ce en dépit d'instructions répétées des pouvoirs publics. Les frais de transport peuvent ainsi rester à la charge de familles qui ne disposent souvent d'aucune autre aide, si bien que ces enfants risquent des ruptures de traitement ou de suivi très préjudiciables à leur état de santé.

Cette anomalie avait été relevée par le Médiateur de la République en janvier 2011 et le Parlement a adopté à l'unanimité l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 qui pose le principe de la prise en charge de ces transports, sans participation des assurés sociaux, tout en prévoyant un encadrement possible par une entente préalable. Malheureusement, le décret d'application nécessaire n'a pas été pris.

La Conférence nationale de santé a souligné en juillet dernier la nécessité d'un plan d'urgence destiné à faire cesser cette situation, qui réduit les chances de traitement précoce ou préventif des handicaps, et le Conseil national consultatif des personnes handicapées s'est rallié à cette analyse. Il s'agit en effet de supprimer les grandes inégalités de traitement relevées et de soutenir la mission essentielle de prévention et de dépistage exercée par ces structures auprès des enfants, de la naissance à 18 ans. C'est à quoi tend l'amendement.

M. Christian Paul, rapporteur. Cet amendement montre que, comme je le soulignais lors de l'examen de l'article 38, certains besoins de transport sanitaire demeurent insatisfaits. L'article 54 de la loi de financement pour 2012, d'application immédiate, n'appelait pas de décret, en théorie du moins. La prise en charge est donc assurée selon les règles du droit commun : si le taux de remboursement est de 100 % pour les enfants en ALD, il est de 65 % seulement pour les autres. C'est sur ce point qu'un décret serait sans doute utile, pour garantir une meilleure prise en charge de ces derniers, et je me propose donc d'intervenir en ce sens auprès de la ministre lors de la discussion en séance publique, en appuyant votre démarche. Cela étant, j'exprime un avis défavorable sur l'amendement, qui ne me paraît pas poser la question dans les meilleurs termes.

Mme Martine Pinville. C'est véritablement faire œuvre de prévention que de permettre aux enfants concernés de se rendre dans ces centres. Les inégalités, injustifiées, de prise en charge peuvent dissuader les parents de persister ; elles doivent cesser. Je pense, comme le rapporteur, que la question doit être évoquée devant la ministre.

M. Christian Paul, rapporteur. Elle le sera.

La Commission rejette l'amendement AS 163.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 164 de Mme Bérengère Poletti.

Mme Bérengère Poletti. Le Parlement doit être saisi d'un rapport expliquant les raisons de ce blocage.

M. Christian Paul, rapporteur. Je me suis engagé devant vous à vous appuyer si vous déposez à nouveau votre précédent amendement en séance publique, et à évoquer la question avec la ministre dans tous les cas. Que le Parlement soit saisi d'un rapport sur une question qui nous tient à cœur à tous ne me paraît pas de nature à faire progresser ce dossier. Avis, pour cette raison, défavorable.

Mme Martine Pinville. Il faut en tout cas cerner les raisons des disparités de traitement selon les caisses.

La Commission rejette l'amendement AS 164.

Article 39 : Rémunération forfaitaire pour renforcer l'exercice interprofessionnel

La Commission examine tout d'abord l'amendement AS 182 de M. Olivier Véran.

M. Olivier Véran. Il s'agit d'encourager la prise en charge de A à Z de certaines maladies chroniques, en plein essor, de manière à offrir un service plus efficient et de meilleure qualité. Cela concerne notamment les insuffisances rénales, cardiaques ou respiratoires. Lorsque la structure concernée sera en mesure d'assurer la continuité des soins, elle le fera ; sinon, elle orientera le patient vers le ou les professionnels les plus aptes à y pourvoir.

La phase aiguë d'une maladie chronique ne nécessite pas systématiquement l'admission aux urgences : l'amendement vise à inscrire l'exigence de continuité des soins dans les accords conventionnels interprofessionnels.

M. Christian Paul, rapporteur. Cet amendement illustre bien l'esprit de l'article 39 : nous voulons y donner l'élan à la rémunération d'une nouvelle médecine de proximité, organisée autour du parcours de soins et du travail en équipe.

La loi « HPST » a reconnu la médecine de premier recours, à la demande d'ailleurs des médecins généralistes et des professionnels de santé concernés. Il fallait néanmoins aller plus loin et, en particulier, assurer la continuité des soins. À l'avenir, les réformes tendront de plus en plus à améliorer l'organisation des soins en vue, non seulement d'économies, mais surtout d'une meilleure prise en charge du patient. Donc avis favorable.

La Commission adopte l'amendement AS 182.

Elle en vient à l'amendement AS 181 de M. Olivier Véran.

M. Olivier Véran. L'article 39 vise à diversifier les modes de rémunération des professionnels médicaux et paramédicaux exerçant des missions particulières dans les maisons et centres de santé notamment : il répond en cela à leurs attentes, maintes fois réitérées. Pour renforcer le travail en équipe et la structuration des équipes territoriales de santé, nous proposons plus largement une diversification des formes de valorisation, qui ne doivent pas se limiter à la rémunération directe. Elles peuvent consister par exemple en des financements de projets scientifiques structurants, en des programmes de formation pour ces équipes ou d'aides pour la réalisation de certaines tâches, par exemple administratives.

M. Christian Paul, rapporteur. Les maisons et les centres de santé sont les nouveaux modèles que nous souhaitons encourager, y compris pour l'exercice libéral. Pour cela, il faut aménager leur environnement et faciliter leur organisation, mais aussi, en effet, prévoir des modes de rémunération plus souples, qui ne se limitent pas à la rémunération à l'acte. La rémunération des équipes en tant que telles et la formation des professionnels vont dans ce sens. Je suis donc très favorable à cet amendement.

La Commission adopte l'amendement AS 181.

Puis elle adopte l'article 39 modifié.

Article 40 : Création du contrat de praticien territorial de médecine générale

La Commission est saisie de l'amendement AS 41 de Mme Bérengère Poletti, tendant à supprimer l'article.

Mme Bérengère Poletti. Le pré-rapport de M. Christian Paul indique que cet article donnerait « une première réponse aux besoins médicaux identifiés dans les zones sous-denses, qui a vocation à être complétée par d'autres mesures. » Or la mesure proposée n'est pas une première réponse : pour inciter à l'installation dans les zones peu peuplées, la précédente majorité a élaboré de nombreux dispositifs, tels que les contrats d'engagement de service public, dotés de bourses pour les étudiants en médecine et visant à encourager les internes à exercer dans ces zones après leurs études ; elle a aussi appuyé la création d'ici à 2013 de 700 maisons médicales pluridisciplinaires, dont 250 sont déjà ouvertes.

Surtout, la mesure proposée est trop floue : nous n'en connaissons pas les modalités d'application, qu'il s'agisse de la définition des zones concernées ou de la rémunération de référence qui doit déterminer le complément de salaire susceptible d'être versé aux bénéficiaires du contrat de praticien territorial de médecine générale.

M. Christian Paul, rapporteur. Ce nouveau contrat tend à permettre à de jeunes médecins de s'installer à la fin de leurs études dans un territoire peu dense, le plus souvent pour travailler auprès d'un médecin plus âgé près de cesser son activité. Pour sécuriser cette démarche, il est prévu une garantie de revenu dans le cadre d'un exercice libéral. Le pré-rapport indique que le niveau de rémunération de référence sera celui d'un assistant spécialiste hospitalier, soit 31 644,19 euros en première et deuxième années, 34 449,09 euros en troisième et quatrième années et 38 928,22 euros en cinquième et sixième années – il est difficile d'être plus précis !

On peut envisager de créer dans les facultés de médecine une sorte de guichet d'accès permettant aux agences régionales de santé, qui connaissent les besoins les plus criants, de mettre en place ce dispositif.

Cette mesure n'est pas une martingale permettant de régler tous les problèmes de démographie médicale – il n'existe d'ailleurs pas de réponse unique, sauf à souhaiter une coercition excessive qui serait à l'opposé de la solution concertée que nous préconisons. Nous allons d'ailleurs proposer par voie d'amendements d'autres outils pour favoriser l'installation dans les territoires sous-dotés.

Je suis très surpris que vous balayiez aussi rapidement cette proposition : cela fait des années que nous débattons dans cette Commission de la question des déserts médicaux – nous avons même adopté à l'unanimité des mesures, qui ont ensuite été rejetées par le Gouvernement et par la précédente majorité lors de l'examen de la loi « HPST ». Il y a une certaine duplicité à reconnaître ce phénomène dramatique et à rejeter les propositions faites pour y remédier.

S'agissant des mesures prises dans les années passées, le contrat d'engagement de service public a été très long à se mettre en place : on a beaucoup de peine à atteindre les 200 contrats – 185 ont été signés en 2011 – et je n'ai jamais croisé un seul médecin qui se soit installé par ce canal. Cette mesure devait donc être complétée.

En ce qui concerne les maisons de santé, leur constitution n'est pas le fait de tel ou tel gouvernement mais d'un double engagement : celui des professionnels de santé, d'une part, et celui des collectivités territoriales, d'autre part. La contribution de l'État à leur financement est d'ailleurs généralement minoritaire.

Beaucoup d'occasions de faire reculer les déserts médicaux ont été perdues ces dernières années : il faut multiplier les outils dans le cadre d'une vision d'ensemble et celle-ci nous sera donnée par la grande loi sur l'accès aux soins que la ministre de la santé s'est engagée à présenter au Parlement en 2013.

M. Jean-Pierre Door. Nous ne balayons pas la mesure d'un revers de main, mais ne balayez pas non plus ce qui a été fait par les précédentes majorités ! Je citerai notamment l'avenant n° 20 à la convention nationale des médecins libéraux de 2005, même si son succès a été inégal, et les contrats d'engagement de service public, dont près de 200 ont déjà été signés. N'oublions pas non plus les aides des départements ou des régions.

Tout cela est très récent et, il faut le reconnaître, souffre d'un défaut : le manque d'information et l'absence de guichet unique dans les facultés. Les agences régionales de santé devraient mettre en place de tels guichets dans le cadre de leurs schémas régionaux

d'organisation des soins (SROS), de façon à ce que les étudiants soient informés de toute la panoplie des aides à leur disposition.

Enfin, monsieur Paul, puisque vous êtes fervent partisan du dialogue social, ne pensez-vous pas que ces nouveaux contrats devraient faire l'objet d'une consultation des organisations représentatives des professionnels de santé et des étudiants ?

M. Gérard Sebaoun. Toutes les contributions, d'hier comme d'aujourd'hui, sont bonnes à prendre : cette mesure constitue une pierre supplémentaire. Si l'on peut certes espérer une augmentation du nombre de contrats d'engagement de service public, pourquoi voulez-vous supprimer la possibilité d'avoir rapidement 200 médecins supplémentaires dans les territoires sous-dotés ?

M. Olivier Véran. Je ne comprends pas non plus la raison de cet amendement de suppression. Monsieur Door, vous semblez avoir entendu les représentants des organisations de jeunes médecins, qui réclament depuis une dizaine d'années la constitution de guichets uniques et de parcours clairs, ainsi qu'un éventail d'incitations à exercer en secteur libéral. Dès lors, je ne comprends pas que vous demandiez la suppression de cet article : si on soumettait votre amendement à consultation, l'accueil qui lui serait réservé ne fait aucun doute ! La mesure proposée constitue en effet une garantie très utile pour les jeunes médecins généralistes qui redoutent de s'installer.

M. Denis Jacquat. Il faut que ce contrat-type défini par voie réglementaire soit élaboré en concertation avec les syndicats représentatifs des professions médicales.

M. Michel Issindou. Je suis étonné par l'exposé des motifs de l'amendement : dire qu'il y a plus d'installations que de départs en retraite dans les zones peu denses ne me paraît pas correspondre à la réalité. Les années à venir seront noires si l'on ne fait rien ! Ce que vous avez fait n'est pas négatif, mais n'a pas abouti aux résultats escomptés : il faut donc essayer le dispositif proposé par l'article 40.

Mme Isabelle Le Callennec. Mais il comporte autant d'imprécisions que votre loi sur les emplois d'avenir : vous dites qu'il y aura 200 contrats et que la durée des contrats types sera précisée par décret, et il est de nouveau fait référence aux zones définies par les agences régionales de santé caractérisées par une offre médicale insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins. Cette définition existe-t-elle vraiment aujourd'hui ? Notre amendement de suppression vise à lever le flou sur ces points et à alimenter le débat sur cette question primordiale de la démographie médicale.

Mme Bérengère Poletti. Vous dites ne pas comprendre cet amendement, mais quand j'en dépose que vous jugez pertinents, vous votez contre parce que vous considérez que la disposition n'est pas aboutie et que vous avez encore besoin de réfléchir : il en est de même pour nous ! Votre mesure nous paraît floue et il est de notre droit de demander qu'elle soit précisée.

M. Christian Paul, rapporteur. Vous êtes naturellement libre de demander la suppression de la plupart des articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale, mais cela ne me paraît pas très constructif !

Je suis persuadé que si votre position était connue, vous seriez fortement désapprouvée par l'opinion, surtout quand vous dites dans l'exposé des motifs de votre

amendement que l'offre de soins dans les territoires ruraux a progressé de 50 % depuis 2011 : je voudrais bien savoir sur quelle étude vous vous fondez pour l'affirmer ! Il n'y a pas plus d'installations que de départs dans les zones peu denses : la relève de génération ne se fait pas et on enregistre au contraire aujourd'hui trois départs pour une arrivée dans beaucoup de départements ruraux et de banlieues.

Les contrats sont proposés pour une durée de deux ans. Ils ont vocation à favoriser une implantation dans les zones définies comme déficitaires par les schémas régionaux d'organisation de soins. Cette mesure prépare en quelque sorte la loi sur l'accès aux soins, qui permettra de traiter la question des déserts médicaux. Les questions relatives aux facultés de médecine ou à la création des maisons de santé ne peuvent certes pas être traitées en détail dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Mais s'il n'y avait rien eu dans ce projet ou dans les amendements que nous vous proposons, vous nous l'auriez reproché à juste titre !

Les dix dernières années ont été le temps du diagnostic : nous sommes maintenant dans celui de l'action et de la mobilisation générale.

Les contrats d'engagement de service publics sont insuffisants ; l'avenant n°20 et le zonage conventionnel ont échoué – les agences régionales de santé et les professionnels le disent. Le problème n'est pas de rémunérer 20 % de plus tous les professionnels déjà installés à partir d'un zonage inopérant, mais de cibler beaucoup plus les interventions sur les médecins qui s'installent et d'avoir des zonages évolutifs et pertinents. D'où la nécessité d'une loi sur l'accès aux soins et d'une politique publique très incitative. C'est ce que nous amorçons grâce au contrat de praticien territorial de médecine générale.

La Commission rejette l'amendement AS 41.

Elle adopte ensuite l'amendement rédactionnel de M. Christian Paul rapporteur.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 183 de M. Olivier Véran.

M. Olivier Véran. Le contrat de praticien territorial de médecine générale est si incitatif et répond si bien aux attentes des jeunes professionnels qu'il serait dommage d'en limiter le bénéfice aux seuls médecins inscrits au tableau de l'ordre depuis moins d'un an. La France ne compte pas moins de 10 000 médecins remplaçants de soins primaires qu'il pourrait inciter à tenter l'aventure de l'exercice libéral en zones sous-dotées. Ce contrat devrait donc pouvoir être proposé à tous les médecins qui n'ont pas encore ouvert de cabinet, de manière à contenir les effets d'aubaine et à éviter les transferts de praticiens d'une commune à une autre.

M. Christian Paul, rapporteur. Avis favorable.

Mme Annie Le Houerou. L'extension du dispositif proposée dans cet amendement est insuffisante. Aucune restriction ne devrait subsister et les agences régionales de santé devraient pouvoir conclure un tel contrat avec n'importe quel médecin généraliste, y compris dans les zones urbaines qui sont également gagnées par la désertification médicale. La coercition serait même nécessaire, à mon sens, dans le contexte actuel.

M. Christian Paul, rapporteur. Je vous remercie, madame Le Houerou, d'avoir cosigné cet amendement malgré la nuance que vous venez d'apporter, et que je considérerai comme un complément.

Nous avons fait le choix d'une méthode concertée : sur le dispositif proposé par l'article 40, nous avons consulté les syndicats de médecins, messieurs Door et Jacquat !

Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale vise à refonder les méthodes d'incitation : la pratique a jusqu'ici été trop tiède, parfois mal adaptée et insuffisamment ciblée, d'où un bilan négatif. Notre stratégie repose donc sur le déploiement d'un éventail beaucoup plus large de propositions : nouveaux statuts offerts aux médecins, coopération avec les facultés de médecine, co-responsabilité à mettre en œuvre entre le monde médical, les élus locaux et l'État. Les incitations strictement financières ne suffiront pas en effet à régler le problème des déserts médicaux.

L'amendement présenté par Olivier Véran permet à un plus grand nombre de médecins de conclure un contrat de praticien territorial de médecine générale. Les médecins généralistes ne s'installent en moyenne que dix ans après leur sortie de l'université. Entre-temps, ils alimentent les bataillons des médecins remplaçants ou exercent dans d'autres cadres. Leur permettre de profiter de ce statut est donc positif. Les déserts médicaux n'existent pas seulement dans les territoires ruraux et peuvent se développer, comme vous l'avez indiqué madame Le Houerou, en ville. Nous avons conduit une mission parlementaire en Seine-Saint-Denis qui nous avait permis de constater que le désert médical s'étendait jusqu'aux portes de Paris et peut-être même dans certains quartiers de la capitale. Cependant, nous ne sommes pas favorables à l'extension de l'accès au statut de praticien territorial de médecine générale à tous les médecins car il a été conçu en priorité pour les jeunes praticiens.

Il est prévu que 200 contrats soient signés chaque année, avec des médecins sortant de la faculté ou, désormais, avec des médecins remplaçant. Leurs revenus seront sécurisés pendant deux ans. Parallèlement, il convient d'ouvrir davantage les maisons de santé et la médecine salariée aux médecins plus âgés qui souhaiteraient se sédentariser.

*La Commission **adopte** l'amendement AS 183.*

Elle examine ensuite l'amendement AS 241 de M. Christian Paul, rapporteur.

M. Christian Paul, rapporteur. Cet amendement tend à poursuivre l'extension de l'accès au statut de praticien territorial de médecine générale. Originellement réservé aux jeunes médecins en fin de cursus universitaire, ce contrat vient d'être ouvert aux médecins remplaçants. Nous proposons ici d'inclure dans ce dispositif les assistants des hôpitaux qui exercent à mi-temps et qui ont accompli moins de deux ans de services effectifs à temps plein au sein d'un établissement.

M. Gérard Sebaoun. Le texte ne devrait-il pas préciser que les assistants d'hôpitaux dont il est question sont ceux de médecine générale ?

M. Christian Paul, rapporteur. Il est probable que les médecins spécialistes ne signeront pas de tels contrats. La rédaction de l'amendement ne l'interdit certes pas, mais doit-elle le faire ?

*La Commission **adopte** l'amendement AS 241.*

Puis elle est saisie de l'amendement AS 129 de M. Jean-Louis Roumegas.

Mme Véronique Massonneau. Cet amendement a pour objet d'introduire dans cet article le principe de l'éducation à la santé. Les maladies chroniques se développent

fortement. Ce sont, pour la plupart, des maladies dites environnementales. Le cancer en fait partie et le nombre de cas a augmenté de plus de 40 % depuis 1980. La liste de ces maladies est longue ; elle comprend notamment l'obésité, le diabète et l'asthme. Toutes coûtent très cher à notre système de sécurité sociale. Le groupe écologiste est attaché à la prévention en matière de santé publique. Nous souhaitons donc que les jeunes médecins, en lien avec les agences régionales de santé, jouent un rôle dans l'éducation à la santé.

M. Christian Paul, rapporteur. Je suis favorable à cet amendement qui vient enrichir la liste des tâches que les praticiens territoriaux de médecine générale peuvent remplir. La question de l'éducation à la santé est très importante. Ce contrat porte une conception de l'exercice de la médecine générale qui ne se borne pas à l'accueil des patients dans un cabinet pour les soigner mais qui repose également sur des actions de dépistage, de prévention et, comme vous le proposez madame Massonneau, d'éducation à la santé. Il faudra progressivement insérer dans ces contrats des formes de rémunération adaptées à ces missions.

Mme Véronique Massonneau. Deux communes rurales, situées dans ma circonscription, ont créé un centre de soins - non une maison de santé - avec le soutien de l'agence régionale de santé. Elle regroupe de nombreuses activités médicales et accueille des internes pour les former. Les praticiens échangent sur la prévalence des pathologies dans leur patientèle et forment à l'éducation à la santé et à la prévention. Ces internes reviennent souvent à la fin de leurs études comme remplaçants et deux d'entre eux vont devenir titulaires. Cette expérience est un vrai succès.

M. Denis Jacquat. Afin d'éviter les récurrences, l'éducation thérapeutique du patient pourrait également être mentionnée...

M. Christian Paul, rapporteur. Je suis prêt à considérer que l'éducation thérapeutique fait partie des tâches que doit assumer une équipe de médecine de proximité. Le praticien territorial de médecine générale a l'avantage de pouvoir être mandaté sur des missions nouvelles.

M. Jean-Louis Roumegas. L'éducation à la santé vise à la prévention et l'éducation thérapeutique me semble d'une nature différente.

Mme la présidente Catherine Lemorton. L'éducation thérapeutique regroupe l'observance du traitement, l'accompagnement de l'entourage du malade et la prévention que doit mettre en œuvre le malade chronique pour préserver ce qui lui reste de son capital santé. Ayant entendu Véronique Massonneau, on peut penser que l'éducation thérapeutique va de soi dans le partenariat entre les praticiens réunis dans la maison de soins.

M. Denis Jacquat. La prévention est destinée à éviter les maladies chroniques, alors que l'éducation thérapeutique vise à éviter la survenance des périodes aiguës de la maladie. Cette éducation fonctionne très bien en Belgique, en Suisse et a été officiellement reconnue par la loi « HPST ».

La Commission adopte l'amendement AS 129.

Elle examine ensuite l'amendement AS 117 de M. Arnaud Richard.

M. Arnaud Richard. Dans l'exposé des motifs de cet article, on considère que la définition des zones prioritaires devrait être du ressort des agences régionales de santé.

L'objectif de cet amendement est plutôt d'établir un processus d'élaboration partagée, impliquant notamment les hôpitaux publics et les cliniques, sous l'autorité des agences. Chaque année, un objectif cartographié de création de maisons de santé serait fixé. Les budgets dévolus à cette création seraient sanctuarisés.

M. Christian Paul, rapporteur. Nous avons assez dénoncé le caractère inopérant des zonages utilisés pour l'avenant n° 20 ou pour les schémas régionaux d'organisation des soins ambulatoires pour ne pas être hostiles à cette coproduction sous l'autorité des agences régionales de santé. Cet amendement pourrait donc être adopté quitte à en préciser la rédaction en séance publique.

M. Olivier Véran. Les agences régionales de santé ont, depuis la loi « HPST », vocation à établir les volets ambulatoires des schémas régionaux d'organisation de soins, censés déterminer les besoins et l'offre de soins à répartir sur le territoire. Ces volets sont non opposables mais constituent des indicateurs forts et des lignes de conduite politique pour le déploiement territorial par les agences de l'ensemble des outils nécessaires. Les observatoires régionaux de santé produisent des données de même que la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la santé (DRESS), l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) et l'assurance maladie. Beaucoup d'acteurs réfléchissent donc déjà à la localisation des centres de santé et, sans être opposé à cet amendement, il me semble que cet exercice annuel de cartographie est une prérogative de l'agence régionale de santé.

M. Christian Paul, rapporteur. Cet amendement comporte deux éléments – la cartographie des zonages et la sanctuarisation des crédits budgétaires – que je souhaiterais disjoindre. Les agences régionales de santé reconnaissent que les zonages ont été élaborés après des concertations insuffisantes et n'étaient pas opératoires. Le précédent ministre de la santé leur avait demandé, pour des raisons budgétaires, de diviser par deux le nombre de zonages déficitaires : nous ne voulons évidemment pas faire de même. Mais le fonds d'intervention régional, le FIR, a été créé pour allouer aux agences régionales de santé des crédits leur garantissant des marges de manœuvre. La sanctuarisation nationale de ces crédits ne doit pas faire obstacle à une gestion souple de ces sommes par les agences régionales de santé, au niveau local. En l'état, l'amendement n'est donc pas acceptable sur ce point. L'objectif cartographié annuel pourrait en revanche être retenu ; cela permettrait de « décliner » le schéma régional d'organisation des soins ambulatoires, procédure lourde qui n'est pas révisable chaque année.

M. Arnaud Richard. J'entends les arguments du rapporteur sur la souplesse qu'offrirait cette cartographie par rapport aux schémas régionaux d'organisation de soins ambulatoires actuels et je reconnais que le FIR n'a sans doute pas à être intégré dans un tel amendement.

Mme Sylviane Bulteau. Les sources de financement des maisons pluridisciplinaires de santé sont multiples ; elles proviennent des agences régionales de santé, des régions, des départements, voire des communes ou des organismes d'HLM ! Il convient d'apporter de la cohérence à ce système et de convenir des critères définissant les zones de désertification médicale. La réflexion n'est pas aboutie et cet amendement semble prématuré.

Mme Fanélie Carrey-Conte. Si l'objectif cartographié de création de maisons de santé devait être conservé, il conviendrait d'ajouter à ces dernières les centres de santé dont l'organisation et les missions sont spécifiques.

M. Christian Paul, rapporteur. En tenant compte de notre discussion, l'amendement pourrait être ainsi rédigé : « *Afin de faciliter l'installation durable des jeunes praticiens, chaque agence régionale de santé élabore chaque année en concertation un objectif cartographié de création de maisons de santé et de centres de santé* ».

Cet amendement serait inséré à la suite du sixième alinéa de l'article 40.

M. Alain Richard. D'accord.

La Commission adopte l'amendement AS 117 ainsi rectifié.

Elle est saisie de l'amendement AS 242 de M. Christian Paul, rapporteur.

M. Christian Paul, rapporteur. Cet amendement vise à compléter les dispositifs de lutte contre les déserts médicaux en facilitant l'exercice de la médecine salariée. L'objectif n'est pas de réduire l'attractivité de l'exercice libéral. La médecine salariée constitue néanmoins un complément. Elle pourrait être exercée dans des maisons de santé pluridisciplinaires, dans des centres de santé – la ministre des affaires sociales et de la santé a lancé une mission sur ces centres pour en consolider le modèle –, ou à partir d'hôpitaux de proximité ou de mutuelles. Cela permettrait, au cours des prochaines années, de faciliter l'arrivée de plusieurs centaines de médecins, en plus des praticiens territoriaux de médecine générale, dans les territoires ruraux ou urbains souffrant d'un déficit de présence médicale.

M. Jean-Pierre Door. Monsieur le rapporteur, j'espère que ce ne sont pas des médecins salariés des hôpitaux qui vont aller en ville car l'hôpital aurait à en pâtir.

D'autre part, pourquoi n'avez-vous pas voté hier l'amendement qui permettait à des médecins retraités d'exercer dans ces centres et dans les maisons de santé ? Je réitère donc cette proposition.

M. Denis Jacquat. Le contrat des médecins salariés doit être suffisamment long car les patients souhaitent être suivis par le même médecin pendant plusieurs années.

M. Olivier Véran. Proposer que des médecins libéraux à la retraite âgés de plus de 65 ans viennent travailler dans des zones peu denses ne me paraît pas être une solution de long terme !

M. Christian Paul, rapporteur. Personne ne s'est opposé à la faculté de faire appel à des médecins retraités : nous avons simplement mis en doute le caractère attractif de certaines exonérations de cotisation vieillesse.

Les médecins recrutés par des hôpitaux de proximité pourraient bénéficier de contrats de plusieurs années. Ces contrats devraient également garantir une certaine souplesse : venant de l'extérieur, ils pourraient ainsi exercer à l'hôpital et en ville, ou exclusivement au même endroit, tout en relevant de l'autorité de l'hôpital de proximité.

La Commission adopte l'amendement AS 242.

Puis elle adopte l'article 40 modifié.

Article additionnel après l'article 40 : *Autorisation donnée aux pédicures-podologues de renouveler les prescriptions médicales initiales d'orthèses plantaires.*

La Commission est saisie de l'amendement AS 243 de M. Christian Paul, rapporteur.

M. Christian Paul, rapporteur. Cet amendement concerne la profession des podologues. Les conclusions d'une concertation, menée ces dernières années, doit recevoir une transcription législative afin de leur permettre de renouveler quelques prescriptions médicales sans passer par un médecin.

La Commission adopte l'amendement AS 243

Après l'article 40

L'amendement AS 176 de M. Fernand Siré n'est pas défendu.

La commission est saisie de l'amendement AS 3 de M. Arnaud Robinet.

M. Arnaud Robinet. La loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé a introduit l'obligation pour le médecin d'inscrire sur l'ordonnance la mention « *non substituable* » sous forme exclusivement manuscrite.

À l'heure où les médecins sont fortement incités, à travers notamment le paiement à la performance, à informatiser leurs cabinets et où s'engagent des réflexions sur les prescriptions électroniques pour lesquelles des expérimentations sont déjà prévues, une telle obligation a perdu tout sens.

M. Christian Paul, rapporteur. Un dialogue avec les syndicats de médecins a été organisé sur cette question. Néanmoins, notre objectif est d'atteindre le taux de 85 % de substitution pour les génériques. Il s'agit d'un impératif national qui nécessite la mobilisation de tous les professionnels : les pharmaciens doivent utiliser la disposition « tiers payant contre générique » prévue par leur convention et les médecins doivent limiter la prescription du non-substituable. C'est pourquoi l'inscription manuscrite, même si elle peut apparaître comme une tracasserie administrative, marque la participation des praticiens à l'effort commun. Il nous semble nécessaire que le refus du générique soit un acte délibéré et l'inscription informatique serait une facilité susceptible de générer des abus.

M. Arnaud Robinet. Si le médecin prescrit en dénomination commune internationale – DCI –, ne pourrait-on laisser la responsabilité de la substitution au pharmacien ?

M. Christian Paul, rapporteur. Je ne suis en tout cas pas favorable au recours à des logiciels sur ce point. Nous avons longuement entendu les professionnels de santé, notamment les généralistes, sur le sujet et nous ne prenons donc pas cette décision à la légère.

M. Bernard Accoyer. Ce n'est pas en contraignant les citoyens que l'on obtient les meilleurs résultats. Il s'agit en l'espèce d'une demande insistante des généralistes dont, je le rappelle, nous manquons cruellement. Nous serions bien inspirés d'autoriser une mention informatique d'autant que c'est le législateur lui-même qui a poussé à l'informatisation des

cabinets. Cette exception est très mal vécue par une profession qui est au cœur du système de soins et il vaudrait mieux éviter de décourager ceux qui ont cette vocation.

M. Christian Paul, rapporteur. Je ne pense pas qu'une vocation de médecin se décide uniquement sur l'obligation faite de porter épisodiquement une mention manuscrite sur les ordonnances. Je ne suis pas hostile à l'idée de discuter la question avec les médecins dans le cadre de la simplification administrative. Mais, aujourd'hui, nous n'avons aucune garantie que la mention ne sera pas apposée automatiquement sur les ordonnances. Je reste donc défavorable à l'amendement.

M. Christian Hutin. Certaines caisses refusent d'ores et déjà le paiement quand la mention « non substituable » n'est pas manuscrite, anticipant la volonté du législateur. Par ailleurs, notre rapporteur a raison : une vocation de médecin ne se décide pas sur les modalités purement matérielles de la prescription. En tout cas, écrire à la main peut aider à la réflexion du médecin, sur la qualité de la prescription comme sur la gestion de la santé publique.

Mme la présidente Catherine Lemorton. De toute façon, avec les logiciels d'aide à la prescription, les médecins gagneront du temps par rapport à l'époque où ils rédigeaient leurs ordonnances entièrement à la main.

La Commission rejette l'amendement AS 3.

Article 41 : Expérimentation des parcours de santé des personnes âgées

La Commission est saisie de l'amendement AS 246 de M. Christian Paul, rapporteur.

M. Christian Paul, rapporteur. Il s'agit d'un amendement rédactionnel, visant à inclure dans l'expérimentation du parcours de santé tous les établissements de santé, publics et privés.

Mme Martine Pinville. Il faut en effet inclure dans ce dispositif tous les établissements, en particulier les établissements de soins de suite et de réadaptation où sont placées les personnes âgées après une intervention chirurgicale.

Mme Isabelle Le Calennec. N'est-ce pas la même question que ce matin ?

M. Christian Paul, rapporteur. Non, là il s'agit de viser l'ensemble des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés.

La Commission adopte l'amendement AS 246.

Puis elle examine l'amendement AS 245 de M. Christian Paul, rapporteur.

M. Christian Paul, rapporteur. Il s'agit d'inclure dans le dispositif, outre les établissements médico-sociaux, les services médico-sociaux.

Mme Martine Pinville. Il est important que les services d'aide à domicile, les services de soins infirmiers à domicile et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile – les SPASAD –, puissent participer à l'expérimentation que le projet de loi de financement vise à encourager. Ainsi, seraient fluidifiés, pour les personnes âgées en perte d'autonomie, les passages entre l'hôpital, les établissements de soins de suite et même le retour au domicile.

*La Commission **adopte** l'amendement AS 245.*

Elle se saisit ensuite de l'amendement AS 247, également de M. Christian Paul, rapporteur.

Mme Martine Pinville. L'amendement vise à permettre aux SPASAD d'expérimenter de nouvelles modalités de financement et d'organisation, de façon à faciliter la coordination entre acteurs du parcours de santé des personnes âgées.

*La Commission **adopte** l'amendement AS 247.*

*Elle **adopte** successivement les amendements rédactionnels AS 248, AS 249 et AS 250, de M. Christian Paul, rapporteur.*

*La Commission **adopte** l'article 41 **modifié**.*

Article 42 : *Abrogation de l'option de coordination*

*La Commission **adopte** l'article 42 **sans modification**.*

Article 43 : *Suppression de la participation de l'assurée pour les actes liés à l'interruption volontaire de grossesse*

L'amendement AS 81 de M. Dominique Tian n'est pas défendu.

*La Commission **adopte** l'article 43 **sans modification**.*

Article additionnel après l'article 43 : *Instauration de la facturation séparée en cas de transmission d'un échantillon biologique*

La Commission examine l'amendement AS 251 de M. Christian Paul, rapporteur.

M. Christian Paul, rapporteur. Il s'agit d'un article concernant la facturation des actes de biologie médicale. Les laboratoires de première intention, ceux qui effectuent les prélèvements, facturent désormais les prestations des laboratoires de seconde intention, ceux qui font les analyses, mais cette mesure est difficile à mettre en œuvre. Elle accroît les charges des premiers et provoque des retards de paiement chez les seconds. Il est donc proposé de revenir à la facturation séparée, système en vigueur jusqu'en décembre 2011 et sans inconvénient majeur.

*La Commission **adopte** l'amendement AS 251.*

Article additionnel après l'article 43 : *Expérimentation du tiers-payant intégral pour les soins de ville dispensés aux étudiants.*

Elle examine l'amendement AS 191 de M. Christian Paul.

M. Christian Paul, rapporteur. D'une manière générale, nous souhaitons continuer à étendre le tiers payant. Aussi cet amendement propose-t-il de l'expérimenter, pendant deux ans, pour les soins de ville dispensés aux étudiants. Le mécanisme serait testé dans trois villes universitaires avant d'être évalué. Nous avons déjà évoqué la précarité, pour ne pas dire la

misère sanitaire, en milieu étudiant. Le tiers payant pourrait se révéler un outil très efficace pour faciliter l'accès aux soins, puisqu'il éviterait l'avance des frais.

M. Jean-Louis Roume gas. Tous s'accordent en effet pour estimer que cette nécessité d'avancer les frais est un des premiers facteurs du renoncement aux soins.

M. Bernard Accoyer. Mais qui paiera le reste à charge, en l'absence de couverture complémentaire ?

M. Christian Paul, rapporteur. L'étudiant.

M. Gérard Sebaoun. Même dans ce cas, la disposition est indéniablement de nature à lever un obstacle aux soins.

M. Christian Paul, rapporteur. Une telle expérimentation est plus facile à réaliser auprès des étudiants dont les mutuelles font aussi fonction, par délégation du régime général, de caisses primaires. Le principal obstacle à l'extension du tiers payant tient en effet à la difficulté des échanges, dans les autres cas, entre l'assurance maladie et les assurances complémentaires.

M. Christian Hutin. Existe-t-il des étudiants qui ne relèvent pas du régime étudiant ? Je pense en particulier à ceux qui demeurent ayants-droits des parents.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Dans ce cas, ils relèvent également de l'assurance complémentaire de leurs parents si ceux-ci en ont une. Il n'y a pas de problème.

La Commission adopte l'amendement AS 191.

Article 44 : *Mesures relatives à la publicité pour les produits de santé*

L'amendement AS 82 de M. Dominique Tian n'est pas défendu.

La Commission examine l'amendement AS 21 de M. Arnaud Robinet.

M. Arnaud Robinet. L'interdiction posée par l'article 44 n'a pas pour objet d'entraver l'essor de l'automédication justifiée, de restreindre les mesures de régulation du Comité économique des produits de santé (CEPS) sur les médicaments remboursables, ni de limiter les sanctions prévues au II.

En revanche, la portée du I justifie de lever les ambiguïtés éventuelles de la notion de « reprise de dénomination ».

M. Christian Paul, rapporteur. Non seulement un décret en Conseil d'État n'est pas nécessaire, mais il pourrait conduire à différer la mise en œuvre de cet article ! Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement AS 21.

Puis elle adopte l'article 44 sans modification.

Article 45 : *Recommandations temporaires d'utilisation et prise en charge de médicaments pour lesquels il existe des alternatives thérapeutiques*

L'amendement AS 83 de M. Dominique Tian n'est pas défendu.

La Commission est saisie d'un amendement AS 20 de M. Arnaud Robinet.

M. Arnaud Robinet. Cet amendement tend à supprimer l'article.

Les recommandations temporaires d'utilisation (RTU) ont été créées en 2011 par la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament afin de pallier, dans un souci de sécurité sanitaire, une absence d'alternative médicamenteuse.

L'article 45 autorise l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) à délivrer une recommandation temporaire pour la prescription et le remboursement d'un médicament quand bien même il existerait une alternative thérapeutique disposant d'une autorisation de mise sur le marché dans l'indication concernée. Il dévoie ainsi la recommandation temporaire en en faisant un instrument à finalité économique. En outre, il entraînerait une rupture de concurrence entre les entreprises concernées, puisque celles qui auront engagé des dépenses en vue de l'obtention d'une autorisation de mise sur le marché pour un produit ou une indication seront pénalisées si des recommandations temporaires sont attribuées à des produits pour lesquels aucune autorisation n'aura été demandée.

Par ailleurs, l'article légaliserait un inégal accès aux soins : certains patients, pour des raisons de coût, se verraient imposer un traitement dont le rapport favorable bénéfice-risque n'aurait pas été établi.

Seules des préoccupations de santé publique, en l'absence d'alternative thérapeutique, peuvent justifier la prescription hors autorisation de mise sur le marché (« hors AMM »), d'autant que l'État a tous les moyens d'intervenir s'il considère qu'il existe un dysfonctionnement économique ou financier.

M. Christian Paul, rapporteur. Je sais l'attachement d'Arnaud Robinet à la loi sur le médicament de 2011. Mais nous pouvons encore améliorer ce texte, au nom du même esprit de responsabilité qui a présidé à son élaboration. Aujourd'hui, les prescriptions « hors AMM » sont possibles mais très encadrées. L'article 45 tend à mieux distinguer l'usage légitime du « hors AMM » de son abus. En effet, certains laboratoires recourent à des pratiques commerciales douteuses, refusant de demander l'extension de leur autorisation pour des produits dont l'efficacité est avérée. Nous pourrions citer des noms si nécessaire ; je vois que Bernard Accoyer les a lui aussi à l'esprit. Des médicaments produits par les mêmes groupes sont ainsi commercialisés à des tarifs extrêmement différents. Nous proposons donc d'autoriser, dans des conditions précises qui garantiront la sécurité des patients et seront appréciées au cas par cas par l'ANSM, l'utilisation « hors AMM » de médicaments qui pourraient rendre d'immenses services à des prix significativement inférieurs à ceux qui sont pratiqués aujourd'hui.

Ce sujet mérite que nous en débattions, monsieur Robinet. Prenons garde de ne pas protéger d'instinct la loi originelle, ce qui nous empêcherait de progresser ensemble.

M. Bernard Accoyer. L'improvisation qui a conduit à proposer cet article, s'agissant de la procédure dûment encadrée d'autorisation de mise sur le marché et dans un contexte d'attention accrue à la sécurité du médicament, est dangereuse. Certes, une décision

récente portant sur une maladie gravement invalidante renchérit considérablement la prise en charge des patients en secteur hospitalier, qui faisait auparavant l'objet d'un accommodement. Mais le cas du produit évoqué, qui a permis d'améliorer le traitement du cancer et s'est révélé remarquablement efficace contre une maladie dégénérative qui constitue la première cause de cécité, est tout à fait particulier. Si nous sortions du cadre spécifique dans lequel les recommandations temporaires d'utilisation étaient jusqu'à présent délivrées, nous le regretterions amèrement et nous pourrions être appelés à rendre des comptes.

Je soutiens donc l'amendement de suppression.

M. Gérard Bapt. L'article vise à résoudre un problème évoqué lors de la discussion de la loi sur le médicament. Indépendamment de l'épisode récent auquel il a été fait référence, imaginons qu'un produit devenu générique manifeste en pratique des effets bénéfiques non indiqués dans l'autorisation de mise sur le marché initiale : le laboratoire n'aura aucun intérêt à engager des études cliniques coûteuses pour obtenir l'extension de l'autorisation puisque la molécule est tombée dans le domaine public. Le plus souvent, la puissance publique ne peut non plus procéder à ces études, surtout si ne sont concernés qu'un petit nombre de patients. Voilà pourquoi le pouvoir dévolu à l'ANSM de délivrer une recommandation temporaire d'utilisation doit être étendu, ce qui suppose bien entendu une vigilance accrue.

Monsieur Accoyer, c'est depuis plusieurs années que l'indication de *l'Avastin* est contrariée par celle du *Lucentis*. Les molécules des deux produits appartiennent à la même famille ; les laboratoires *Novartis* et *Roche* en ont racheté les droits à l'entreprise qui la produisait. Cette molécule empêche la prolifération des vaisseaux, ce qui explique qu'elle puisse à la fois enrayer l'extension des cellules tumorales en « asséchant » la vascularisation et traiter la forme dite exsudative de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA).

Si le laboratoire qui produit *l'Avastin* se refuse à demander l'autorisation de mise sur le marché, c'est en raison de circonstances économiques tout à fait particulières, contrairement à ce que laisse entendre l'exposé sommaire de l'amendement. En effet, les deux laboratoires sont liés par des intérêts commerciaux communs, l'un touchant des royalties de l'autre, et tous deux se partagent le marché mondial de cette indication, lequel représente 3 milliards de dollars et se développe rapidement avec le vieillissement de la population et les progrès du dépistage de la DMLA. Un laboratoire lié à celui qui produit le médicament, ou qui a intérêt à le commercialiser dans tel ou tel pays, ne saurait aller contre les intérêts de son partenaire ou les siens propres.

En soutenant le texte du Gouvernement, nous témoignons notre confiance à la nouvelle agence du médicament, créée par une loi dont, si je ne m'abuse, Arnaud Robinet était rapporteur, et qui réunira en fin de semaine prochaine son premier conseil d'administration.

M. Gérard Sebaoun. On sait aujourd'hui que l'un des deux médicaments, en injection, peut remplacer l'autre. Mme Touraine l'a dit avec la prudence à laquelle elle est tenue. Selon une étude menée en Grande-Bretagne, l'économie ainsi réalisée y approcherait 90 millions d'euros. La substitution se pratique couramment en Belgique, comme d'ailleurs, dans la pratique, dans notre pays. Ce problème doit être résolu. Nous ne pouvons accepter que les laboratoires entravent la poursuite d'un objectif de santé publique : le traitement de la DMLA au meilleur coût pour la société.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Contrairement à l'idée que certains cherchent à diffuser dans l'opinion publique, l'article 45 n'est pas un article de circonstance. On évoque un cas qui a fait la une des journaux, mais bien d'autres molécules sont concernées. Monsieur Robinet, dois-je rappeler une fois de plus les conclusions du rapport publié en 2008 par la Commission européenne, fondé notamment sur des perquisitions dans les sièges sociaux des laboratoires et qui mettait en évidence la stratégie des brevets « en grappe », laquelle consiste à demander des brevets à chaque stade de fabrication du produit pour éviter que celui-ci ne tombe dans le domaine public ? Je regrette que Bernard Accoyer ne soit plus là pour m'entendre.

M. Christian Paul, rapporteur. Je le répète, la décision sera appréciée au cas par cas et conformément à la doctrine de sécurité récemment publiée par l'ANSM. Il n'y a là aucune improvisation, contrairement à ce que disait l'un d'entre vous, qui a jugé le sujet suffisamment grave pour quitter la réunion !

M. Denis Jacquat. Pas de procès d'intention !

M. Jean-Pierre Door. Il avait un autre engagement !

M. Gérard Bapt, rapporteur. C'est une habitude.

M. Jean-Pierre Door. Je me souviens de membres de votre groupe qui, chaque semaine, arrivaient en réunion pour en repartir presque aussitôt !

Mme la présidente Catherine Lemorton. Mais ils ne venaient pas donner des leçons.

La Commission rejette l'amendement AS 20.

Puis elle examine l'amendement AS 252 de M. Christian Paul, rapporteur.

M. Christian Paul, rapporteur. Il s'agit de préciser que les recommandations temporaires d'utilisation visant à éviter des dépenses significatives seront demandées « à titre exceptionnel ».

La Commission adopte l'amendement AS 252.

Puis elle adopte l'article 45 modifié.

Après l'article 45

La Commission examine l'amendement AS 120 de M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Les médicaments génériques ont permis à la sécurité sociale de réaliser de substantielles économies. Il convient donc d'inscrire les médicaments au répertoire des génériques une fois qu'ils sont tombés dans le domaine public. L'amendement tend à modifier le code de la santé publique afin que deux médicaments administrés par voie respiratoire puissent être inscrits au répertoire des génériques, ce qui permettra aux pharmaciens d'exercer leur droit de substitution.

M. Christian Paul, rapporteur. La question est intéressante et la réponse plutôt séduisante, mais elle pose deux problèmes. D'abord, pour un même principe actif, l'efficacité

d'un médicament peut varier selon le système d'inhalation. Ensuite, si le *spray* est substitué en cours de traitement au médicament précédemment administré, le patient risque d'être déstabilisé, ce qui nuira à l'efficacité du produit, en particulier chez les personnes âgées. Il faudrait donc au moins s'assurer que le *spray* est prescrit au début du traitement. Plusieurs pays européens ont d'ailleurs très strictement encadré la substitution de ces produits.

Nous travaillons donc avec la présidente à un amendement qui remédierait à ces difficultés tout en donnant satisfaction à votre légitime demande.

Avis défavorable.

M. Francis Vercamer. J'accepte de retirer mon amendement au profit du vôtre.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Merci, monsieur Vercamer. Il s'agit simplement d'éviter de déstabiliser le patient pour des raisons purement mécaniques.

L'amendement AS 120 est retiré.

La Commission en vient à l'amendement AS 262 de la présidente.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Nous souhaitons éviter que le nom d'un laboratoire générique ne soit mentionné lors de la prescription d'une spécialité pharmaceutique en dénomination commune internationale. Cela devrait contribuer à rendre notre pays moins réfractaire aux génériques. En réalité, un seul laboratoire est concerné, celui-là même dont les publicités à la télévision vont être taxées et qui est la filiale de certain grand laboratoire dont on a beaucoup parlé grâce aux travaux de Gérard Bapt.

M. Arnaud Robinet. Vous parlez de *Biogaran*.

Mme la présidente Catherine Lemorton. En effet. Il est toujours sur le devant de la scène : cela finit par être suspect ! En pharmacie, les patients à qui leur médecin a prescrit un générique en précisant le nom de cette marque refusent le générique d'un autre laboratoire.

M. Arnaud Robinet. Je ne suis pas opposé à votre amendement, mais ne risque-t-il pas de déresponsabiliser le pharmacien ? N'est-ce pas à lui de convaincre le patient de se tourner vers un générique équivalent si celui qu'il demande n'est pas disponible ?

Mme la présidente Catherine Lemorton. Je sais d'expérience que son effort serait vain. Quand il n'y a que 2,50 euros de différence, pour l'amoxicilline par exemple, le pharmacien finit par se décourager.

M. Arnaud Robinet. Autant supprimer les noms de marque des boîtes de génériques, comme on envisage de le faire sur les paquets de cigarettes !

Mme la présidente Catherine Lemorton. Il n'est pas question d'aller jusque-là.

M. Francis Vercamer. Quelle sanction le praticien encourt-il ?

Mme la présidente Catherine Lemorton. Les pharmaciens feront état de cette pratique, la caisse primaire la constatera et je ne doute pas qu'elle prendra fin très rapidement.

Suivant l'avis favorable du rapporteur, la Commission adopte l'amendement AS 262.

L'amendement AS 29 de M. Dominique Tian n'est pas défendu.

Elle en vient ensuite aux amendements identiques AS 119 de M. Arnaud Richard et AS 132 de M. Jean-Louis Roumegas.

M. Arnaud Richard. Il s'agit de lutter contre les stratégies visant à contourner la prescription de génériques. L'année 2011 a en effet été marquée par un recul inédit des génériques, que le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie explique par un transfert de la prescription vers les produits hors répertoire, donc encore sous brevet. Il est donc proposé de créer un répertoire des équivalents thérapeutiques afin d'obliger l'ANSM, la Haute Autorité de santé et l'assurance maladie à définir la notion de « *garanties thérapeutiques indubitables* ».

La présidente et le rapporteur devraient approuver cet amendement puisqu'ils ont proposé le même, ou presque, l'année dernière.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Et toutes les années précédentes !

M. Christian Paul, rapporteur. Le Gouvernement a l'intention de proposer aux professionnels et aux publics plusieurs bases de données indépendantes dans le domaine de la santé. La ministre de la santé l'a rappelé publiquement il y a quelques jours. C'est donc au Gouvernement d'apprécier l'opportunité de cet amendement, que je vous suggère par conséquent de déposer à nouveau en séance.

M. Arnaud Richard. Je suis surpris de votre réponse. Vous étiez d'accord avec moi lorsque vous siégiez dans l'opposition !

M. Christian Paul, rapporteur. Cela n'a rien d'incohérent.

M. Arnaud Richard. S'il voulait se prononcer sur nos amendements, le Gouvernement n'avait qu'à venir en commission. Les prérogatives du Parlement nous autorisent à voter l'amendement sans attendre son avis, quitte à reprendre cette discussion dans l'hémicycle. Sinon, le travail en commission ne sert à rien ! Il y va de votre légitimité de rapporteur. Mais votre réaction est compréhensible de la part d'un membre de la majorité.

M. Christian Paul, rapporteur. Une nouvelle disposition législative est inutile : votre demande est en effet satisfaite par l'article 8 de la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, qui prévoit la constitution par l'ANSM et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) d'une base de données sur les traitements et le bon usage des produits de santé.

De plus, le Gouvernement ayant, comme je l'ai dit, l'intention de créer une base de données des produits de santé, peut-être envisage-t-il d'aller au-delà de cette disposition et nous aurions donc tout intérêt à ouvrir le dialogue avec lui sur le sujet, plutôt que de répéter ce que dit déjà la loi.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Ne soyez pas déçu, monsieur Richard, nous sommes globalement d'accord avec vous. Ce dossier avancera, d'autant plus que la question des médicaments biosimilaires, qui se posera bientôt, devra être également traitée.

M. Jean-Louis Roumegas. Tous les défenseurs des médicaments génériques demandent qu'ils soient répertoriés. J'entends votre réponse mais je ne vois pas pourquoi la

Commission n'affirmerait pas sa volonté, quitte à ce que le Gouvernement nous demande de retirer ces amendements en séance, ce que, pour ma part, je ferai bien volontiers s'il a une solution à nous proposer.

M. Christian Paul, rapporteur. Je ne crois pas que le Parlement sorte renforcé de l'adoption d'une disposition qui figure déjà dans la loi. Je vous renvoie à nouveau à l'article L. 161-40-1 du code de la santé publique invitant l'ANSM, en liaison avec la Haute Autorité de santé et l'UNCAM, à créer une base de données administrative et scientifique sur les traitements.

Cela étant, vous pourriez fort bien retirer vos amendements et les redéposer en séance publique. Le débat aura alors lieu très sereinement.

M. Arnaud Richard. Nous les maintenons.

La Commission rejette les amendements AS 119 et AS 132.

Article 46 : *Encadrement de la visite médicale à l'hôpital*

La Commission examine les amendements de suppression AS 7 de M. Arnaud Robinet, AS 43 de Mme Bérengère Poletti et AS 84 de M. Dominique Tian.

M. Arnaud Robinet. La question de l'encadrement de la visite médicale à l'hôpital a longuement été débattue à l'occasion du vote de la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament. Elle fut d'ailleurs l'occasion d'une divergence entre le ministre de la santé d'alors et le rapporteur du texte. La plupart de mes collègues de la majorité considéraient que les visiteurs médicaux devenaient les boucs émissaires du scandale du *Mediator*, alors que ce dernier avait plus touché la médecine de ville que le milieu hospitalier. L'amendement de notre ancien collègue Guy Lefrand, que nous soutenions, visait à assouplir l'article 19 du projet de loi.

Une grande partie de l'opposition était quant à elle plutôt défavorable à cet article en invoquant notamment l'impact d'une telle mesure sur l'emploi dans l'industrie pharmaceutique, arguant qu'il y avait une incohérence à viser la visite médicale en milieu hospitalier et non en médecine de ville.

Cet article 46, vous le comprendrez, m'a donc surpris et je propose de le supprimer même si je suis rassuré en constatant que la présidente a déposé un amendement qui semble rejoindre celui de Guy Lefrand.

M. Christian Paul, rapporteur. L'article 46 vise à pérenniser les visites collectives. Les problèmes qu'elles soulèvent ne sont d'ailleurs pas apparus à l'occasion de l'affaire du *Mediator*. Nous avons essayé de trouver depuis longtemps des formes de moralisation et d'encadrement à la définition desquelles vous avez d'ailleurs contribué.

Nous ne sommes pas hostiles à ce que la visite médicale en face à face perdure dans certains cas limités, concernant des médicaments très précisément définis qui ne sont prescrits qu'à l'hôpital.

M. Arnaud Robinet. C'était le sens de l'amendement Lefrand.

M. Gérard Bapt. Non ! Nous avons été roulés dans la farine !

M. Christian Paul, rapporteur. Nous serons extrêmement précis en encadrant ces visites de manière à éviter que des patients qui retournent en médecine de ville ne soient captifs de l'usage de certains médicaments prescrits à l'hôpital, suite à des visites peu ou mal encadrées. Si vous le souhaitez aussi, votez donc l'article 46 modifié par l'amendement AS 178 présenté par la présidente !

M. Denis Jacquat. Nous avons déjà beaucoup discuté de cette question et, comme l'a rappelé Arnaud Robinet, nous avons obtenu le vote de l'amendement Lefrand.

L'article 46 entraîne une nouvelle modification qui fait réagir nombre de visiteurs médicaux, en particulier hospitaliers. Les amendements qui viendront en discussion – dont le vôtre, madame la présidente, ainsi que celui de Dominique Orliac en partie –, induisent un retour à la situation prévalant après l'adoption de l'amendement Lefrand. C'est donc un rétropédalage de plus, qui pourra d'ailleurs peut-être donner satisfaction !

M. Gérard Bapt. Nous avons en effet considéré que l'expérimentation de la visite médicale collective en milieu hospitalier risquait d'être une procédure un peu lourde. Nous avons donc voté l'amendement Lefrand excluant de celle-ci les médicaments de réserve hospitalière, les médicaments à prescription hospitalière, et les médicaments à prescription initiale hospitalière.

Nous nous sommes cependant aperçus que l'esprit dans lequel le ministre Xavier Bertrand avait accepté cette disposition avait été dévoyé. Certains laboratoires, en effet, utilisent la prescription hospitalière initiale en consentant de très importantes remises aux hôpitaux – de sorte que les pharmaciens d'établissements conseillent ces produits –, mais lorsque le patient revient en médecine de ville et continue de les utiliser, leur prix n'est plus du tout le même. Nous voulons donc mettre un terme à la « libéralité » qui avait été accordée à la prescription hospitalière initiale.

En revanche, les médicaments relevant de la réserve hospitalière ou de la prescription hospitalière exclusive sont des produits particuliers, pour des patients souffrant d'affections précises, et qui sont prescrits par des médecins très spécialisés. L'exonération de visite médicale collective peut donc leur être accordée.

Par ailleurs, l'article 46 présente l'avantage d'alléger le dispositif en n'impliquant pas la signature de conventions, au cas par cas, par les établissements. L'inscription de ces dispositions dans le règlement intérieur évitera la paperasse.

M. Jean-Pierre Door. Nous voterons évidemment ces amendements de suppression.

Nous sommes étonnés car ce débat a déjà eu lieu voilà un an. Il a d'ailleurs été assez complexe, les personnels hospitaliers sachant très bien que la question des visites collectives est loin d'être évidente. Nous avons donc proposé une expérimentation de deux ans, qui n'est pas encore achevée. J'ajoute que les conventions avec les services hospitaliers n'ont pas toutes été signées et que les décrets relatifs à la visite collective sont très récents. Pourquoi ne pas aller au terme de l'expérimentation ? Je le répète, cette question est très délicate, à moins de vouloir en finir avec les visites médicales. Dans ce cas-là, vous seriez toutefois confrontés à de nouveaux plans sociaux.

M. Gérard Sebaoun. Il n'est pas question de faire croire qu'il y aurait d'un côté les soutiens de la visite médicale et, de l'autre, ses fossoyeurs. La visite médicale a connu

d'extraordinaires dérives, personne ne peut prétendre le contraire, mais ce métier s'est professionnalisé et est exercé aujourd'hui par des personnels compétents. Toutefois, nous voulons l'encadrer, comme c'est par exemple le cas aux États-Unis. Et c'est efficace ! Nous voulons donc remplacer l'expérimentation en cours par un dispositif pérenne inscrit dans le règlement intérieur des hôpitaux.

La Haute Autorité de santé a réuni des groupes de travail, produit des documents, certifié des établissements, rédigé un guide de bonnes pratiques de la visite médicale. Aujourd'hui, nous disposons de tous les éléments permettant d'apprécier la situation. L'intégration de la visite collective dans une unité qui fonctionne bien est de bonne politique.

Enfin, comme cela a déjà été dit, un amendement sera présenté permettant de traiter certaines situations exceptionnelles.

Mme Véronique Louwagie. Sans doute pourrait-on se donner un peu plus de temps pour évaluer un dispositif qui vient d'être mis en place. Un an, c'est trop peu. Je ne suis pas sûre, de surcroît, que l'instabilité induite par une succession de mesures soit facteur de grande efficacité.

M. Christian Paul, rapporteur. On peut vous donner raison sur ce point sans néanmoins en faire de même pour Jean-Pierre Door, puisque aucun texte réglementaire n'a été pris. L'expérimentation a tourné court. Le dispositif était sans doute peu opératoire du fait d'un champ d'application restreint qui impliquait en outre de passer de nombreuses conventions, ce qui n'a pas été le cas.

Nous procédons donc à une remise en ordre que vous trouvez sans doute un peu drastique mais l'amendement AS 178 permettra de parvenir à une position juste, équilibrée et permettant de moraliser la situation.

Mme Isabelle Le Callennec. Selon une évaluation, le dispositif institué par le précédent ministre de la santé aurait entraîné la perte de 1 500 emplois. Or l'étude d'impact n'en fait absolument pas cas. Nous avons pourtant le plus grand mal à imaginer qu'une telle mesure n'ait aucune conséquence de cet ordre. Comme mes collègues, je considère qu'il serait plus raisonnable d'aller au bout de l'expérimentation.

M. Christian Paul, rapporteur. Qui a tourné court, je le répète.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Le nombre de visiteurs médicaux se réduira inéluctablement, quelle que soit la volonté politique, puisque les stratégies ciblées de patients se développeront de plus en plus. C'est malheureux pour les visiteurs médicaux, mais c'est ainsi.

M. Gérard Sebaoun. L'Inspection générale des affaires sociales a remis un rapport prônant la disparition de la visite médicale. Nous ne proposons pas quant à nous de supprimer des emplois, mais de faire en sorte que ce métier continue d'exister.

La Commission rejette les amendements AS 7, AS 43 et AS 84.

Elle adopte ensuite l'amendement de codification AS 253 de M. Christian Paul, rapporteur.

L'amendement AS 28 de Mme Dominique Orliac n'est pas défendu.

Puis la Commission examine l'amendement AS 178 de M. Gérard Bapt.

M. Gérard Bapt. J'ai évoqué les conséquences d'un usage dévoyé de la prescription hospitalière initiale pour les finances publiques. Nous souhaitons donc, comme je l'ai déjà dit, l'application du principe de visite collective pour ce type de prescriptions.

*Suivant l'avis favorable du rapporteur, la Commission **adopte** l'amendement AS 178.*

*En conséquence, l'amendement AS 12 de M. Arnaud Robinet **tombe**.*

La Commission examine l'amendement AS 187 de M. Gérard Sebaoun.

M. Gérard Sebaoun. L'article 46 rend pérenne la visite médicale sous forme collective à l'hôpital et le dispositif fera l'objet d'une évaluation conduite par la Haute Autorité de santé. Notre amendement insiste sur le suivi des préconisations du guide des établissements de santé élaboré par celle-ci en matière de visite médicale.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Puisqu'on nous peint en liquidateurs de la visite médicale, je rappelle que, lorsque nous étions dans l'opposition, nous avons déposé un amendement visant à protéger ces lanceurs d'alertes que sont les visiteurs médicaux lorsqu'ils font remonter des signaux de pharmacovigilance. Le Gouvernement avait alors tenu à le reprendre à son compte, ce que nous avons généreusement accepté.

M. Christian Paul, rapporteur. Avis très favorable.

*La Commission **adopte** l'amendement AS 187.*

*Puis elle **adopte** l'article 46 **modifié**.*

Article 47 : Arrêt du processus de convergence intersectorielle

L'amendement AS 121 de M. Arnaud Robinet n'est pas défendu.

La Commission examine les amendements de suppression AS 44 de Mme Bérengère Poletti et AS 85 de M. Dominique Tian.

M. Jean-Pierre Door. Nous souhaitons que le processus de convergence tarifaire entre les secteurs public et privé soit poursuivi. Nous l'affirmons, y compris sur un plan idéologique : nous voulons défendre également les établissements privés car eux aussi ont besoin de sortir la tête hors de l'eau tant ils connaissent de difficultés.

De plus, pourquoi des actes sont-ils tarifés différemment selon le secteur dans lequel ils sont pratiqués, même s'il faut tenir compte des différences de pathologies ?

J'ajoute que la convergence tarifaire, qui permettait de réaliser quelque 150 millions d'euros d'économies chaque année, devait être progressive jusqu'à l'échéance de 2018.

Il convient, enfin, de se préoccuper de la convergence interne au secteur public car nous savons qu'il existe en son sein des différences entre établissements.

Le processus de convergence peut être modifié par la loi ou le règlement, mais il est hors de question de le stopper.

Mme Isabelle Le Callennec. Pourquoi remettez-vous en cause la convergence tarifaire ?

M. Christian Paul, rapporteur. Nous discuterons plus abondamment de cette question essentielle dans l'hémicycle.

Il importe que les Français comprennent nos choix. En l'occurrence, ils ne sont pas idéologiques bien que ce mot ne soit pas péjoratif. Nous assumons simplement une autre vision du financement des hôpitaux et de la conduite de leurs activités. Il y a une différence, en effet, entre l'hôpital public et les établissements privés. La Cour des comptes et tous ceux qui ont étudié la question de la convergence jugent que celle-ci est artificielle.

En effet, malgré son grand talent, Mme Bachelot n'a pas pu effacer d'un coup de baguette magique, à la faveur de la loi « HPST », les différences structurelles essentielles entre les secteurs public et privé. Il existe des différences d'organisation mais, contrairement à ce que vous avez prétendu pendant des années, il ne s'agit pas de dire que la moins bonne organisation supposée de l'hôpital public conduirait à des surcoûts. Il existe surtout des différences tenant à sa structure d'activités, à la sociologie de ses patients et à l'architecture de ses missions. Les cas traités, en proportion et en structure, y sont plus lourds. L'âge des patients, la nature des pathologies, la disponibilité attendue, et pas seulement dans les services d'urgence, y sont également différentes. La structure des coûts diffère donc et les moyens mobilisés en permanence ne sont pas ceux que l'on attend d'une clinique privée.

Les caractéristiques géographiques diffèrent également : le maillage des hôpitaux publics, souvent de proximité, est commandé par l'intérêt général. Je vous renvoie à des études qui ont été réalisées en Bretagne, madame Le Callennec. Elles montrent qu'à défaut d'un maillage, les chances de survie en cas de pronostic vital engagé diminuent de manière sensible. Pareilles missions et contraintes n'ont jamais été imposées à des établissements privés. C'est en cela que la convergence est, non pas idéologiquement, mais intellectuellement et structurellement, impossible à mettre en œuvre dans la durée. Je suis donc très heureux que le Gouvernement et la ministre de la santé aient souhaité y mettre fin sans retard.

M. Olivier Véran. La convergence tarifaire revient à postuler que l'hôpital public aurait les mêmes missions qu'une clinique privée, ce qui est un non-sens. L'arrêt de ce processus est souhaité par l'ensemble des hospitaliers, qu'ils soient médecins, paramédicaux ou administratifs. Cette décision est un motif de fierté pour la majorité, car il signifie la fin de l'hôpital-entreprise et la reconnaissance de la spécificité de l'hôpital public. J'aurais souhaité que l'opposition nous rejoigne sur cette question.

Mme Ségolène Neuville. Les cliniques et l'hôpital public n'accueillent pas les mêmes patients : les premières ont un public particulier, le second soigne l'ensemble de la population. La convergence tarifaire, associée à la tarification à l'acte, a permis aux cliniques de choisir leurs patients – des patients rentables, autrement dit des patients atteints d'une maladie suffisamment grave pour qu'elle corresponde à un codage rémunérateur, mais des patients suffisamment autonomes pour qu'ils puissent quitter la clinique rapidement. Ainsi, lorsqu'un patient âgé, atteint de polyopathologies, arrive aux urgences d'une clinique, celle-ci lui fait passer quantité d'examen coûteux, puis le dirige immédiatement vers l'hôpital public afin qu'il y soit pris en charge.

Dans un même groupe homogène de séjour (GHS), par exemple celui des pathologies rachidiennes, 80 % des sciatiques sont prises en charge dans le secteur privé, alors

que 90 % des traumatismes graves du rachis le sont par le secteur public. En définitive, ce dernier prend en charge tous les cas graves et dont le coût est élevé.

De la même manière, 80 % des hospitalisations en médecine – qui rapportent peu – se font dans le public ; en revanche 85 % des endoscopies, qui coûtent cher, sont assurées dans le privé.

On le voit : l'hôpital public et les cliniques privées n'ont pas le même métier, l'objectif des secondes étant financier, d'autant que la plupart d'entre elles sont aujourd'hui reprises par de grands groupes appartenant à des fonds de pensions, le plus souvent étrangers.

Voilà pourquoi l'arrêt de la convergence tarifaire constitue une excellente mesure.

M. Denis Jacquat. J'ai travaillé à l'hôpital public, jamais dans une clinique privée à but lucratif, et je continuerai pourtant à plaider en faveur de la convergence tarifaire, que j'ai votée. Sans doute la Lorraine est-elle une terre d'exception...

M. Michel Liebgott. Monsieur Jacquat, en Lorraine, le déficit des hôpitaux représente le sixième des déficits publics des hôpitaux français. En effet, pendant des années, des associations à but non lucratif ont participé au service public hospitalier et rendu des services indispensables, notamment à une population ouvrière qui était bien souvent victime d'accidents du travail et de pathologies particulières. Nous sommes donc aujourd'hui en surcapacité.

Selon nous, la suppression de la convergence tarifaire s'impose car il faut faire des économies et des choix. Les moyens affectés à la sécurité sociale ne sont pas suffisamment ciblés vers les établissements publics, alors même que ce sont ces derniers qui sont capables de maintenir le maillage de proximité permettant la prise en charge des plus défavorisés, pour lesquels le seul moyen de trouver un médecin disponible est de se rendre aux urgences les plus proches.

Nous avons récemment réalisé en Lorraine plusieurs opérations d'intégration de ces établissements publics à but non lucratif, qui ont été repris par le centre hospitalier régional de façon raisonnable d'un point de vue économique, alors que par le passé les médecins étaient embauchés à 1 000 euros la journée. Malheureusement, nous voyons fleurir dans les villes des cliniques qui choisissent leur clientèle et programment leurs opérations, privant ainsi l'hôpital public et les établissements participant au service public hospitalier d'une partie de leurs patients.

Ces profondes inégalités, nous les observons également dans des régions rurales de la Lorraine, où se côtoient désormais des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) à but non lucratif et des maisons de retraite privées, construites par des groupes qui se rémunèrent y compris en faisant payer aux visiteurs leur parking...

M. Gérard Sebaoun. Nous le savons tous et certains directeurs d'hôpitaux l'admettent : des choix autres que médicaux sont faits à cause de la convergence tarifaire. L'article 47 répond à notre volonté d'augmenter les moyens de l'hôpital public et d'améliorer l'accès à la médecine de ville, notamment pour désengorger nos urgences qui connaissent un surcroît d'activité considérable. Cela n'exonère en rien l'hôpital public de l'obligation d'être efficace et responsable, et de mener les réformes nécessaires.

Mme Isabelle Le Callennec. Le principe « à prestations identiques, tarifs identiques » est-il remis en cause ?

M. Christian Paul, rapporteur. Il existe deux échelles de tarifs qui ne sont pas similaires. Mais même avec la convergence tarifaire, ceux-ci n'étaient pas voués à l'être.

M. Olivier Véran. Une appendicite aiguë opérée à l'hôpital public n'est pas indemnisée de la même façon par l'assurance maladie que lorsqu'elle est opérée dans une clinique privée. Cela est tout à fait normal car l'hôpital assume des missions d'enseignement, de formation et de recherche, et il prend en charge des populations qui n'ont pas le même profil. La convergence consistait à effacer ces différences en les ignorant.

M. Christian Paul, rapporteur. Idéalement, le financement des missions de l'hôpital public pourrait être assuré dans le cadre des missions dites d'intérêt général. Aujourd'hui, ce financement est totalement insuffisant pour prendre en compte comme il conviendrait la spécificité de l'hôpital public.

Les moyens d'un hôpital public doivent être davantage disponibles que ceux d'un établissement privé, même si une clinique privée peut assurer une permanence des soins. Cette exigence de disponibilité tient à la nature même du service public hospitalier et ne se tarifie pas facilement à l'acte. La convergence revient à nier la spécificité respective de ces différents secteurs.

M. Jean-Pierre Door. Le service hospitalier français marche sur deux jambes : un système public et un système privé. Les hôpitaux publics bénéficient des dotations MIGAC (missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation) et MERRI (missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation), mais c'est le cas aussi pour les établissements privés s'ils remplissent des missions de service public, comme l'accueil des urgences et la permanence des soins. En fait, la seule différence tient à la façon dont pris en compte les salaires dans les uns et les autres – il faudrait à cet égard parvenir à un équilibre plus conforme aux réalités.

La convergence ciblée a été réalisée sur un nombre raisonnable de 35, ce qui a permis à l'assurance maladie de réaliser des économies. Pour m'en être entretenu avec le président de la Fédération hospitalière de France (FHF), je peux vous assurer que les hospitaliers ne sont pas contre la convergence ciblée et qu'ils souhaitent que soit trouvé un juste équilibre.

Voilà pourquoi nous défendons le maintien des établissements privés en France.

M. Christian Paul, rapporteur. Monsieur Door, le système que vous défendez a fait l'objet d'un rejet unanime, non seulement des personnels hospitaliers, mais également des instances représentatives des hôpitaux publics. Pour avoir entendu les représentants de la FHF, je sais que leur position officielle n'est pas du tout celle que vous indiquez.

La Commission rejette les amendements AS 44 et AS 85.

Elle adopte l'amendement de coordination AS 254 de M. Christian Paul, rapporteur.

Elle est saisie de l'amendement AS 255 du même auteur.

M. Christian Paul, rapporteur. L'article 1^{er} de la loi « HPST » comporte des dispositions relatives aux établissements de santé privés non lucratifs rédigées en référence à la durée du processus de convergence, l'objectif étant d'instaurer une période de transition avant le basculement de ces établissements vers le nouveau statut d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC). Cet amendement vise à réintroduire, à titre transitoire, une date butoir – qui serait le 1^{er} janvier 2016 –, afin que ces établissements puissent, dans l'attente d'un prochain texte portant réforme hospitalière, continuer à exercer leurs missions dans les mêmes conditions qu'aujourd'hui.

*La Commission **adopte** l'amendement AS 255.*

*Puis elle **adopte** l'article 47 **modifié**.*

La séance est levée à dix-neuf heures quarante.



Présences en réunion

Réunion du mercredi 17 octobre 2012 à 16 heures 15

Présents. – M. Bernard Accoyer, M. Pierre Aylagas, M. Gérard Bapt, Mme Gisèle Biémouret, Mme Sylviane Bulteau, M. Jean-Noël Carpentier, Mme Fanélie Carrey-Conte, Mme Marie-Françoise Clergeau, M. Rémi Delatte, M. Jean-Pierre Door, Mme Hélène Geoffroy, M. Jean-Marc Germain, Mme Linda Gourjade, M. Jérôme Guedj, Mme Sandrine Hurel, M. Christian Hutin, M. Michel Issindou, M. Denis Jacquat, Mme Chaynesse Khirouni, Mme Bernadette Laclais, Mme Isabelle Le Callennec, Mme Annie Le Houerou, Mme Catherine Lemorton, M. Céleste Lett, Mme Geneviève Levy, M. Michel Liebgott, Mme Véronique Louwagie, Mme Véronique Massonneau, Mme Ségolène Neuville, M. Christian Paul, Mme Martine Pinville, Mme Bérengère Poletti, M. Arnaud Richard, M. Denys Robiliard, M. Arnaud Robinet, M. Jean-Louis Roumegas, M. Gérard Sebaoun, M. Olivier Véran, M. Francis Vercamer

Excusés. – M. Guy Delcourt, M. Gilles Lurton, M. Laurent Marcangeli, M. Fernand Siré, M. Christophe Sirugue, M. Jonas Tahuaitu