

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2013-2014

38^e séance

Compte rendu intégral

3^e séance du jeudi 24 octobre 2013

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



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

SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE M. MARC LE FUR

1. **Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014** (*suite*) (p. 10586)

QUATRIÈME PARTIE (*suite*) (p. 10586)

Article 28 (*précédemment réservé*) (p. 10586)

Amendement n° 46

M. Christian Paul, rapporteur de la commission des affaires sociales

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé

Amendements n° 76 deuxième rectification, 257, 544

Amendements n° 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 97, 88, 89, 640

Article 29 (*précédemment réservé*) (p. 10587)

Mme Jacqueline Fraysse

M. Bernard Accoyer

M. Gérard Sebaoun

Amendements n° 90, 59

Amendements n° 91, 776

Amendements n° 92, 29, 233, 331, 603, 727

Amendement n° 93, 94, 95, 96, 97, 98 et 99

Après l'article 29 (*amendement précédemment réservé*) (p. 10590)

Amendement n° 652

Article 30 (*précédemment réservé*) (p. 10590)

M. Bernard Accoyer

Mme Annie Le Houerou

Amendement n° 100 et 101

Article 31 (*précédemment réservé*) (p. 10591)

Amendements n° 54, 427

Amendements n° 31, 429, 55 rectifié, 520

Amendement n° 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114 et 115

Article 32 (*précédemment réservé*) (p. 10592)

Amendements n° 116, 433, 117

Article 33 (*précédemment réservé*) (p. 10593)

M. Frédéric Barbier

Mme Jacqueline Fraysse

Mme Ségolène Neuville

M. Gérard Bapt

Amendements n° 32, 174, 191

Amendements n° 332, 604

Amendements n° 118, 119, 120, 121, 122, 341

Amendements n° 416, 729

Amendements n° 172, 442, 764

Amendements n° 507, 535, 753, 123

Amendements n° 512, 755, 537, 124, 125, 825 (sous-amendement), 126

Amendements n° 511, 752

Amendements n° 52, 173, 417, 521

Après l'article 33 (*amendements précédemment réservés*) (p. 10605)

Amendement n° 784

Amendements n° 53, 175, 418 rectifié

Amendements n° 422, 176

Article 34 (*précédemment réservé*) (p. 10607)

M. Jean-Louis Touraine

M. Dominique Tian

Amendements n° 127, 501, 128, 539 rectifié, 187, 815, 816 rectifié

Amendement n° 130 à 133

Article 35 (*précédemment réservé*) (p. 10609)

Mme Véronique Louwagie

Mme Jacqueline Fraysse

Amendement n° 134 et 135

Suspension et reprise de la séance (p. 10609)

Article 36 (*précédemment réservé*) (p. 10609)

Mme Véronique Louwagie

Amendements n° 36, 192, 333, 605, 178

Amendements n° 136, 522 et 137, 421

Amendement n° 138 et 139

Après l'article 36 (*amendements précédemment réservés*) (p. 10612)

Amendement n° 287

Amendements n° 51, 179, 199, 405

Amendements n° 208, 234, 334, 606, 423 (rectifié), 425 (rectifié), 182

Amendements n° 50, 180, 193, 395, 714, 181

Article 37 (*précédemment réservé*) (p. 10615)

M. Bernard Accoyer

M. Jean-Pierre Barbier

M. Céleste Lett

Mme Véronique Louwagie

Mme Ségolène Neuville

M. Francis Vercamer

M. Gérard Bapt

2. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 10618)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE M. MARC LE FUR

vice-président

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à vingt et une heures trente.)

1

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2014 *(suite)*

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014 (n^{os} 1412, 1470, 1462).

QUATRIÈME PARTIE *(suite)*

M. le président. Cet après-midi, l'Assemblée a poursuivi la discussion des articles de la quatrième partie du projet de loi, s'arrêtant à l'article 28.

Article 28 *(précédemment réservé)*

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n^o 46 qui tend à la suppression de l'article.

M. Jean-Pierre Door. Notre collègue Véran n'était-il pas inscrit sur l'article ?

M. Olivier Véran. Je ne le suis plus !

M. Jean-Pierre Door. Je pensais que vous l'aviez oublié, monsieur le président.

M. le président. J'ai les dernières informations, rassurez-vous *(Rires sur tous les bancs.)*

M. Jean-Pierre Door. Je ne voulais pas empêcher notre collègue M. Véran d'intervenir.

M. le président. Je suis tout cela de très près. Nous vous écoutons, monsieur Door.

M. Jean-Pierre Door. L'article 28 porte sur les protocoles de coopération entre professionnels de santé, qui peuvent être autorisés après l'avis et l'examen de la Haute autorité de santé. En cas de besoin, un collège de financeurs est mis en place.

Comment est composé ce collège de financeurs qui émettrait un avis sur le modèle médico-économique ? Telle est la question puisque la Haute autorité de santé a ce rôle médico-économique. Excusez-moi de bafouiller après le dîner, il faut un peu digérer. *(Exclamations sur divers bancs.)* Dîner à l'eau, je précise...

M. le président. Tout est inscrit au compte rendu, monsieur Door.

M. Jean-Pierre Door. Dîner à l'eau, sans *Red Bull* et sans aspartame.

M. Francis Vercamer. Et sans huile de palme ?

M. Jean-Pierre Door. Nous proposons de supprimer l'article parce que le collège des financeurs qui doit émettre un avis devient l'une des conditions de l'autorisation du protocole de coopération. Il nous semblerait logique que, dans ce collège des financeurs, il puisse y avoir une concertation avec les professionnels de santé concernés.

Nous demandons la suppression de cet article, madame la ministre, parce que nous ne connaissons pas la composition du collège des financeurs. Après votre réponse, nous déciderons du retrait ou du maintien de cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Christian Paul, rapporteur de la commission des affaires sociales pour l'assurance maladie, pour donner l'avis de la commission sur cet amendement.

M. Christian Paul, rapporteur de la commission des affaires sociales. Avis défavorable. M. Door, qui pense que ce PLFFS n'a pas de consistance, va s'employer, article après article, à en supprimer l'essentiel. C'est un peu paradoxal.

Rappelons que cet article permet aux professionnels de santé d'être à l'initiative des coopérations puisque ces protocoles sont appliqués à leur demande et ne leur sont pas imposés.

M. Jean-Pierre Door. Et quelle est la composition du collège ?

M. Christian Paul, rapporteur. L'État et l'assurance maladie.

M. le président. La parole est à Mme la ministre des affaires sociales et de la santé, pour donner l'avis du Gouvernement sur cet amendement.

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé. De quoi s'agit-il ? Il s'agit d'expérimentations qui doivent permettre d'aboutir à de nouveaux modèles, de nouveaux types de relation entre les professionnels de santé. C'est ce que, de façon un peu rapide, on appelle les transferts de compétences.

Ils ont été permis par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » et nous constatons qu'il n'y a pas de modèle économique qui corresponde à ces expérimentations. En

d'autres termes, nous avons sur le territoire plusieurs situations où s'instaurent de nouveaux types de relations entre, par exemple, des ophtalmologistes et des orthoptistes, sans que l'on puisse déterminer la manière dont s'établissent les relations économiques entre ces deux professions.

C'est ce qu'il s'agit de faire et c'est un élément important de la stratégie nationale de santé, notamment pour mieux répondre au défi des déserts médicaux, mais pas uniquement.

Je voudrais donner une illustration de ce que nous voulons faire et je répondrai précisément à la question que vous avez posée. Une expérimentation est menée au Mans, qui a permis pour une majorité de patients de réduire la prise en charge en matière d'ophtalmologie de douze mois à quinze jours. L'orthoptiste réalise le bilan visuel ; l'ophtalmologiste contrôle les résultats du bilan *a posteriori*, sans voir le patient et il envoie l'ordonnance si aucun problème n'est détecté.

Pour que ce genre d'expérimentation puisse se répandre et se généraliser, nous avons besoin de définir une prise en charge économique. Elle sera proposée par ce collège des financeurs qui est une instance technique composée de représentants de l'État et de l'assurance maladie et qui fait des propositions au ministre, lequel prend sa décision et l'arrête de financement.

Avis défavorable à la suppression.

(L'amendement n° 46 n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n°76 deuxième rectification du rapporteur est de coordination.

(L'amendement n° 76 deuxième rectification, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 257.

M. Dominique Tian. Il s'agit de compléter l'alinéa trois par les mots : « après consultation des syndicats représentatifs des professionnels de santé ». Ce rappel est important car les relations entre le Gouvernement et les professionnels de santé sont un peu dégradées, comme nous l'avons souligné au cours de la séance précédente.

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

M. Christian Paul, rapporteur. Défavorable. Après la ministre, je rappelle aux auteurs de l'amendement qu'il s'agit de démarches menées à partir du terrain : ce sont des professionnels de santé qui imaginent ces protocoles de coopération. Ce n'est pas un modèle de coopération ou un schéma fixé au plan national qui nécessiterait qu'on consulte au préalable les organisations représentatives des professionnels que, par ailleurs, le ministère et la représentation nationale consultent et rencontrent très régulièrement.

(L'amendement n° 257, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran, pour soutenir l'amendement n° 544.

M. Olivier Véran. Les projets de coopération entre professionnels de santé sont structurants pour l'offre de soins. Ils mobilisent largement ces professionnels sur l'ensemble du territoire et correspondent à une attente des usagers qui souhaitent bénéficier d'une prise en charge de leurs maladies, chroniques notamment, qui soit optimale et

fluide. C'est aussi dans le cadre de projets de coopération que peuvent être facilités les transferts de tâches et de compétences dont la ministre a parlé.

La mise en pratique des nombreux projets qui émergent actuellement sur tout le territoire est parfois mise en échec par les difficultés d'établir un modèle médico-économique. Pourtant bien pensés, ces projets échouent au stade de leur réalisation.

Il s'agit de mettre en place un collège de financeurs qui viendra attester de la faisabilité pratique de ces projets de coopération. Toutefois, en plus du contenu type qu'il est prévu de fournir aux équipes soignantes, il paraît utile qu'elles soient accompagnées par les Agences régionales de santé tout au long de cette étape.

Actuellement, les ARS formalisent les protocoles et accompagnent déjà les professionnels de santé dans leurs démarches. Il nous semble important qu'elles puissent aussi participer pleinement à la constitution des études médico-économiques, de façon à épargner du temps médical et à apporter une compétence administrative qui permettra de mener à bien un plus grand nombre de ces projets de coopération.

(L'amendement n° 544, accepté par la commission et le Gouvernement, est adopté et l'amendement n° 77 tombe.)

M. le président. Je suis saisi par la commission de douze amendements rédactionnels, de précision ou tendant à la correction d'une erreur de référence, n°s 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89.

(Les amendements n°s 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 640.

Mme Marisol Touraine, ministre. Cet amendement prévoit de reprendre les expérimentations qui sont en cours, ce que l'on appelle le stock, dans le champ de la mesure proposée. Concrètement, il s'agit de permettre que toutes les expérimentations qui ont déjà lieu ne restent pas à l'écart de la mise en place de ce modèle économique.

(L'amendement n° 640, accepté par la commission, est adopté.)

(L'article 28, amendé, est adopté.)

Article 29 **(précédemment réservé)**

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, inscrite sur l'article.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet article vise à étendre l'expérimentation portant sur le déploiement de la télémédecine en permettant notamment le financement d'actes par les fonds d'intervention régionaux.

Nous considérons, je veux le dire d'emblée, que la télémédecine est une avancée technologique majeure et très intéressante mais à condition qu'elle soit bien à sa place, comme un complément, une aide technologique et non un substitut.

Ce dispositif est donc intéressant et nous approuvons le contenu de cet article. Cependant, nous nous posons plusieurs questions importantes, dont la principale concerne la sécurisation des données médicales qui vont transiter sur les flux d'information classiques mais également être stockées sur des ordinateurs sur lesquels il sera facile de pénétrer. L'actualité montre combien le danger est grand : les données peuvent être éventées, se retrouver sur internet voire être piratées pour créer des bases de données ou dans d'autres buts.

Quels systèmes peuvent-ils être envisagés pour protéger les données médicales des patients ? Pouvez-vous, madame la ministre, nous préciser les critères notamment en termes de sécurisation des données, qui serviront à sélectionner les projets ?

Autre problème important : la compatibilité des systèmes informatiques et surtout des logiciels. Par ailleurs, le texte élargit considérablement les catégories de personnes, de structures et d'établissements autorisées à mener ces expérimentations.

Compte tenu de toutes ces questions qui restent encore posées, ne serait-il pas plus sage, à ce stade, de s'en tenir à une expérimentation dans le cadre des structures publiques ?

Les moyens sont évalués à plus de 4 millions d'euros en 2014 et 8,3 millions d'euros à l'horizon 2016, financés par le Fonds d'intervention régional et l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie hospitalier. Ces sommes ne vont-elles pas manquer pour les autres missions assignées au FIR ?

Pour conclure, nous sommes favorables à l'article mais nous considérons qu'il faut encadrer strictement cette pratique et que bien des points sont encore à éclaircir. C'est la raison pour laquelle nous pensons que, pour le moment, elle devrait être du ressort du service public.

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Cet article 29 traite de la télémédecine, enjeu important pour l'amélioration de la qualité des soins mais aussi pour la maîtrise des coûts, puisqu'il y a là moyen d'éviter bien des allers et retours, et également d'éviter un certain nombre d'actes. Il convient cependant de remarquer que la proposition du Gouvernement procède d'une vision assez fragmentée, limitée à un certain nombre de structures. Nous montrerons, en soutenant nos amendements, qu'il convient, au contraire, d'élargir le champ de ces expérimentations à d'autres professions de santé, de manière à ce que la circulation de l'information soit la meilleure possible.

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

M. Gérard Sebaoun. J'ai déjà eu l'occasion, lors de la discussion générale, de dire le bien que je pensais de cet article et de la télémédecine en général. D'ailleurs, depuis la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » de 2009, chaque agence régionale de santé peut définir ses projets en tenant compte des cinq priorités nationales, que je veux rappeler rapidement : la permanence des soins en imagerie, essentiellement utile, aujourd'hui, pour les urgentistes ; la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, dont je parlais avec Olivier Véran, qui accompagne un important projet en région Rhône-Alpes ; le diabète ; l'insuffisance rénale ou cardiaque, ce dont j'avais également donné des exemples en discussion générale ; l'amélioration de la médica-

lisation des personnes âgées dans les structures médico-sociales ou en hospitalisation à domicile. Les exemples sont extrêmement nombreux et éclairants.

Évidemment, la télémédecine doit être vue non pas comme le moyen de remplacer le médecin ou le soignant mais comme une aide précieuse, quelle que soit sa forme, téléconsultation, télésurveillance, téléexpertise, particulièrement dans les zones à la densité médicale insuffisante. Par cet article, il nous est proposé de cibler les structures médico-sociales, avec une expérimentation sur quatre sites en quatre ans. Je crois que c'est un excellent article, qui prévoit une montée en charge du financement, et je peux partager avec M. Accoyer l'idée que la télémédecine est une perspective d'avenir qu'il faut encourager.

M. le président. La parole est à M. Christian Paul, rapporteur, pour soutenir l'amendement n°90 de la commission des affaires sociales.

M. Christian Paul, rapporteur. Il s'agit, par cet amendement, de simplifier la rédaction de l'article, sans, comme l'ont suggéré M. Accoyer et, après lui, M. Sebaoun, viser *a priori* certains types de télémédecine au détriment d'autres. Envisageons plutôt globalement le déploiement de la télémédecine, qui est effectivement une dynamique qui commence aujourd'hui à se traduire dans la réalité.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Favorable. Cet amendement marque la volonté partagée d'aller de l'avant pour ce qui est de la télémédecine. Celle-ci constitue un atout réel pour l'organisation de notre système de soin.

Je réponds à Mme Fraysse sur la question de la sécurité, qui peut effectivement, dans le contexte actuel, susciter des interrogations. Au fond, madame la députée, la transmission des informations n'est pas, en elle-même, un sujet spécifique de préoccupation en raison d'une fragilité particulière : le stockage des informations amène d'ores et déjà à se poser des questions. Si s'accumulent dans un établissement de santé des radios ou autres résultats d'examen d'imagerie, vous devez évidemment en assurer la confidentialité et la sécurité, que vous les transmettiez ou pas.

M. Charles de La Verpillière. La CIA est partout !

Mme Marisol Touraine, ministre. La loi a prévu des règles de sécurité. Il existe des hébergeurs agréés, définis par décret en application de la loi. Et ce sont les mêmes règles de sécurité et de confidentialité de droit commun qui s'appliquent à la télémédecine. Évidemment, elles doivent être scrupuleusement respectées, d'ores et déjà, pour le stockage des informations.

(L'amendement n° 90 est adopté et les amendements n° 430 rectifié, 18, 266, 366, 7, 288, 777, 774, 16, 289 et 778 tombent.)

M. le président. La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 59.

M. Francis Vercamer. Cet amendement vise à ce que la télémédecine soit en particulier développée dans les zones déficitaires en offre de soins, ce que l'on appelle dans notre jargon les déserts médicaux. En commission, j'avais proposé qu'elle y soit développée « prioritairement » mais on a refusé le terme au motif qu'il peut y avoir des besoins ailleurs. J'ai donc opté pour l'expression « en particulier », qui adoucit un

peu le texte de mon amendement, mais je pense important que la télémédecine puisse apporter sa part au traitement du problème des déserts médicaux.

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

M. Christian Paul, rapporteur. M. Vercamer n'avait effectivement pas convaincu la commission de la pertinence de cette idée de faire en quelque sorte des territoires considérés comme des déserts médicaux – il y en a hélas beaucoup dans notre pays, encore aujourd'hui – une priorité pour la télémédecine. Évidemment, favoriser, dans ces zones qu'il décrit et que je connais bien également, l'accès aux soins des patients, en ville ou dans les structures médico-sociales, est l'une des priorités, et l'étude d'impact le dit bien. Mais la télémédecine c'est aussi l'amélioration du parcours de santé, notamment des personnes âgées handicapées, et c'est l'un des enjeux de la stratégie nationale de santé. Plus généralement, et dans le même esprit, cela concerne la collaboration entre les professionnels et l'exercice regroupé.

La télémédecine doit donc servir l'ensemble de ces objectifs, pas seulement l'un d'entre eux. Voilà pourquoi la commission émet un avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable pour les mêmes raisons.

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

M. Patrick Hetzel. Madame la ministre, mes chers collègues, je veux soutenir cet amendement de notre collègue Vercamer, car les arguments développés dans l'exposé sommaire me semblent très convaincants. C'est une véritable question. Les déserts médicaux sont une réalité dans un certain nombre de nos circonscriptions, et la télémédecine peut, parmi d'autres éléments, constituer une réponse. Je pense donc que l'examen de ce projet de loi de financement de la Sécurité sociale est l'occasion ou jamais de mentionner cela. Je ne vois pas pourquoi on l'évacue alors que, il y a peu, vous avez tenu, madame la ministre, à indiquer que vous étiez très sensible à cette question des déserts médicaux et que vous souhaitiez contribuer à réduire cette fracture territoriale.

(L'amendement n° 59 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n° 91 et 776, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Christian Paul, rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 91 de la commission des affaires sociales.

M. Christian Paul, rapporteur. C'est un amendement de précision.

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer, pour soutenir l'amendement n° 776.

M. Bernard Accoyer. Dans la mesure où les expérimentations peuvent être mises en œuvre, également, par des établissements de santé, il n'est pas cohérent de circonscrire dans le premier paragraphe les expérimentations de financement aux seuls patients pris en charge en ville ou en structure médico-sociale. Il convient donc d'élargir l'expérimentation du financement des actes de télémédecine aux établissements de santé.

Par ailleurs, l'expérimentation devrait reposer sur des projets pilotes et non des régions pilotes pour être dans la continuité de la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine mise en œuvre à compter de la publication du décret du 19 octobre 2010.

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

M. Christian Paul, rapporteur. L'amendement défendu par M. Accoyer est satisfait par l'amendement n° 91 de la commission, lequel précise en outre que les expérimentations s'inscrivent dans un cadre conventionnel.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Favorable à l'amendement n° 91, défavorable à l'amendement n° 776.

M. Bernard Accoyer. Je retire l'amendement n° 776, même si j'aurais préféré qu'on m'en fasse la demande.

(L'amendement n° 776 est retiré.)

(L'amendement n° 91 est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de plusieurs amendements identiques, n° 92, 29, 233, 331, 603, 727.

La parole est à M. Christian Paul, rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 92 de la commission des affaires sociales.

M. Christian Paul, rapporteur. Il s'agit d'étendre aux pharmaciens d'officine la possibilité de jouer un rôle dans le déploiement de la télémédecine, en particulier en milieu rural. On a beaucoup parlé, sur tous les bancs, des déserts médicaux. Effectivement, les pharmaciens, à l'avenir, pourront jouer un rôle en matière de télémédecine et participer à ces réseaux. Cette démarche est aujourd'hui extrêmement embryonnaire, mais nous la pensons prometteuse.

Il est donc intéressant que la loi en ouvre la possibilité.

M. le président. La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 29.

M. Francis Vercamer. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Patrick Hetzel, pour soutenir l'amendement n° 233.

M. Patrick Hetzel. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer, pour soutenir l'amendement n° 331.

M. Bernard Accoyer. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 603.

M. Jean-Pierre Door. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Jean-Noël Carpentier, pour soutenir l'amendement n° 727.

M. Jean-Noël Carpentier. Il est défendu.

(Les amendements identiques n° 92, 29, 233, 331, 603 et 727, acceptés par le Gouvernement, sont adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de plusieurs amendements, n^{os} 93, 94, 95, 96, 97, 98 et 99, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à M. Christian Paul, rapporteur, pour les soutenir.

M. Christian Paul, rapporteur. Ils sont rédactionnels.

(Les amendements n^{os} 93, 94, 95, 96, 97, 98 et 99, acceptés par le Gouvernement, successivement mis aux voix, sont adoptés.)

(L'article 29, amendé, est adopté.)

Après l'article 29 (amendement précédemment réservé)

M. le président. La parole est à Mme Véronique Massonneau, pour soutenir l'amendement n^o 652 portant article additionnel après l'article 29.

Mme Véronique Massonneau. Cet amendement vise à la remise d'un rapport par le Gouvernement avant l'examen de chaque loi de financement de la Sécurité sociale.

Madame la ministre, depuis l'année dernière, vous avez annoncé votre volonté de lutter efficacement contre les déserts médicaux, et nous nous en félicitons. Preuve de cet engagement, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013 prévoyait l'expérimentation du praticien territorial de médecine générale. À l'occasion d'un déplacement dans ma circonscription, à Lenclôtre, vous avez eu un dialogue avec les partenaires à ce sujet.

Ce rapport permettrait à la représentation nationale d'être informée annuellement de l'avancée de la lutte contre les déserts médicaux. Il montrerait quelle est la situation, quelles sont les zones géographiques sous-dotées, en termes de médecins généralistes, de spécialistes ou d'infirmiers. Il préciserait également le niveau des dépassements d'honoraires, ainsi que les conclusions des expérimentations et les possibilités de les prolonger ou de les élargir à d'autres professions médicales.

Voilà qui donnerait une vision d'ensemble qui permettrait au Gouvernement, au Parlement et aux différents acteurs locaux de mieux appréhender le problème.

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

M. Christian Paul, rapporteur. Dans un premier temps, la commission avait considéré qu'il revenait aux rapporteurs du PLFSS de contrôler l'action du Gouvernement ; ils le font d'ailleurs avec beaucoup de rigueur, dans l'ensemble des branches concernées. Par ailleurs, nous sommes nombreux à considérer que le Gouvernement fournit d'importants efforts pour lutter contre les déserts médicaux et favoriser l'accès aux soins. Il faut bien sûr, maintenant, que son action porte ses fruits.

C'est pour cela que la commission avait repoussé votre amendement, chère collègue. Cependant, à titre personnel, je veux dire que je comprends parfaitement l'objectif politique visé, et j'y souscris. L'accès aux soins, tant en termes géographiques qu'en termes financiers, doit être la priorité de la stratégie nationale de santé, et le Parlement doit pouvoir contrôler sa mise en œuvre. Je suis donc favorable, à titre personnel, à votre amendement.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je veux d'abord vous confirmer, madame la députée, l'engagement total du Gouvernement pour lutter contre les déserts médicaux. Puisque vous avez en particulier abordé l'une des mesures les plus importantes du pacte territoire santé, la mise en place de praticiens territoriaux de médecine générale, je veux vous donner les premiers résultats de la mise en place de ce dispositif, ouvert au début du mois de septembre dernier ; il fallait attendre que l'année universitaire soit terminée.

50 contrats ont d'ores et déjà été signés. 130 seront bientôt signés. D'ici quelques semaines, nous aurons donc atteint le chiffre de 180 à 190 signatures. L'objectif de 200 signatures sera donc atteint avant la fin de l'année, conformément à nos engagements.

Pour le reste, je comprends votre préoccupation. Même si je crois qu'il appartient au Gouvernement ainsi qu'au rapporteur de cette assemblée d'apporter à la représentation nationale toutes les informations qu'elles peut souhaiter tout au long de l'année, je donne un avis favorable à votre amendement.

(L'amendement n^o 652 est adopté.)

Article 30 (précédemment réservé)

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Cet article améliore la protection sociale des femmes professionnelles de santé à l'occasion de leur maternité, y compris en cas de grossesse pathologique. Nous le voterons donc.

M. le président. La parole est à Mme Annie Le Houerou.

Mme Annie Le Houerou. Cet article 30 améliore le régime de protection sociale des femmes médecins et auxiliaires médicales. Les femmes affiliées au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés bénéficient à l'occasion de leurs maternités d'une indemnité de repos forfaitaire pendant une période démarrant six semaines avant l'accouchement et se terminant dix semaines après celui-ci. Elles bénéficient également, en cas de grossesse pathologique, d'un repos supplémentaire de deux semaines indemnisé au titre de la maternité.

En cas de grossesse difficile, elles ne bénéficient d'indemnités qu'à compter du 91^e jour d'arrêt. Avec cette mesure, une indemnité journalière maladie leur sera versée, en cas d'incapacité d'exercice de leur activité du fait d'une grossesse difficile, au cours des trois premiers mois d'arrêt.

C'est une mesure d'égalité entre les femmes et les hommes, qui permettra aux femmes de choisir le mode d'exercice libéral sans être dissuadées par le risque de ne pas être protégées en cas de grossesse difficile. Cette profession s'est heureusement féminisée : les femmes seront bientôt aussi nombreuses que les hommes. L'attractivité de l'exercice libéral est aussi liée au régime de maternité applicable. Cette mesure du PLFSS pour 2014 permet un progrès attendu pour accompagner la féminisation des professionnels de santé. Les femmes représentent 30 % des médecins généralistes. Plus de 88 000 femmes de moins de 45 ans sont potentiellement concernées par cette mesure. La

femme professionnelle de santé est justement reconnue. Il est d'ailleurs étonnant qu'il ait fallu attendre 2014 pour que cette prise en charge soit effective!

M. le président. Je suis saisi de deux amendements rédactionnels, n^{os} 100 et 101.

(Les amendements n^{os} 100 et 101, acceptés par la commission et le Gouvernement, sont successivement adoptés.)

(L'article 30, amendé, est adopté.)

Article 31 *(précédemment réservé)*

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n^{os} 54 et 427.

La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n^o 54.

M. Jean-Pierre Door. Il est vrai que le problème des transports sanitaires est important. Leur volume a considérablement augmenté. Comme l'indique l'exposé des motifs de cet article, plus de 60 % des prescriptions de transport sont faites en établissement de santé et sont ensuite remboursées en ville. Vous proposez d'établir des conventions entre les établissements de santé, la CPAM et l'ARS, après consultation des organisations professionnelles de transport et des taxis. Madame la ministre, je voudrais savoir s'il y a eu déjà une réunion de concertation à ce sujet, et si oui, quel a été le résultat de cette consultation.

L'amendement n^o 54 propose de supprimer le deuxième alinéa de cet article. En effet, cet alinéa modifierait la rédaction du code de la sécurité sociale de telle manière que les établissements ne respectant pas le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transport devraient nécessairement réduire leurs prescriptions de transport. Cela pourrait poser des problèmes : certains établissements seraient dans l'incapacité d'assurer le transport de leurs patients, sauf à s'exposer à des sanctions financières.

Vous voyez que je me fais là le défenseur des établissements hospitaliers. Des sanctions sont prévues si les dépenses de transport occasionnées par les prescriptions de ces établissements dépassent le taux prévisionnel d'évolution annuel. Quelles seraient ces sanctions? Comment cela se passerait-il? C'est difficile à dire, et pourtant je pense qu'il faut faire quelque chose. Nous commençons donc par demander la suppression de l'alinéa 2.

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer, pour soutenir l'amendement n^o 427.

M. Bernard Accoyer. Vu les arguments brillamment développés par mon collègue Jean-Pierre Door, cet amendement est défendu.

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

M. Christian Paul, rapporteur. La commission a donné un avis défavorable à ces amendements de suppression qui nous paraissent inutilement radicaux. De quoi s'agit-il? Des contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins. Ils peuvent plus particulièrement porter sur les problèmes liés aux transports. Nous souhaitons en effet développer ces conventions entre les établissements de

santé et les ARS en matière de transports. Pour des raisons juridiques, ces conventions sont à l'heure actuelle très peu utilisées.

Nous prenons acte du fait que l'identification préalable des prescripteurs et l'examen de leurs pratiques constituent un frein à la signature de ces contrats. Les conditions légales d'emploi de ces conventions étaient particulièrement restrictives. L'article 31 propose donc entre autres de supprimer la clause que je viens d'évoquer. Je défendrai ultérieurement un amendement pour préciser que le volet qualitatif de ces contrats doit également être mis en avant et utilisé.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. L'avis du Gouvernement est également défavorable.

Je rappelle quel est le sens de cet article : dans le cadre de la stratégie nationale de santé, nous mettons l'accent sur la prise en charge ambulatoire des patients. Nous voulons que l'hôpital, au lieu d'assurer des tâches de premier recours, se recentre sur ses missions. Nous mettons l'accent sur la coopération, la coordination, le parcours de soins : il est évident que le transport aura un rôle très important. Les patients devront en effet se rendre depuis le lieu de consultation du professionnel de premier recours vers un établissement médico-social ou vers l'hôpital. Il est donc nécessaire de déterminer des mécanismes d'encadrement et de régulation, et de donner la possibilité aux établissements de disposer de l'ensemble des éléments nécessaires pour accompagner cette évolution, qui fait évidemment l'objet d'une concertation approfondie avec les professionnels.

M. Bernard Accoyer. Cette concertation a-t-elle déjà eu lieu?

Mme Marisol Touraine, ministre. Elle est en cours.

(Les amendements identiques n^{os} 54 et 427 ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements, n^{os} 31, 429 et 55 rectifié, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n^{os} 31 et 429 sont identiques.

La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n^o 31.

M. Francis Vercamer. Cet article est important en matière de transports. Les coûts de transport ont tendance à s'envoler. Une étude de la CNAM l'a démontré, comme nous l'avons vu en commission. Il nous paraît effectivement important de travailler sur ce sujet : comme vous le voyez, madame la ministre, nous sommes d'accord avec vous sur ce point. Néanmoins, nous proposons d'élargir le champ de la coordination et de la coopération entre tous les professionnels de santé, qu'ils soient publics ou privés, qu'ils soient salariés ou qu'ils exercent en libéral. Tel est l'objet de cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer, pour soutenir l'amendement n^o 429.

M. Bernard Accoyer. Défendu.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n^o 55 rectifié.

M. Jean-Pierre Door. Défendu.

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

M. Christian Paul, rapporteur. Avis défavorable, pour des raisons assez proches de celles que j'ai évoquées tout à l'heure. Il s'agit d'un contrat global entre l'assurance-maladie, les ARS et les établissements de santé. Aller plus loin dans l'identification des professionnels nous paraît impossible.

(Les amendements identiques n° 31 et 429, repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

(L'amendement n° 55 rectifié, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 520.

M. Christian Paul, rapporteur. Voici l'amendement que j'évoquais tout à l'heure. Il constitue en quelque sorte un volet plus qualitatif. Comme je l'ai dit, il apparaît préférable de ne plus soumettre la conclusion des contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins à l'existence avérée de prescriptions non conformes. Il est néanmoins indispensable que le critère de la pertinence des prescriptions soit examiné par les agences régionales de santé, et que les praticiens soient encore plus impliqués dans l'effort de régulation attendu en matière de transports.

C'est pourquoi le présent amendement propose que le volet qualitatif de ces contrats, qui vise à l'amélioration des pratiques hospitalières de prescription, repose sur une analyse individuelle des prescriptions de transport à l'intérieur de l'établissement.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Barbier.

M. Jean-Pierre Barbier. Ce que j'entends me surprend un peu, monsieur Paul. Vous souhaitez que les prescriptions réalisées dans les hôpitaux soient analysées au niveau des ARS, afin de les étudier individuellement de manière qualitative. Or à l'article 36 vous nous demandez de différer de 2016 à 2018 la mise en place du suivi informatique individualisé des prescriptions au sein de l'hôpital, en nous expliquant qu'il est très compliqué.

Mme Marisol Touraine, ministre. C'est la facturation qui pose problème.

M. Jean-Pierre Barbier. D'une part, vous nous dites qu'il est très difficile de suivre les prescriptions, et que ce suivi doit être reporté à 2018. D'autre part, avec des airs de vertu, vous nous dites qu'il faut quand même suivre tout cela, savoir ce qui se passe, ce que font les prescripteurs. J'aimerais donc que vous m'expliquiez comment vous comptez vous y prendre.

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

M. Christian Paul, rapporteur. Cette question peut s'analyser à deux niveaux. Il faut d'abord savoir qui est partenaire au contrat. Nous avons dit clairement qu'il n'est pas possible – ou du moins pas souhaitable en l'état – que les praticiens soient partenaires à ce contrat. En revanche, il nous paraît tout à fait souhaitable que les systèmes d'information des établissements de santé permettent, à mesure de leur amélioration, de suivre plus précisément les prescriptions des praticiens. Il faut aller dans ce sens-là.

Il faut donc distinguer ce qui relève de la contractualisation et ce qui relève de l'organisation des systèmes d'information des établissements de santé. Ce sont deux choses différentes : je suis sûr que vous l'avez compris.

M. Jean-Pierre Barbier. Ne vous inquiétez pas : j'ai très bien compris.

(L'amendement n° 520, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de quatorze amendements rédactionnels de la commission des affaires sociales, n°s 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114 et 115.

(Les amendements n°s 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114 et 115, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)

(L'article 31, amendé, est adopté.)

Article 32 **(précédemment réservé)**

M. le président. La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 116.

M. Christian Paul, rapporteur. Il s'agit d'un amendement de précision.

(L'amendement n° 116, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer, pour soutenir l'amendement n° 433.

M. Bernard Accoyer. Je serai bref, monsieur le président.

La modification opérée par l'article 32 a pour objectif de supprimer le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins – le FIQCS – en transférant l'enveloppe de ces aides au fonds d'intervention régional – le FIR.

Ce transfert ne peut entraîner *de facto* la suppression du comité national compétent dans le cadre des aides relatives aux actions et expérimentations nationales concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins.

Aussi convient-il de conserver le comité national de gestion dans sa composition arrêtée par l'article correspondant du code de la sécurité sociale, et d'intégrer la modification dans un autre de ces articles.

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

M. Christian Paul, rapporteur. J'ai déjà eu l'occasion de dire à M. Accoyer, alors que je recommandais à la commission de rejeter son amendement, qu'il s'agit d'un amendement bureaucratique, ce qui ne lui ressemble pas ! Vous proposez en effet de maintenir un comité qui est une survivance et dont les coûts de gestion sont extrêmement élevés rapportés aux maigres crédits dont il dispose encore. Les coûts de gestion atteignent en effet à peu près 10 %. Je demande donc à l'Assemblée nationale de repousser cet amendement car il ne correspond pas à la volonté de simplification dont M. Accoyer fait habituellement preuve !

(L'amendement n° 433, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Christian Paul, rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 117.

M. Christian Paul, rapporteur. Il s'agit de corriger une erreur de référence.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Favorable.

(L'amendement n° 117 est adopté.)

(L'article 32, amendé, est adopté.)

Article 33 (précédemment réservé)

M. le président. La parole est à M. Frédéric Barbier, premier orateur sur l'article.

M. Frédéric Barbier. L'article 33 nous donne l'occasion de rappeler quelques principes. Nous souhaitons tous une offre hospitalière de qualité sur le territoire. Nous souhaitons également que le territoire soit aménagé. Ces deux orientations sont fort démagogiques et fort populaires et je crois qu'il faut apporter quelques bémols.

Premièrement, nous évoquions toute à l'heure la télémédecine. Il faut éviter de parler de proximité médicale sur nos territoires comme dans les années cinquante, car les choses ont évolué. Il est nécessaire de nous adapter.

De plus, il y a un véritable enjeu de santé publique parce que parfois – je n'ai pas dit tout le temps – proximité ne rime pas avec qualité.

Nous connaissons tous sur nos territoires la difficulté des hôpitaux locaux à recruter des plateaux techniques de qualité, voire simplement à les constituer.

La faiblesse de cet article est donc qu'il refuse de prendre le problème à bras-le-corps : il ne permet pas de travailler de manière coordonnée et de véritablement se pencher sur la carte hospitalière.

À nouveau, vous refusez de franchir l'obstacle : ce que nous avons commencé à faire, vous refusez de le continuer.

À nouveau, vous allez adapter la tarification aux besoins de ces hôpitaux locaux pour leur permettre de vivre. Mais est-ce réellement une bonne chose ?

Vous avez fixé l'ONDAM hospitalier à 2,3 %. C'est une bonne chose.

Mais il est bien évident que la répartition des sommes se fera entre les hôpitaux locaux et les CHU. Je crains et redoute que cette volonté affichée de soutenir les hôpitaux locaux ne se fasse au détriment des CHU, dont nous avons vraiment besoin pour soigner les pathologies lourdes.

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet article entend corriger deux effets pervers de la T2A.

M. Christian Paul, rapporteur. Absolument !

Mme Jacqueline Fraysse. Premièrement, le sous-financement des établissements privés, souvent à but non lucratif, situés dans des zones peu denses, par l'instauration d'un mode de financement dérogeant à la T2A.

Le deuxième objectif est de lutter contre le caractère inflationniste de cette même T2A, qui incite certains établissements à concentrer leur activité sur un petit nombre d'actes techniques bien remboursés par l'assurance-maladie, et qui désavantage ceux qui se contraignent à proposer une large palette de prise en charge.

Cet article va donc dans le bon sens, il est positif. Il appelle cependant de ma part plusieurs remarques.

Tout d'abord, je voudrais redire que si la T2A n'est effectivement pas adaptée aux petits établissements de santé, elle ne l'est pas davantage aux très gros établissements, comme l'AP-HP, les Hospices civils de Lyon ou l'Assistance publique de Marseille, et bien d'autres grands hôpitaux publics sur notre territoire, qui sont en grande difficulté financière parce qu'ils sont également soumis à de fortes contraintes de service public.

Autre sujet de préoccupation, je crains que la dégressivité des tarifs conduite à réduire l'ONDAM en deçà de celui qui sera voté, puisque l'étude d'impact fait état d'économies nettes pour l'assurance maladie d'un montant de 55 millions d'euros par an. Elle ne prévoit pas que ces économies soient redirigées vers les établissements qui, parce qu'ils offrent une large palette d'actes, subissent plus la T2A qu'ils n'en profitent.

Elles viendront donc en déduction d'un ONDAM hospitalier déjà faible.

Enfin, s'il est juste de réduire les rentes de situation des établissements qui multiplient un petit nombre d'actes bien rémunérés, il m'apparaît nécessaire d'introduire un critère de pertinence des actes. Je ne développe pas ce point car j'y reviendrai lorsque je défendrai des amendements portant sur cet aspect.

M. le président. La parole est à Mme Ségolène Neuville.

Mme Ségolène Neuville. Comme l'a très bien dit Mme Fraysse, cet article 33 propose effectivement de corriger certains effets pervers de la tarification à l'activité, dite T2A.

Cette T2A reflète une vision uniquement comptable de la santé et a mis en difficulté bon nombre d'établissements depuis quelques années, en particulier les hôpitaux publics – mais pas seulement.

Une première étape a été franchie l'année dernière dans le PLFSS avec la fin de la convergence tarifaire. Il s'agissait de mettre fin à cette convergence entre privé et public, puisque, comme chacun sait, les établissements des deux secteurs sont complémentaires mais en aucun cas semblables, car ils ne font pas exactement le même métier.

Je recommande à ceux qui contestent cette vision de consulter les dernières données du programme de médicalisation des systèmes d'information 2012. Il ressort de l'étude que 55 % des patients de plus de 85 ans sont pris en charge dans le public, contre seulement 30 % dans le privé. 92 % des accidents vasculaires cérébraux sont en France pris en charge par l'hôpital public.

Cet article 33 propose donc de corriger deux effets pervers : Premièrement, la T2A ne prend pas en compte les impératifs de service public et récompense uniquement la quantité.

Nous proposons donc de sortir de ce système quantitatif pour certains établissements isolés qui ne peuvent pas multiplier les actes, les consultations et les hospitalisations quand il n'y a pas assez de population – sauf à créer des maladies et des maladies.

Pour éviter l'apparition de nouveaux déserts médicaux et la faillite de ces établissements, il semble très pertinent de changer le mode de tarification de ceux-ci.

Le deuxième objectif est d'éviter l'inflation des actes, qui est l'autre effet pervers de la T2A. Cette mesure me semble mise en œuvre pour le bien de la population, et en particulier pour celui des gens qui se font soigner.

Je reste en effet convaincue qu'il ne faut pas subir une endoscopie lorsqu'on n'en a pas besoin. Mais avec la T2A, on gagne plus d'argent quand on fait beaucoup d'endoscopies.

Cela me semble donc une très bonne mesure que de limiter le nombre d'actes que l'on peut faire dans un établissement.

Les pays d'Europe qui ont mis en place le « tout T2A » depuis plus longtemps que nous, notamment l'Allemagne, que l'opposition aime citer en exemple, ont mis des garde-fous reposant sur une dégressivité des tarifs. Ils l'ont fait avant nous, et cela me semble un très bon exemple à suivre.

M. Christian Paul, rapporteur. Très bien !

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

M. Gérard Bapt. Cet article comporte une première mesure sur laquelle personne n'a insisté. Je souhaite la mentionner pour ceux qui accusent systématiquement le Gouvernement et la majorité de mal aimer le secteur hospitalier privé.

Il ouvre la possibilité aux établissements du privé de facturer des actes réalisés hors hospitalisation par leurs médecins salariés. Cela permettra d'offrir une offre de proximité pourvue par des médecins salariés d'établissements privés, lorsque cette offre peut manquer.

Cette mesure s'appliquera bien entendu dans l'intérêt de ces établissements privés et de leur capacité de fonctionnement.

L'autre mesure est la régulation de la tarification de l'activité en fonction de ce facteur inflationniste de la T2A, qui avait été dénoncé par la Cour des comptes.

Mme Fraysse a cité l'étude d'impact, qui évalue les économies pour l'assurance-maladie en fonction d'une certaine dégressivité tarifaire. Je lui fais remarquer que l'étude d'impact ne porte que sur la partie concernant la dégressivité tarifaire.

Dans le cadre de l'ONDAM hospitalier voté par le Parlement, cette dégressivité tarifaire doit justement permettre de donner des moyens supplémentaires aux établissements publics qui constituent, dans certains territoires, l'offre de soin de proximité.

Enfin, comme l'ont fait remarquer M. Barbier et Mme Neuville, il faut tenir compte de la pertinence des actes.

Il ne serait pas normal, que dans certaines patientèles où l'on remarque par exemple un fort taux d'hystérectomie ou de chirurgie rachidienne, s'appliquent les mêmes règles que dans les établissements dont les actes respectent les bonnes recommandations et les bons usages édictés par la Haute autorité de santé.

M. le président. Je suis saisi de plusieurs amendements identiques, n^{os} 32, 174 et 191.

La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n^o 32.

M. Francis Vercamer. L'article 33 prévoit notamment un mécanisme de financement dérogatoire des hôpitaux ayant une faible activité. Elle prévoit par ailleurs la dégressivité tarifaire.

Cette disposition n'a de sens que si elle s'inscrit dans le cadre d'une véritable réforme de l'offre hospitalière dans les territoires, s'appuyant sur la définition d'une répartition cohérente des établissements sur les territoires, sur la recherche d'une complémentarité entre les établissements existants ainsi que d'une offre des services qui privilégie la qualité et la sécurité des soins, dans l'intérêt des patients.

C'est cette réflexion et cet effort d'organisation donnant une lisibilité à l'action du Gouvernement en matière d'offre hospitalière qui fait justement défaut dans ce PLFSS.

J'ajoute que cela doit s'inscrire également dans le cadre des parcours de soins et de la prise en compte de la chirurgie ambulatoire, dont le manque de dynamisme a été dénoncé par la Cour des comptes, et qui aura forcément un impact sur l'activité des hôpitaux.

Enfin, je vous rappelle qu'il existe les Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, les MIGAC, qui servent les activités complémentaires des hôpitaux, donc l'intérêt général.

On pourrait très bien imaginer qu'une des composantes de ces MIGAC soit un financement complémentaire pour l'offre de soins dans les territoires déficitaires, dans une perspective d'aménagement du territoire ou de soutien des hôpitaux qui ne seraient pas rentables à cause d'un manque de patients – cela a été évoqué toute à l'heure par Mme Neuville.

Enfin, j'ai entendu un certain nombre de contestations portant sur le caractère juridiquement fragile du dispositif de dégressivité tarifaire. En effet, pour un même acte, les hôpitaux auront un tarif différent, ce qui paraît être contraire au principe d'égalité devant la loi.

Les gros établissements hospitaliers auront de plus grande capacité en raison du système de financement plus avantageux. Le principe de libre concurrence est donc violé.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n^o 174.

M. Dominique Tian. On reviendra toute à l'heure sur la dégressivité des tarifs pour les établissements qui font trop d'actes, ce qui peut poser des problèmes.

À l'inverse, l'article 33 prévoit un mécanisme de financement dérogatoire des hôpitaux ayant une faible activité. Cela conduira à maintenir ces hôpitaux au détriment de la sécurité et de la qualité des soins des patients.

Plusieurs rapports récents – rapport Vallancien de 2006, rapport « charges et produits » 2013 de la CNAMTS... – ont soulevé ce problème : certains établissements ont par exemple une activité chirurgicale insuffisante. On sait que cela peut poser des problèmes de sécurité – on l'a vu notamment dans les maternités.

L'article prévoit également d'introduire un mécanisme de dégressivité des tarifs nationaux pour certaines prestations d'hospitalisation des établissements de santé. Ce mécanisme purement comptable viendra pénaliser les établissements qui ont engagé une réorganisation de leurs activités et qui peuvent donc être très dynamiques dans certains domaines.

Ce mécanisme de régulation va ainsi mettre un frein aux efforts de productivité des établissements.

Je regrette que l'on fasse un mauvais procès à la T2A : ce système est accepté quasiment dans le monde entier et permet des comparaisons de tarifs pour des prestations identiques. Si telle opération coûte plus cher dans un hôpital que dans un autre, il est intéressant de savoir pourquoi.

La transparence des prix est importante, tout comme l'est la sécurité sanitaire. C'est pour cela que cet article nous paraît assez dangereux.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Barbier, pour soutenir l'amendement n° 191.

M. Jean-Pierre Barbier. Mon collègue M. Tian a évoqué les aspects comptables, mais aussi les aspects techniques et de santé publique. Je crois qu'il est bon d'avoir une illustration de ce qui peut se passer dans un hôpital local.

Je prends l'exemple d'un hôpital en Isère qui comprend deux chirurgiens : l'un spécialisé en chirurgie orthopédique, l'autre en chirurgie viscérale. Les chirurgiens sont des hommes comme les autres.

Mme Ségolène Neuville. Parfois, ce sont des femmes !

M. Jean-Pierre Barbier. Ils ont des familles et ils prennent des week-ends. Quand le chirurgien orthopédique est de garde le week-end, il y va de votre intérêt de ne pas souffrir d'une crise d'appendicite. En effet, la qualité de l'opération, globalement, ne sera pas la même. Cet exemple est évident. Que souhaite-t-on quand on se rend pour se faire opérer ? La distance est-elle réellement importante ?

Mme Ségolène Neuville. On ne parle pas de cela !

M. Jean-Pierre Barbier. Les opérations sont, dans leur majorité, programmées. Il est donc essentiel de pouvoir bénéficier d'un plateau technique et d'un accueil parfaits. S'agissant des soins de suite, il est peut-être important de privilégier la proximité. Nous ne pourrions y parvenir que si l'on accepte de regarder les choses en face, donc de rediscuter de la proximité et de définir une véritable carte hospitalière en répartissant intelligemment les moyens.

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

M. Christian Paul, rapporteur. Cet article est extrêmement important et, peut-être, l'un des plus importants...

Mme Ségolène Neuville. Le plus important !

M. Christian Paul, rapporteur. Madame Neuville dit qu'il est le plus important... Je dirai donc qu'il est l'un des plus importants de ce PLFSS. Il marque, en effet, la sortie des excès de la T2A, laquelle a été, comme la RGPP, l'un des symptômes d'un mode de management du système hospitalier et du système public en général (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP*) dont on a mesuré les conséquences, les excès et les dégâts.

M. Dominique Tian. Ce n'est pas vrai !

M. le président. Nous écoutons le rapporteur, mes chers collègues !

M. Christian Paul, rapporteur. En vous entendant, je confirme que c'est une véritable addiction dont vous n'êtes visiblement pas encore totalement guéris ! Tout se déroule en bon ordre et de façon très raisonnable et rationnelle. Deux points motivent votre demande de suppression de l'article. Premier point : le financement des activités isolées. Il ne s'agit effectivement pas de se contenter de distribuer quelques MIGAC et quelques missions d'intérêt général sous forme de dotations complémentaires en cours ou en fin d'année, mais d'intervenir en accordant des dotations supplémentaires, en majorant les tarifs, ou en appliquant des coefficients permettant de majorer les recettes des hôpitaux.

Contrairement à ce que je viens d'entendre, il ne s'agit pas de subventionner des établissements déficitaires. Notre défi est de maintenir en état de marche des activités hospitalières présentant toutes les garanties de sécurité et de qualité. Il existe mille façons de les auditer. Nous le ferons pour améliorer le fonctionnement des hôpitaux et non pour les fermer systématiquement. Nous examinerons ainsi le cas des établissements isolés et celui des activités au caractère géographiquement isolé. C'est essentiel et nous ne devons pas céder à la facilité en supprimant cet article.

Le second point porte sur la dégressivité des tarifs pour les établissements aux volumes très inflationnistes ou dont le développement va bien au-delà des objectifs moyens. Nous devons, là aussi, éviter les cercles vicieux. Ce mécanisme économique est assez simple. Comme il existe des frais fixes que l'explosion de l'activité répartit ou atténue, il est possible de récupérer une partie de ces suppléments de recettes, donc de mettre en place une forme de solidarité. C'est ainsi qu'il faut envisager la situation à l'avenir.

La sortie de la T2A, c'est maintenant !

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Cet article est effectivement important. Il marque, en effet, l'engagement du Gouvernement pour l'hôpital et pour une meilleure adaptation de son financement à l'évolution du contexte et à la réalité des territoires. Nous constatons, depuis un certain nombre d'années, que la tarification à l'activité qui a amélioré, il y a une dizaine d'années, le financement des établissements de santé a atteint aujourd'hui ses limites. Ses effets sont pervers. Elle ne permet pas d'accompagner l'évolution de l'organisation du système de soins. Elle n'accompagne notamment pas les parcours de soins et ne répond pas aux enjeux spécifiques des établissements isolés.

Elle encourage, dans certains cas, la course à l'activité. C'est la raison pour laquelle nous avons dû prendre des mesures. C'est l'objet de cet article et du suivant. Cet article prévoit donc de mieux prendre en compte la situation des établissements isolés. J'entends qu'il s'agirait de mettre à plat la carte hospitalière, expression pudique qui signifie fermeture d'établissements et regroupements forcés. Telle n'est pas notre démarche. Nous considérons, en effet, que nous devons prendre en compte les établissements pour répondre aux besoins de santé dans tous les territoires.

Nous avons, pour notre part, une approche de territoire. Nous voulons garantir une offre de soins de qualité dans tous les territoires. Je le répète, les médecins libéraux ne s'instal-

leront pas dans les territoires dépourvus d'activités hospitalières. L'hôpital est aussi un point de référence et d'ancrage pour les médecins libéraux. Une autre mesure concerne le caractère dégressif de certains actes. J'ai entendu les inquiétudes qui se sont exprimées. Je veux rassurer et dire, d'abord, qu'il s'agit simplement d'un aménagement et non d'un bouleversement des tarifs. J'insisterai ensuite sur le fait que c'est aussi une manière de dissuader certains établissements de pratiquer toujours plus d'actes pour avoir davantage de ressources.

En effet, quand 500 actes sont pratiqués, on comprend bien que le cinq cent unième coûte moins cher à l'établissement. Cette règle des économies d'échelle est assez simple à comprendre. Il n'est pas anormal que nous l'appliquions également aux établissements de santé. Le Gouvernement se préoccupe du financement des établissements de santé. Je peux vous annoncer, ce soir, que 115 millions d'euros supplémentaires seront dégelés. Il s'agit du dégel du coefficient prudentiel, lequel avait été décidé par la loi votée l'année dernière.

Compte tenu des évolutions constatées, nous allons donc dégeler 115 millions d'euros pour les établissements publics et privés...

M. Michel Issindou. Très bonne idée!

M. Dominique Tian. Il y a 150 millions de déficit!

Mme Marisol Touraine, ministre. ...ce qui permettra de mieux répondre aux besoins de santé dans notre pays. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

Mme Jacqueline Fraysse. Très bien!

Mme Ségolène Neuville. L'objectif, c'est de soigner!

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

M. Patrick Hetzel. Je reviendrai sur la dégressivité prévue à l'article 33. Je pense que cette mesure est juridiquement contestable, et ce pour trois raisons. Premièrement, en fixant un taux d'évolution ou un volume d'activité au-delà duquel le financement des soins serait minoré, la mesure contrevient, à mon avis, à l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution de 1946 qui consacre le principe selon lequel la nation garantit à tous la protection de la santé. Deuxièmement, en instaurant des seuils d'activité par établissement en application des seuils fixés au niveau national, la disposition propose de traiter différemment des établissements qui se trouvent pourtant dans des situations identiques.

Ainsi, deux établissements réalisant un même acte pourront percevoir des tarifs différents sans aucune justification. La mesure est à mon avis juridiquement contraire au principe d'égalité devant la loi. Troisièmement, les établissements disposant d'une capacité importante bénéficieront évidemment mécaniquement de tarifs plus avantageux que des structures de taille plus réduite pour un nombre d'actes identiques. Ainsi, le projet de loi conforte la position dominante des établissements de grande capacité par un système de financement plus avantageux. L'objectif à valeur constitutionnelle de libre concurrence est donc à mon avis violé.

M. Gérard Bapt. Vous êtes un plaideur! Vous n'accompagnez pas les réformes!

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Le rapporteur a eu raison d'indiquer que cet article était extrêmement important. Il est également assez extraordinaire sur le plan intellectuel et Mme la ministre vient de nous le confirmer.

M. Gérard Bapt. Non, c'est de la pertinence!

M. Dominique Tian. Ces établissements devraient être sanctionnés financièrement parce qu'ils fonctionnent bien.

Mme Ségolène Neuville. Ils font trop d'actes!

M. Dominique Tian. Ils ne font pas des actes pour le plaisir...

Mme Ségolène Neuville. Si!

M. Gérard Bapt. Le jackpot!

M. le président. Nous écoutons M. Tian!

M. Dominique Tian. ... mais parce que des personnes qui ont besoin de soins y sont envoyées par des médecins.

Mme Ségolène Neuville. Cela n'a rien à voir avec cela!

M. Dominique Tian. Toutes les semaines, les journaux publient le classement des hôpitaux. Un hôpital mieux géré, plus attractif et qui dispose d'une meilleure image et reçoit plus de patients, pendant que celui qui est à côté est mal géré, sale et délaissé par les clients,...

Mme Ségolène Neuville. Ce ne sont pas des clients!

M. Dominique Tian. ...doit donc être financièrement sanctionné, car il fait trop d'actes. En revanche, celui qui a une faible activité doit être subventionné pour qu'il demeure en l'état. C'est un frein énorme à la modernisation du système de santé. Je citerai un simple chiffre: les trente CHU français sont, pour la plupart, bénéficiaires grâce à la T2A alors qu'ils ne l'étaient pas auparavant. Des progrès ont donc été accomplis. Tout le monde le reconnaît y compris la Cour des comptes. La situation financière des hôpitaux est moins préoccupante que par le passé. Que s'est-il passé ces dernières années, sinon la mise en place de la T2A qui leur a permis de mieux s'en sortir sur un plan financier? Seulement quatre ou cinq d'entre eux connaissent à nouveau des difficultés.

Voulez-vous entrer dans la spirale de l'échec qui nous caractérisait? Ne pouvez-vous pas plutôt écouter la Cour des comptes? Elle considère, en effet, qu'il est possible de trouver facilement 5 milliards pour les hôpitaux publics en développant, notamment, la chirurgie ambulatoire. Avec cet article 33, vous remettez en cause toutes les améliorations! Il est donc totalement néfaste.

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

M. Christian Paul, rapporteur. Nous avons entendu des propos absolument extraordinaires. Je voudrais simplement les souligner afin que nous les gardions en mémoire. M. Hetzel, notamment, a fait un plaidoyer qui s'appuyait essentiellement sur la liberté du commerce et la liberté de concurrence entre les établissements hospitaliers.

M. Patrick Hetzel. Pas du tout!

M. Christian Paul, rapporteur. Il était intéressant de l'entendre. La solidarité entre les régions, voire entre les établissements hospitaliers, s'agissant de l'utilisation des crédits de l'assurance maladie, nous est chère. Or vous n'y

apportez apparemment aucun crédit. Enfin, il y a la volonté d'une hyperconcentration du système hospitalier avec tout ce que cela sous-tend en termes de déserts médicaux. Vous avez pourtant tout à l'heure montré quelque intérêt pour cette question. Un hôpital dont l'activité progresse de 8 ou 10 % fonctionne-t-il bien ?

M. Dominique Tian. Eh oui !

M. Christian Paul, rapporteur. Pas forcément ! Cet hôpital peut tout simplement être inflationniste, monsieur Tian !

M. Dominique Tian. C'est n'importe quoi !

M. Christian Paul, rapporteur. Nous pensons, au contraire, que sortir de la T2A revient, certes, à faire appel au financement à l'acte quand c'est pertinent, mais aussi à des dotations, à des coefficients majorateurs, comme nous l'avons souligné, et à des MIGAC. C'est un système mixte. Nous avons bien compris votre logique. Vous aimez en quelque sorte socialiser les pertes. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

M. Dominique Tian. On essaie de sauver l'hôpital !

M. Christian Paul, rapporteur. Mais quand il y a quelques gains à partager, vous n'êtes pas au rendez-vous !

(*Les amendements identiques n^{os} 32, 174 et 191 ne sont pas adoptés.*)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n^{os} 332 et 604.

La parole est à M. Bernard Accoyer, pour soutenir l'amendement n^o 332.

M. Bernard Accoyer. Cet amendement s'inscrit dans la continuité des amendements de suppression. Il a pour but d'essayer de limiter les conséquences néfastes de l'article 33. Cet article oublie l'objet des lois de financement de la Sécurité sociale, à savoir équilibrer les comptes et, par conséquent, faire en sorte que les différents segments qui constituent l'activité de soins convergent vers une maîtrise de leurs dépenses.

Il s'agit, ici, de l'hospitalisation, premier poste de dépenses de l'assurance maladie. Nous le savons depuis longtemps, la tarification à l'activité a non seulement permis d'assainir la gestion des établissements, mais aussi d'améliorer la sécurité des soins, une des priorités qui nous rassemble certainement. En effet, avec la remise en cause de la T2A, madame la ministre, monsieur le rapporteur, vous allez permettre à de petits établissements de rester en vie.

Or chacun sait que, moins on fait d'actes similaires dans un établissement, moins la sécurité des soins est grande et plus il y a de morts et de complications. Par conséquent, rien que sur ce point, ce retour en arrière qu'est la remise en cause de la T2A est inexplicable, inexcusable.

La dégressivité des tarifs est également totalement incompréhensible. Cela ne pourrait concerner que des actes effectués avec des plateaux techniques considérables, dont le coût d'amortissement pourrait au fil du temps peser un peu moins sur le prix de revient de ces actes. Il est donc totalement incohérent de pénaliser ainsi la dynamique des établissements. On cherche encore la logique d'une telle décision qui, en réalité, s'explique par le fait que vous avez cédé au

lobby des syndicats hospitaliers, ce qui n'est certainement pas un avantage pour l'équilibre des comptes de la Sécurité sociale.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n^o 604.

M. Jean-Pierre Door. Nous sommes au cœur du projet socialiste.

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Cela tombe bien !

M. Jean-Pierre Door. M. Paul l'a rappelé, la fin de la T2A, c'est maintenant. Vous aviez d'ailleurs annoncé lors de la discussion des précédents PLFSS, lorsque vous étiez dans l'opposition, que vous la supprimeriez. Vous y êtes arrivés. Nous avons été le dernier pays à nous y mettre alors qu'elle existe depuis 1995 en Europe et, curieusement, nous serons les premiers à en sortir, dix ans après.

Votre objectif, c'est une T2A modulable, valorisant des activités isolées, des petits établissements de proximité, avec des tarifs dégressifs, pour réguler les effets inflationnistes.

Il est incohérent de pénaliser par la dégressivité des tarifs un établissement dynamique uniquement parce qu'il serait le seul à réaliser telle ou telle activité de soins. Prenons l'exemple d'un petit établissement qui fait une centaine d'actes de petite chirurgie. Est-il pensable que, pour la cent et unième ou la cent deuxième intervention, le tarif soit dégressif et que l'on travaille à perte ? Il y aura une sanction financière pour les petits établissements s'ils se mettent à travailler de façon dynamique dans telle ou telle spécialité. On ne va pas les y exposer.

Selon un rapport rendu il y a quelques mois au ministère, dix ans après les débuts de la T2A, le bilan n'est pas mauvais du tout, madame la ministre. Nous l'avons dit à plusieurs reprises, et c'est ce qu'a dit je crois, le rapport Couty, nous pourrions améliorer la T2A en mixant au niveau des missions l'intérêt général, faire de la tarification à l'activité et voir également comment on peut augmenter les MIC lorsqu'il y a des problèmes.

Il y a donc une évolution possible mais ce que vous voulez, vous, et ce à quoi nous nous opposons, c'est la destruction de la T2A. C'est un système archaïque auquel vous reviendrez.

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

M. Christian Paul, rapporteur. Défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Qui a dit qu'il fallait sortir de la T2A, monsieur Door ? Certainement pas nous ! (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

Plusieurs députés du groupe UMP. M. Paul ! M. Paul ! M. Paul !

M. le président. Je sais que tout le monde admire M. Paul mais c'est Mme la ministre qui a la parole.

Mme Marisol Touraine, ministre. C'est un excellent rapporteur, vous avez raison de l'acclamer ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

Il ne s'agit pas de sortir la T2A, mais tous les rapports concluent qu'il faut faire évoluer le système.

M. Jean-Pierre Door. Nous sommes d'accord, mais pas comme ça !

Mme Marisol Touraine, ministre. Vous en avez évoqué un, auquel je suis particulièrement sensible. Il y en a d'autres. Nous avons mis en place un comité d'évaluation du financement des établissements de santé. Tout le monde est d'accord pour dire qu'il faut pondérer les règles actuelles de la tarification à l'activité pour prendre en compte la qualité des actes, mieux apprécier leur pertinence. Tel est l'objectif que nous poursuivons.

Nos objectifs, ce sont la régulation, parce que le laisser-faire, le marché ne peut pas être la seule règle en matière de santé, et la solidarité.

Je vous rassure, il existe déjà dans notre système de soins des mécanismes de modulation des tarifs, ce n'est donc pas une nouveauté. Nous ne remettons pas en cause le principe d'égalité, contrairement à ce que vous avez dit. Il y a aujourd'hui des coefficients pour moduler les actes, en fonction par exemple, du lieu géographique dans lequel ils interviennent. Ils n'ont pas la même valeur dans les départements d'outre-mer ou en région parisienne que dans la région Centre ou d'autres régions de France. Ce principe d'égalité, nous y sommes évidemment très attachés. Il s'agit simplement d'introduire de la régulation et de la solidarité pour que notre système de tarification prenne mieux en compte la pertinence des actes.

Plusieurs députés du groupe SRC. Très bien !

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

M. Patrick Hetzel. Cet article remet en cause la T2A, le compte rendu prouvera que M. Paul l'a bien dit. C'était l'une des grandes avancées de la loi HPST, ce mode de tarification visant justement à responsabiliser les établissements.

De surcroît, et M. Accoyer a fortement insisté sur ce point, cela contribue à sécuriser les soins. (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*) Laissez-nous au moins développer nos arguments. Je sais que vous avez beaucoup de mal à accepter l'opposition, mais tout de même !

Il y a aussi un argument juridique. Le mécanisme de minoration des tarifs viole les articles 106 et 107 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne. La Cour de justice de l'Union européenne et la Commission européenne ont considéré que les aides d'État accordées aux services d'intérêt économique général pouvaient être compatibles avec le traité dès lors que la description du mécanisme de compensation et les paramètres de calcul, de contrôle et de révision de la compensation étaient clairement prévus.

Juridiquement, cet article ne tient pas vis-à-vis de la Constitution et encore moins vis-à-vis des juridictions européennes. Nous allons donc tout droit vers des contentieux, et il y a une impréparation très grande du Gouvernement.

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran.

M. Olivier Véran. En écoutant mes collègues de l'opposition, je me demandais combien parmi eux vont dans leur département, portant écharpe, visiter un hôpital en péril (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)...

M. Bernard Accoyer. Nous y allons tous !

M. Olivier Véran. ...qui a pourtant vocation à survivre dans la mesure où il dispense des soins vitaux dans un territoire plutôt isolé ou peu dense en population.

Il vous est arrivé, j'imagine, de vous trouver face à un directeur d'hôpital...

M. Bernard Accoyer. Ils sont très contents de la T2A !

M. Olivier Véran. ...ou au maire d'une commune de votre département qui vous explique que, si l'hôpital est fermé, la population ne pourra plus accéder aux soins. Leur seul tort, ce n'est pas une qualité de soins insuffisante, c'est le fait que, contrairement à ce qui se passe dans les grosses structures, le volume ne peut pas avoir d'effet sur les prix. Vous savez, en effet, que le coût par soin se réduit quand le volume augmente.

M. Bernard Accoyer. Ce n'est pas vrai !

M. Olivier Véran. Ce qu'il est proposé aujourd'hui, c'est tout simplement un mécanisme de compensation que vous pourrez présenter avec fierté dans les hôpitaux de vos territoires en leur disant que l'État ne les a pas oubliés.

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

M. Christian Paul, rapporteur. C'est une question qu'il faut évoquer sans lyrisme excessif et en étant précis. Je l'ai dit, le financement hospitalier doit reposer encore plus à l'avenir sur des tarifs quand c'est pertinent, mais aussi sur des dotations, sur des majorations de tarifs quand c'est possible, sur des coefficients qui apportent des corrections, ou sur des missions d'intérêt général, et c'est à ce prix que le financement des activités hospitalières sera à la fois cohérent et pertinent.

N'allez pas chercher le droit communautaire, monsieur Hetzel. Pour la précision des critères, il y aura un décret en Conseil d'État, dans la foulée de cet excellent article, mais on prendra également en compte les différences et les disparités, qui peuvent être aisément motivées, par exemple par les réalités géographiques quand il s'agit d'activités isolées.

C'est une vraie alternative à ce que vous avez souhaité faire pendant dix ans. Elle va apporter un souffle nouveau à un grand nombre d'établissements, dans un esprit de justice.

(Les amendements identiques n°s 332 et 604 ne sont pas adoptés.)

M. le président. Les amendements, n°s 118, 119, 120, 121 de la commission sont rédactionnels.

(Les amendements n°s 118, 119, 120 et 121, acceptés par le Gouvernement sont successivement adoptés, et les amendements n°s 415, 760 et 782 tombent.)

M. le président. L'amendement n° 122 de la commission est un amendement de précision.

(L'amendement n° 122, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer, pour soutenir l'amendement n° 341.

M. Bernard Accoyer. Si, par malheur, la T2A venait à disparaître, madame la ministre, la transparence serait une exigence, surtout après les propos du rapporteur, car, à partir du moment où on laisse une part à l'appréciation d'un tiers, les critères devront évidemment être connus : l'isolement

géographique des établissements ou d'autres données auxquelles vous tournez le dos et qui sont pourtant fondamentales pour l'accès aux soins de nos compatriotes.

Il y a des inégalités tarifaires entre secteur public et secteur privé. Les objectifs de dépenses ont d'ailleurs été respectés dans le secteur privé, ils n'ont même pas été réalisés, et, pour la première fois, les versements de l'assurance maladie à l'hospitalisation privée ont baissé l'année dernière en dépit de la hausse des charges que l'on sait.

Cette situation met en difficulté un certain nombre d'établissements privés. Mme la ministre des personnes âgées, que nous avons espéré entendre hier soir et qui nous fait l'honneur d'être ici ce soir, n'y sera pas indifférente, ce sont notamment les établissements de soins de suite et de réadaptation privés qui sont en grande difficulté en raison de la sous-tarifcation.

Votre texte autorise les consultations externes. Je retire mon amendement parce que, pour survivre, ces établissements ont besoin d'une telle disposition. (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

M. Gérard Bapt, rapporteur. La lumière revient !
(*L'amendement n° 341 est retiré.*)

M. le président. Nous en venons à des amendements identiques, n° 416 et 729.

La parole est à M. Bernard Accoyer, pour soutenir l'amendement n° 416.

M. Bernard Accoyer. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Jean-Noël Carpentier, pour soutenir l'amendement n° 729.

M. Jean-Noël Carpentier. Il est également défendu.

(*Les amendements identiques n° 416 et 729, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.*)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques, n° 172, 442 et 764.

La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 172.

M. Dominique Tian. Cet amendement a pour objet de supprimer les alinéas 8 à 15 de l'article 33, qui appliquent un coefficient de minoration aux tarifs des groupes homogènes de séjour pour les établissements de santé MCO – que l'on vient d'évoquer – dont l'activité dépasserait un seuil fixé en valeur absolue ou en taux d'évolution. Or l'ONDAM voté est bien respecté, madame la ministre, depuis trois ans : il est même sous-exécuté par les établissements privés. De plus, la mise en œuvre du coefficient prudentiel dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 vient également apporter des garanties sur le respect, par ces établissements, des objectifs de dépenses. Il n'est pas possible de pénaliser un établissement parce qu'il est le seul à réaliser, sur un territoire donné, telle ou telle activité de soins, ou certains établissements spécialisés dans des domaines où la demande de soins est en forte progression, appréciée de manière objective – cancérologie, insuffisance rénale. Le rapport « charges et produits » pour 2013 de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

montre que certaines maladies chroniques progressent jusqu'à 7 % par an, sans que la pertinence des soins ne soit contestable.

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer, pour soutenir l'amendement n° 442.

M. Bernard Accoyer. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 764.

M. Jean-Pierre Door. Je veux vous redire, madame la ministre, que nous tenons, pour notre part, à maintenir la T2A. Vous proposez une dotation forfaitaire pour ces établissements particuliers à faible densité de population, pour compenser, en réalité, le faible nombre d'actes. Les missions d'intérêt général peuvent facilement être adoucies par la T2A. On pourrait faire autrement, en introduisant la mixité de financement de ces établissements. Surtout, la dégressivité des tarifs est certainement très dangereuse, à terme, parce que le nombre d'actes qui seront pratiqués connaîtra, vous le verrez, une baisse, dès l'instant où ils auront atteint un plafond et que les actes seront sous-tarifés.

M. Bernard Accoyer. Et nous aurons des listes d'attente !

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces amendements identiques ?

M. Christian Paul, rapporteur. Avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Je veux simplement vous convaincre, chers collègues de la majorité, qu'en adoptant la dégressivité, avec ces réformes tarifaires, ce sont les listes d'attente que vous êtes en train d'acter.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Il faudrait quand même s'arrêter deux minutes...

M. Christian Paul, rapporteur. Pas plus de deux minutes, alors !

M. Dominique Tian. ...sur la situation de l'hospitalisation en France. Même si certains hôpitaux s'en sortent un peu mieux, globalement, la situation n'est pas brillante. Le problème est que les établissements privés sont en très grande difficulté. Un article récent dans *Le Monde* indiquait le nombre de cliniques quasiment au bord du dépôt de bilan.

M. Bernard Accoyer. Le premier groupe français d'hospitalisation privée est à vendre !

M. Dominique Tian. Oui. Qu'il s'agisse d'établissements privés à caractère familial ou d'établissements déjà rachetés par des chaînes – car il y a eu des mouvements de concentration extrêmement importants au cours des dernières années –, ils sont au bord du dépôt de bilan.

M. Bernard Accoyer. Vous serez contents quand il n'y en aura plus !

M. Dominique Tian. Ils ont respecté l'ONDAM, sont même souvent en dessous des seuils et vont pourtant être sanctionnés financièrement. Les fermetures d'établissements privés – avec tout ce que cela signifie sur le plan de l'offre de soins et en termes d'emplois – vont conduire à des situations extrêmement difficiles. Aussi, monsieur le rapporteur, on ne peut pas se contenter de constater la chose : la situation économique est très grave et mérite que l'on s'y arrête au moins deux minutes. Cette mesure va encore aggraver une situation qui préoccupe beaucoup d'élus et qui doit d'ailleurs préoccuper tous les assurés sociaux. N'oublions pas que le libre choix du médecin, comme celui de l'établissement, est très important pour les Français.

(Les amendements identiques n° 172, 442 et 764 ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques, n° 507, 535 et 753.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, pour soutenir l'amendement n° 507.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet amendement vise à intégrer des critères de pertinence des actes dans la décision d'appliquer une dégressivité des tarifs. Je considère qu'il est normal de limiter les rentes de situation ou les effets d'aubaine liés à la T2A dont bénéficient les établissements concentrant leur activité sur un petit nombre d'actes techniques très rémunérateurs, qui désavantagent ceux offrant une palette de prise en charge plus large, mais adaptée à l'ensemble des patients. Pour autant, je crains qu'une interprétation trop stricte de cette dégressivité des tarifs ne conduise à une maîtrise comptable des dépenses et, finalement, à sanctionner des établissements qui se sont spécialisés dans le traitement de certaines pathologies – je pense par exemple aux cancers – et qui, dans ces domaines, ont atteint un niveau d'excellence qui attire de nombreux patients. Je pense aussi à des établissements qui voient une subite augmentation de leur activité après la fermeture d'un autre établissement voisin ou d'un service particulier dans cet établissement, ou encore à des établissements qui se trouvent de fait dans une situation de monopole sur un territoire, et qui risquent d'être pénalisés. On mesure la complexité du sujet. C'est pourquoi, pour pondérer l'ensemble de ces risques et de ces effets pervers éventuels, il serait intelligent d'inscrire des critères de pertinence des actes, dont l'appréciation pourrait être confiée, par exemple, à la Haute autorité de santé. Tel est l'objet de cet amendement, qui propose de compléter l'alinéa 9 par : « , basés sur des critères de pertinence médicale. »

M. le président. Monsieur Véran, l'amendement n° 535, identique, est-il défendu ?

M. Olivier Véran. Oui.

M. le président. Même chose pour l'amendement n° 753, monsieur Carpentier ?

M. Jean-Noël Carpentier. Oui.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces amendements identiques ?

M. Christian Paul, rapporteur. La commission n'a pas adopté ces amendements, même si la préoccupation exprimée par Mme Fraysse ou par certains des collègues du groupe SRC est tout à fait légitime. Je demande d'ailleurs, par mon amendement n° 521 qui complète l'article 33, la remise d'un rapport. (« Ah ! » sur les bancs du groupe UMP.)

Celui-là va vous intéresser ! C'est un rapport consacré aux moyens de mettre fin aux excès de la T2A. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

M. Dominique Tian. Eh bien voilà !

M. Bernard Accoyer. C'est obsessionnel, vous avez un besoin de thérapie !

M. Christian Paul, rapporteur. C'est un sujet très sérieux : mettre fin aux excès de la T2A, cela me paraît être une façon très posée d'évoquer cette question. La question de la pertinence des actes demande effectivement des référentiels. Il est probable qu'aujourd'hui le système hospitalier ne sait pas répondre à la préoccupation qui est la vôtre, mais cela demeure un objectif. La dégressivité constitue l'une des étapes de l'amélioration de la tarification hospitalière, et n'a pas pour objet de pénaliser des cliniques à la limite du dépôt de bilan ; ce sont rarement celles-là qui connaissent des taux de croissance d'activité de 10 %, ou alors elles sont extrêmement mal gérées – il y a une petite contradiction dans les termes : oui, il faudra aller plus loin dans la sortie de l'addiction à la T2A, au vu des conclusions du rapport, bien sûr, mais au-delà, par des mesures à prendre au cours des prochaines années.

M. Bernard Accoyer. Non, c'est n'importe quoi !

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Mon avis est défavorable sur ces amendements, en l'état, car nous avons besoin de travailler sur ce sujet. Je le dis très nettement, dans le prolongement des propos tenus à l'instant par le rapporteur : nous nous fixons évidemment l'objectif de pouvoir mieux apprécier la pertinence des actes, de définir des critères de pertinence de ces actes. Des travaux sont en cours : le Comité de réforme du financement des hôpitaux, mis en place à ma demande fin 2012, consacre un temps substantiel à voir de quelle manière nous pourrions aboutir à des critères de qualité et de pertinence des actes. Entre l'affirmer et le mettre en place, il y a encore aujourd'hui, je tiens à le dire, un pas à franchir, un fossé à combler. Ce n'est pas si simple que cela, nous avons besoin de travaux complémentaires : c'est la raison pour laquelle – nous le verrons – la question des rapports peut être posée. Nous avons besoin de temps pour réfléchir sur ce sujet. Je vous le dis, madame Fraysse, mesdames, messieurs les députés de la majorité, qui êtes attentifs à cela : l'objectif est bien celui que vous fixez.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Je veux simplement répondre à M. Paul, et lui dire que dans la plupart des cliniques françaises, le prix de journée a été augmenté de 0,30 %, tandis que dans les hôpitaux, il l'a été d'un peu moins de 1 %. Vous comprenez que ce n'est pas un problème d'activité. Le glissement vieillesse technicité, dans un hôpital ou une clinique, représente 1 à 1,5 % par an. Il faut par ailleurs prendre en compte les coûts de fonctionnement. Monsieur le rapporteur, vous êtes en train d'étrangler l'ensemble de la profession. Ne considérez pas que les établissements qui s'en sortent peu ou prou en faisant de l'activité, en étant à l'acmé de leur activité, doivent être de surcroît sanctionnés. Vous êtes en train de les étrangler, tout le monde le sait, y compris les directeurs d'hôpitaux, qui s'en plaignent.

Mme Ségolène Neuville. N'oubliez pas le CICE !

M. Dominique Tian. Si l'augmentation atteignait 1,5 à 2 % par an, couvrant ainsi plus ou moins l'inflation, on le comprendrait mais, au lieu de cela, vous avez une attitude absurde.

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Je veux appeler l'attention de Mme la ministre, qui n'a guère visité d'établissements privés depuis qu'elle a pris ses fonctions (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC*)...

M. Dominique Tian. C'est vrai !

M. Gérard Bapt. C'est une agression insupportable !

Mme Jacqueline Fraysse. Cela suffit !

M. Bernard Accoyer. Elle n'a fait qu'une visite rapide dans l'un de ces établissements, ce qui ne l'empêche pas de porter un jugement sur eux.

M. Jean-Marc Germain. Même à trois heures du matin, vous seriez désagréable !

M. Bernard Accoyer. Je veux témoigner ici de leur extrême fragilité financière, due au fait que les dotations ont diminué cette année et que les charges ont augmenté en tous domaines. Ils sont, pour un certain nombre d'entre eux, menacés de disparition. Le premier groupe d'hospitalisation privée français, qui est un employeur très important – vous l'avez lu comme moi dans la presse – est à vendre. Il ne faut jamais oublier que le principe fondamental de notre système de soins est la liberté de choix. Mes chers collègues, le jour où vous n'aurez plus le choix, où vous serez contraint d'aller dans un établissement, vous verrez que c'est extrêmement difficile à supporter et que, immanquablement, les coûts, et surtout la qualité et la sécurité des soins finissent par en pâtir. Tous les systèmes monopolistiques souffrent d'une qualité et d'une sécurité diminuées. La situation que je décris est malheureusement une réalité, puisqu'un certain nombre d'établissements, dans les semaines qui viennent, vont déposer leur bilan. On a entendu ici qu'il fallait seulement s'occuper de l'hôpital public – qui va mieux grâce à la T2A, mais, comme cela va mieux, on la supprime – et ne pas s'occuper de l'hospitalisation privée. (*Exclamations sur plusieurs bancs du groupe SRC.*)

Mme Jacqueline Fraysse. Personne n'a dit cela !

M. Bernard Accoyer. On peut essayer de l'étrangler mais, en réalité, ce sont les principes fondamentaux de la liberté d'accès aux soins et de la prise en charge par la solidarité des risques maladie auxquels vous êtes en train de porter des coups particulièrement graves. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

M. le président. Monsieur Véran, retirez-vous l'amendement n° 535 ?

M. Olivier Véran. Oui.

(*L'amendement n° 535 est retiré.*)

M. le président. Monsieur Carpentier, retirez-vous l'amendement n° 753 ?

M. Jean-Noël Carpentier. Non, je le maintiens.

(*Les amendements identiques n° 507 et 753 ne sont pas adoptés.*)

M. le président. La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 123.

M. Christian Paul, rapporteur. Il est rédactionnel.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis favorable.

(*L'amendement n° 123 est adopté.*)

M. le président. Je suis saisi de plusieurs amendements, n° 512, 755 et 537, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n° 512 et 755 sont identiques.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, pour soutenir l'amendement n° 512.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet amendement complète le précédent tout en se distinguant de lui en renvoyant, pour définir objectivement la pertinence des actes, à l'évolution des taux de recours sur certains actes – examens et interventions. En effet, en prenant connaissance d'un document de mars 2013, relatif à la pertinence des soins, émanant de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, j'ai constaté que cet établissement public de l'État a pour mission d'analyser l'activité des établissements de santé et de calculer le niveau des coûts et des prestations. Cet organisme déjà existant fournit ainsi des outils méthodologiques permettant d'évaluer la pertinence des soins. Cet amendement propose que la baisse des tarifs ne soit pas automatique, mais constitue seulement une possibilité ; autrement dit, il substitue aux mots : « est (...) minoré » les mots : « peuvent être minorés ». La minoration éventuelle doit en effet prendre en compte la pertinence des soins. Les établissements de santé exerçant des missions de service public auraient dû être satisfaits du contenu du projet de loi : or, ils sont extrêmement préoccupés par la dégressivité annoncée des tarifs, dont ils se demandent comment elle sera gérée. Je pense que l'adoption d'un amendement tel que celui-ci contribuerait à les rassurer.

M. le président. La parole est à M. Jean-Noël Carpentier, pour soutenir l'amendement n° 755.

M. Jean-Noël Carpentier. Il est défendu, Mme Fraysse a dit l'essentiel.

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran, pour soutenir l'amendement n° 537.

M. Olivier Véran. Je voudrais profiter de cet amendement pour poser une question à Mme la ministre de façon à bien éclairer nos débats. En effet, des inquiétudes se sont fait jour quant à la non prise en compte du critère de pertinence des actes et des prises en charge par le mécanisme de dégressivité des tarifs. J'ai parfaitement entendu l'argumentation qui a été développée, mais envisageons un cas pratique : un hôpital situé dans un territoire semi-rural qui, manquant de cardiologues depuis deux, trois ou quatre ans et ayant dû faire appel à de l'intérim, a vu son activité baisser. Si l'établissement parvient enfin à recruter deux cardiologues, l'un en cardiologie interventionnelle, l'autre en rythmologie, par exemple, son activité de cardiologie augmentera de façon très importante au cours de l'année – ce qui sera une bonne nouvelle sur le territoire de santé concerné où il y avait peut-être des difficultés d'accès aux soins et où la répartition de la demande pourra alors s'effectuer entre les établissements participant à l'offre de soins.

Dans ce cas, je voudrais m'assurer qu'il n'y a pas automatiquement une baisse du tarif des actes et qu'on prend bien en compte les niveaux de recours, ou du moins qu'on effectue un arbitrage par établissement au sein du territoire de santé.

M. Charles de La Verpillière. Le ver est dans le fruit !

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces trois amendements en discussion commune ?

M. Christian Paul, rapporteur. Monsieur Véran, vous avez tout à fait raison de poser cette question. Nous l'avons évoquée en commission en adoptant le texte de l'amendement n° 125, sur lequel nous allons revenir dans quelques instants et dont je vais d'ailleurs tenter d'améliorer la rédaction. Cet amendement vise à préciser que l'Agence régionale de santé prendra en compte le taux d'évolution ou le volume d'activité résultant d'une création – c'est le cas que vous évoquez – ou d'un regroupement d'activités, ce qui peut arriver en cas de restructuration.

Encore une fois, le mot restructuration n'est pas un gros mot : si certaines opérations de ce type ont été réalisées de façon extrêmement brutale ces dix dernières années, il y a parfois des modernisations négociées qui permettent de regrouper des services.

M. Lionel Tardy. Tu parles d'une modernisation négociée !

M. Christian Paul, rapporteur. Nous allons tenter avec les amendements qui arrivent en discussion de répondre très directement à votre question, car une création ou recréation d'activité peut naturellement entraîner une augmentation du volume des actes.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je demanderai à M. Véran de bien vouloir retirer son amendement au vu des explications qui viennent d'être données.

M. Dominique Tian. Eh voilà !

M. Bernard Accoyer. Couché Véran !

Mme Marisol Touraine, ministre. L'avis du Gouvernement est par ailleurs défavorable aux autres amendements qui ont été présentés en discussion commune ; il va de soi qu'ils peuvent également être retirés.

Je n'ai pas d'éléments à ajouter à l'excellente intervention du rapporteur. L'amendement qui est proposé permettra de préciser le mécanisme dans une mesure à valeur législative. En outre, le décret d'application de cet article, qui fera l'objet d'une concertation avec l'ensemble des acteurs, entrera dans le détail et précisera la manière dont nous allons mettre en œuvre cette dégressivité tarifaire.

M. Bernard Accoyer. Il va le retirer !

M. le président. Monsieur le président Accoyer, M. Véran est un homme libre, il fera ce qu'il voudra.

Mme Marisol Touraine, ministre. Je ne reviens pas sur ce que j'ai indiqué tout à l'heure au sujet de la pertinence des actes.

Madame Fraysse, nous disposons d'éléments pour apprécier la diversité de taux de recours sur le territoire, mais nous ne sommes pas en mesure aujourd'hui d'en tirer des consé-

quences quant à la pertinence des actes ou à leur tarification. Encore une fois, je ne peux que répéter que nous travaillons dans ce sens.

Je veux évidemment insister sur le fait que la politique que nous menons est dirigée vers l'ensemble des établissements de santé et que je suis attentive à leur situation financière. S'agissant des établissements publics, leur résultat global est redevenu excédentaire en 2012 après plusieurs années de déficit, ce dont nous pouvons nous réjouir : alors que le déficit était de 350 millions d'euros en 2011, nous devrions enregistrer un excédent de 117 millions d'euros en 2012, ce qui est tout à fait positif.

M. Rémi Delatte, M. Charles de La Verpillière. Grâce à la tarification à l'activité !

M. Dominique Tian. Et voilà !

Mme Marisol Touraine, ministre. Quant aux établissements publics à but non lucratif, ils connaissent des résultats stables aujourd'hui proches de l'équilibre. Pour ce qui est des cliniques, des établissements privés de santé, les dernières données dont nous disposons montrent que leur rentabilité est stable et qu'elle se situe autour de 2,5 %, ce qui évidemment cache des réalités différentes d'un établissement à un autre.

M. Jean-Pierre Door. Certains établissements sont à zéro ou en dessous de zéro !

Mme Marisol Touraine, ministre. Mais il n'y a pas d'évolution particulièrement marquée dans ce secteur, même si je reste extrêmement attentive à la situation des établissements, privés comme publics.

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

M. Patrick Hetzel. Les arguments qui ont été avancés à plusieurs reprises pour justifier les amendements présentés consistaient à dire qu'il ne fallait pas pénaliser les établissements.

Or, au cours de la séance de cet après-midi, le président Accoyer vous a interrogée à plusieurs reprises, madame la ministre, et nous attendons toujours la réponse à sa question. En effet, le fait d'avoir réinstauré une journée de carence pour la fonction publique constitue à nos yeux un élément qui pénalise fortement les établissements, en particulier les établissements publics. Nous aimerions savoir ce que vous comptez faire pour empêcher cela et connaître la raison pour laquelle vous ne vous êtes pas battue pour défendre les établissements qui subissent ces difficultés de plein fouet.

M. le président. L'amendement n° 537 est-il maintenu, monsieur Véran ?

M. Olivier Véran. Je le retire, monsieur le président.

(L'amendement n° 537 est retiré.)

M. le président. L'amendement n° 755 est-il maintenu, monsieur Carpentier ?

M. Jean-Noël Carpentier. Je le retire.

(L'amendement n° 755 est retiré.)

M. le président. L'amendement n° 512 est-il maintenu, madame Fraysse ?

Mme Jacqueline Fraysse. Oui, monsieur le président.

(L'amendement n° 512 n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 124 est rédactionnel.

(L'amendement n° 124, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 125 qui fait l'objet d'un sous-amendement n° 825.

La parole est M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement et pour présenter son sous-amendement n° 825.

M. Christian Paul, rapporteur. Il s'agit avec cet amendement de prendre en compte, à l'échelle des ARS en particulier, la création ou le regroupement d'activités pour mettre en œuvre le principe de dégressivité tarifaire dont nous venons de parler.

Le sous-amendement a pour objectif de tenir compte des situations de regroupement ou de création d'activités sans pour autant les exclure du champ d'application de l'article. Il s'agit en fait d'une précision du champ d'application de la disposition adoptée en commission, plus conforme dans sa rédaction à l'objectif poursuivi.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement donne un avis favorable à l'amendement et au sous-amendement. J'en profite pour remercier la commission pour la qualité de son travail et l'attention qu'elle porte à la précision du texte.

M. Lionel Tardy. Un peu plus de complexification vaut bien d'être salué !

(Le sous-amendement n° 825 est adopté.)

(L'amendement n° 125, sous-amendé, est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 126 est rédactionnel.

(L'amendement n° 126, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 511 et 752.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, pour soutenir l'amendement n° 511.

Mme Jacqueline Fraysse. Si la loi de financement de la Sécurité sociale de 2013 a bien abrogé la convergence tarifaire conformément aux engagements du Président de la République, elle a maintenu le principe de différenciation du coefficient prudentiel en fonction de la catégorie d'établissement.

Ce coefficient prudentiel permet à l'État de modifier les tarifs hospitaliers lorsque le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie considère qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'ONDAM hospitalier, cette modification pouvant être différenciée selon que les établissements sont privés ou publics.

En commission, notre rapporteur a indiqué que cette réserve prudentielle ne s'applique plus aux seules missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, les MIGAC, mais à l'ensemble des tarifs et concerne de fait l'ensemble des

établissements de santé et non plus seulement les hôpitaux publics. C'est exact et c'est un pas tout à fait positif. Cependant, cela n'a pas empêché le Gouvernement, cette année encore, de faire porter l'essentiel des efforts sur les hôpitaux publics en diminuant leur tarif trois fois plus que ceux des cliniques privées. La diminution est en effet de 0,84 % pour le secteur public, contre 0,21 % pour le privé, ce qui conduit finalement à réintroduire par la fenêtre la convergence tarifaire supprimée officiellement.

La Fédération hospitalière de France a ainsi calculé que cette convergence feutrée s'était élevée à 300 millions d'euros en 2013 contre seulement 100 millions d'euros en 2012, des chiffres qui interpellent. Au nom de l'équité entre établissements publics et privés, nous proposons donc avec cet amendement de supprimer la possibilité de différencier la modification des tarifs par catégorie d'établissement et par tarif de prestation.

M. le président. La parole est à M. Jean-Noël Carpentier, pour soutenir l'amendement n° 752.

M. Jean-Noël Carpentier. Il est défendu.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces amendements identiques ?

M. Christian Paul, rapporteur. L'avis de la commission est défavorable, mais je voudrais en préciser les raisons à Mme Fraysse.

Vous avez eu raison, madame, de rappeler – et nous sommes d'accord sur ce point – que les coefficients prudentiels introduits par notre majorité l'année dernière sont plus justes que la mise en réserve des MIGAC gelées de la période précédente puisque ce gel s'appliquait exclusivement aux établissements publics bénéficiaires des MIGAC. Nous persistons à penser qu'il est utile qu'il y ait ce mécanisme de réserve prudentielle. Le Gouvernement pourrait s'il le souhaitait, si des raisons d'intérêt général le justifiaient, ce qui pourrait être le cas à l'avenir, différencier le coefficient en fonction des catégories d'établissement. D'après les informations dont je dispose, ce coefficient a été fixé de façon identique à 0,35 % sur l'ensemble des établissements.

La faculté de différencier reste donc présente. Elle n'a pas été mise en œuvre cette année en raison tout simplement de la situation économique des établissements.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Pour les mêmes raisons, le Gouvernement a également émis un avis défavorable.

(Les amendements identiques n°s 511 et 752 ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques, n°s 52, 173 et 417.

La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 52.

M. Jean-Pierre Door. Il existe au sein des établissements un besoin de visibilité et de lisibilité tarifaires. Nous proposons que les tarifs et les forfaits soient prévus pour une durée de trois ans et que, en cas de modification ou de variation, les établissements soient avertis au moins dix-huit mois avant leur entrée en vigueur.

Cette démarche permettra de maintenir le lien entre l'orientation financière de l'activité et la stabilité des projets d'établissements, qu'il s'agisse de projets d'investissement ou du maintien des ressources humaines. Tout cela ne peut pas se faire au hasard, ou en ne voyant que le bout du capot ; il faut voir assez loin.

M. le président. La parole est à M. Patrick Hetzel, pour soutenir l'amendement n° 173.

M. Patrick Hetzel. Le besoin de visibilité et de stabilité tarifaires est réel. L'amendement que nous proposons vise à maintenir le lien entre l'orientation financière de l'activité et la stabilité des projets d'établissement. Comme l'a indiqué notre collègue Jean-Pierre Door, il est essentiel que les établissements soient prévenus. Cela ne peut pas se faire simplement *ex abrupto* car un tel procédé contribuerait à déstabiliser le système.

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer, pour soutenir l'amendement n° 417.

M. Bernard Accoyer. Ainsi que l'ont montré mes collègues, un délai est nécessaire pour préparer les conséquences d'un changement tarifaire. Je voudrais cependant mettre en garde le Gouvernement contre l'un des effets pervers que créera l'évolution envisagée de la tarification.

Il faut également que les professionnels soient associés à l'évolution des modalités de financement. Il convient, en outre, de se méfier de possibles conflits d'intérêts – politiques, cela s'entend – dès lors que les présidents des conseils de surveillance d'un certain nombre d'établissements peuvent être des élus locaux et interférer dans les sphères où est arrêtée cette part tarifaire.

En fait, madame la ministre, avec ces dispositions, vous en revenez à la période qui prévalait avant la T2A, où l'on était dans le flou. C'était une période difficile pour les établissements et encore plus pour l'assurance maladie. Je vous le dis franchement : la logique de cette évolution est faite de préjugés, de partis pris ; nous ne pouvons l'accepter.

M. Jean-Pierre Barbier. Tout à fait !

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

M. Christian Paul, rapporteur. Je voudrais d'abord vous rassurer, monsieur Accoyer : dans un délai assez bref, les responsables d'exécutifs locaux ne voteront plus l'ONDAM, puisqu'ils ne cumuleront plus ces fonctions. Un début de satisfaction vous sera donc apporté par la loi limitant les cumuls excessifs. Pour le reste, j'ai envie de vous répondre : que ne l'avez-vous imaginé plus tôt ? Il faudrait, si l'on vous suit, un ONDAM pluriannuel. Je vous promets que la majorité y réfléchira. Avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Nous travaillons dans le cadre d'un ONDAM voté année après année. Il est donc difficile de voter des tarifs gravés dans le marbre pour plusieurs années. En revanche, j'entends bien, monsieur Door, la préoccupation que vous avez exprimée, qui est de donner de la visibilité aux établissements de santé. C'est la raison pour laquelle, dans le cadre du comité de réforme du financement des établissements de santé que j'ai mis en place et dont je vous ai parlé tout à l'heure, un travail est engagé pour déterminer des perspectives pluriannuelles. En même

temps que nous travaillons, au sein de ce comité, à l'évolution des règles du financement, nous essayons de donner une vision pluriannuelle à l'ensemble des acteurs concernés.

M. Jean-Pierre Door. Très bien !

Mme Marisol Touraine, ministre. Si vous souhaitez retirer vos amendements, j'en serais absolument ravie ; sinon, j'émettrai un avis défavorable, tout en ayant apporté, je l'espère, des explications qui vont dans le sens de vos préoccupations.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. J'accepte tout à fait les propositions que fait Mme la ministre, dès l'instant où il pourra y avoir un programme pluriannuel et où les établissements pourront être avertis en amont et suffisamment à l'avance de toute modification des tarifs ou du forfait. De cette façon, ils ne prendront pas le risque de faire de mauvais investissements ou d'engager des personnels qui ne seraient plus utiles dès l'instant où il y aurait une réduction d'activité. Je retire donc mon amendement.

M. le président. Je suppose que les deux autres le sont également.

(Les amendements identiques n°s 52, 173 et 417 sont retirés.)

M. le président. La parole est à M. Christian Paul, rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 521.

M. Christian Paul, rapporteur. On peut conclure du débat sur l'article 33 qu'il y a, sur tous les bancs de l'Assemblée, un égal appétit pour évoquer plus en détail dans les prochains mois la question de la tarification hospitalière, même si nos conceptions, à l'évidence, divergent fortement sur ce point. C'est pourquoi cet amendement a pour objectif de demander au Gouvernement, dans un délai assez bref – d'ici à la fin du mois de mai 2014 – un rapport sur l'évolution de la politique tarifaire. Des groupes de travail fonctionnent dans le prolongement du rapport Couty. Nous aurons besoin, à quelques mois du prochain PLFSS, de connaître à la fois l'état des travaux et les intentions du Gouvernement, tout en apportant nous-mêmes notre contribution.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Comme j'ai eu l'occasion de le dire tout à l'heure, je donne un avis favorable à cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. C'est assez incroyable : visiblement, un bras de fer est engagé entre M. Paul et Mme Touraine depuis tout à l'heure. *(Exclamations sur les bancs du groupe SRC.)* En effet, Mme Touraine vient de dresser pour vous le bilan de la T2A. Or, voilà qu'elle accepte maintenant cet amendement. Peut-être est-ce pour des raisons d'équilibres politiques : vous devez être plus à gauche qu'elle. Mais vous en parlerez ce week-end !

M. Gérard Bapt. Il ne pense même qu'à ça !

M. Dominique Tian. Encore une fois, Mme la ministre vient de vous répondre sur le bilan de la T2A. Elle vous a même indiqué que la marge pour les cliniques est à peu près de 2,5 % – la rentabilité n'est pas très élevée, il faut l'avouer – et que l'on a pour ainsi dire sauvé les hôpitaux français grâce à la T2A, puisque, comme vous l'avez souligné, elle a permis de

rétablir la santé financière de l'ensemble des CHU et des hôpitaux et de leur redonner des couleurs. Or l'exposé des motifs de l'amendement commence mal, puisqu'on y lit que la tarification hospitalière pose problème et que la priorité est de la réformer, qu'il faut présenter l'an prochain un PLFSS qui tienne compte des méfaits de la T2A. Pour cela, dites-vous, il faut un rapport. Mais nous n'en avons besoin d'un nouveau : il en existe déjà des tonnes. Mme la ministre vous a indiqué qu'on lui en avait remis un il y a peu de temps, qui disait que, finalement, les choses allaient plutôt bien. Elle vous a même confirmé que c'était plutôt la bonne solution. Que préparez-vous donc ? La réunion de section de ce week-end ? (*Rires et exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

Ou bien s'agit-il de ménager des équilibres politiques ? Ou bien encore, essayez-vous de fragiliser Mme la ministre, qui, courageusement, essaye de sauver la T2A, qui est le système le plus communément appliqué dans le monde ? Le président Accoyer vous a expliqué que nous l'avions adopté avec dix ans de retard. Et nous serions maintenant les premiers à y renoncer ? Vous savez très bien que ce ne sera pas le cas.

Arrêtez donc de vous préoccuper uniquement de certains directeurs d'hôpitaux ou de syndicalistes qui n'ont pas tout à fait compris comment cela fonctionne.

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. Ils vont apprécier !

M. Dominique Tian. Par définition, comme vous l'a dit il y a quelques instants Mme la ministre, la T2A est une réussite, monsieur Paul.

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Notre rapporteur, M. Paul, est là au summum de son art, si l'on peut dire. Il a l'obsession d'élaborer des dispositifs d'une complexité inimaginable. Pensez donc : il est en train de chercher des critères permettant d'évaluer la pertinence des soins, de façon, ensuite, à induire des comportements – le tout pour pénaliser des évolutions aberrantes.

Mme Ségolène Neuville. Il s'agit de faire en sorte que les gens soient bien soignés !

M. Bernard Accoyer. Mais, monsieur Paul – je vous pose la question, de la même façon que vous nous avez interrogés tout à l'heure –, vous êtes-vous déjà rendu dans un service hospitalier ou dans un service de chirurgie privée ?

M. Christian Paul, *rapporteur*. Souvent !

M. Bernard Accoyer. Avez-vous assisté à un coup de bourre ? Avez-vous jamais vécu tout cela ? Pensez-vous pouvoir exposer calmement ces critères à tous ces hommes et ces femmes, quelles que soient leurs responsabilités ? Il faut que vous redescendiez sur terre. Cet amendement est hors du temps comme en dehors des réalités.

M. Lionel Tardy. Eh oui ! C'est n'importe quoi !

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Je voudrais éclairer M. Paul : il existe une procédure d'accréditation qui concerne tous les établissements de France, privés ou publics. C'est une sorte d'examen ; vous êtes certifié ou vous ne l'êtes pas. De votre côté, vous évoquez des critères, mais il est évident que le rapport que vous demandez devra correspondre à ce que vous attendez. Ce rapport ne sera pas objectif car vous cherchez à montrer des dysfonctionnements. L'accréditation qui existe s'impose quant à elle à tout le monde et c'est un examen extrêmement difficile : n'exercent actuellement que ceux qui sont les meilleurs.

(L'amendement n° 521 est adopté.)

(L'article 33, amendé, est adopté.)

Après l'article 33 (amendements précédemment réservés)

M. le président. Je suis saisi de plusieurs amendements portant articles additionnels après l'article 33.

La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 784.

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Cet amendement concerne la possibilité de mettre sous accord préalable les établissements de soins de suite et de réadaptation, ou SSR. Il s'agit de rendre la procédure plus efficiente. Pour ce faire, il apparaît plus pertinent que cette procédure porte sur les établissements de court séjour, autrement dit les établissements prescripteurs, alors qu'aujourd'hui la régulation et le contrôle s'exercent sur l'établissement qui reçoit le patient.

(L'amendement n° 784, accepté par la commission, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques, n°s 53, 175 et 418 rectifié.

La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 53.

M. Jean-Pierre Door. Madame la ministre, je voudrais vous alerter sur les modalités de fixation de l'objectif quantifié national, ou OQN, pour les SSR et les établissements psychiatriques. Certes, le chemin a été tortueux depuis 2006, puisque la loi de financement de la Sécurité sociale avait alors fixé l'OQN en se fondant sur un certain nombre d'éléments qui ont été supprimés en 2009. Aujourd'hui, la procédure est irréaliste et pour le moins arbitraire. Cet amendement vise donc à parfaire la constitution de l'objectif quantifié national en intégrant – selon la même logique que précédemment – une évaluation prévisionnelle de la dynamique de croissance des activités de soins dans les SSR et dans la psychiatrie pour les années à venir. Il faudrait aussi indiquer l'évolution du montant des tarifs des prestations. Au niveau des établissements, l'OQN doit permettre d'avoir une vision pluriannuelle.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 175.

M. Dominique Tian. Comme vient de l'indiquer Jean-Pierre Door, la situation pour les SSR et les établissements psychiatriques est un peu particulière car l'OQN doit évidemment tenir compte des ouvertures et des fermetures d'établisse-

ments au niveau national, ce qui rend la fixation de l'OQN particulièrement délicate. Telle est la raison de cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer, pour soutenir l'amendement n° 418 rectifié.

M. Bernard Accoyer. Il est défendu.

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

M. Christian Paul, rapporteur. Comme je l'ai dit en commission quand nous avons rejeté ces amendements,...

M. Jean-Pierre Door. On vous voit venir avec de gros sabots !

M. Christian Paul, rapporteur. ...et contrairement à ce que vous écrivez dans l'exposé des motifs, monsieur Door, les critères permettant de fixer l'objectif quantifié national n'ont pas été supprimés ; ils ont été renvoyés à la partie réglementaire du code de la Sécurité sociale. Votre amendement est donc satisfait. Il s'agit de deux secteurs en particulier, les soins de suite, dont nous venons de parler à travers un amendement du Gouvernement, et la psychiatrie. Nous portons une attention particulière à ces deux secteurs – Denis Robiliard, qui est le rapporteur de la mission d'information sur la santé mentale, peut en témoigner. Ces amendements pourraient donc être retirés. Encore une fois, il s'agit de deux secteurs extrêmement importants dans notre offre de soins hospitalière.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Comme le rapporteur vient de le faire, je vous suggère, monsieur Door, de retirer cet amendement en soulignant que votre demande est satisfaite. Il ne s'agit pas de remettre en cause les deux secteurs que vous avez évoqués – psychiatrie et SSR : les précisions que vous souhaitez relèvent désormais du niveau réglementaire. Elles figurent dans le décret du 23 février 2009 relatif aux objectifs de dépenses d'assurance maladie qui a modifié l'article R. 162-41 du code de la Sécurité sociale – vous pouvez le retrouver –, qui énumère les éléments pris en compte dans la fixation de cet objectif quantifié national. Si vous ne retirez pas votre amendement, j'émets un avis défavorable.

M. le président. Monsieur Door, retirez-vous l'amendement n° 53 ?

M. Jean-Pierre Door. J'entends bien vos arguments, madame la ministre, mais y a-t-il une évaluation prévisionnelle sur plusieurs années – nous en avons parlé tout à l'heure à propos des autres établissements –, de façon à tenir compte de l'évolution ? Si la réponse est non, est-ce faisable ? Qu'en est-il, en outre, des ouvertures et fermetures des établissements à proximité, de façon à dresser une carte précise de ces établissements ? Si ces préoccupations sont satisfaites, je retirerai mon amendement. Dans le cas contraire, je le maintiendrai pour que les dispositions nécessaires soient inscrites dans la loi.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Monsieur le député, la prévision existe seulement sur l'année en cours. Ce qui figure dans le décret, ce sont les critères qui nous permettent de déterminer l'affectation des dépenses. En fonction de ces critères, nous affectons les dépenses à ces secteurs qui sont très importants, mais nous le faisons année après année.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Notre débat sur ce point figurera au compte rendu. Je retire donc mon amendement.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Ce qui importe pour fixer un objectif quantifié national est de connaître sur le plan national les ouvertures, donc les autorisations données, ou les fermetures, au moins un an avant. Un objectif quantifié national qui ne tiendrait pas compte des autorisations données ne serait pas opérant. Je retire également mon amendement.

M. le président. Retirez-vous également le vôtre, monsieur Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Oui, monsieur le président.

(Les amendements identiques n° 53, 175 et 418 rectifié sont retirés.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n° 422 et 176, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Bernard Accoyer, pour soutenir l'amendement n° 422.

M. Bernard Accoyer. À cette heure tardive qui appelle l'apaisement, je pense que mon amendement devrait recueillir l'assentiment général car il tend à renforcer la transparence financière en prévoyant qu'un rapport annuel soit publié, détaillant établissement de santé par établissement de santé l'utilisation du fonds d'intervention régional et des dotations évoquées.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 176.

M. Dominique Tian. Il est défendu.

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

M. Christian Paul, rapporteur. Avis défavorable. *(Exclamations sur les bancs du groupe UMP.)* Je ne vois vraiment pas en quoi cette information améliorerait le contrôle du Parlement.

M. Bernard Accoyer. Mais pourquoi ?

M. Christian Paul, rapporteur. Il est possible, monsieur Accoyer, au cours d'une législature, de mettre en place une mission d'information sur le fonctionnement des ARS ou sur le fonds d'intervention régional, et je ne vois donc pas l'intérêt d'un rapport tel que vous le demandez.

M. Charles de La Verpillière. Qu'avez-vous donc à cacher ?

M. Christian Paul, rapporteur. Rien de plus que vous, avant. Je ne vois simplement pas l'intérêt d'un tel rapport.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis puisque, par ailleurs, l'article L. 1435-10 du code de la santé publique prévoit déjà qu'un rapport soit remis au Parlement avant le 15 octobre chaque année.

M. le président. La parole est à Mme Véronique Louwagie.

Mme Véronique Louwagie. Je ne comprends pas vos arguments car il ne s'agit pas de demander un nouveau rapport. Ce rapport existe et présente déjà un certain nombre d'éléments sur des financements, des ressources.

Dans un souci de transparence, puisqu'il serait tout de même important de connaître l'utilisation du fonds d'intervention régional, nous demandons que soit ajouté cet alinéa afin de disposer d'un élément supplémentaire.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Mme la ministre, le rapport que vous venez d'évoquer a-t-il été remis cette année ?

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Il est en cours de transmission. C'est la première année qu'il devait être transmis et un peu de retard a été pris.

(Les amendements n^{os} 422 et 176, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Article 34 *(précédemment réservé)*

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Touraine, inscrit sur l'article.

M. Jean-Louis Touraine. Cet article, très important, amorce une mutation qui sera significative. Il s'agit d'expérimenter une tarification au parcours qui concernera d'abord la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique et le traitement du cancer par radiothérapie. Ce dispositif, selon les résultats obtenus, pourra être étendu à de nombreuses maladies chroniques. En effet, la prise en charge initialement développée s'appliquait davantage aux maladies aiguës mais elle n'est plus adaptée. Elle était fondée sur une logique de paiement à l'acte, sans suivi prolongé, sans multiplication des intervenants. À l'avenir, une prise en charge intégrée sera organisée au travers d'un parcours de soins, un parcours santé et une variété d'intervenants.

S'agissant de l'insuffisance rénale chronique, le parcours de soins permettra d'instaurer un dépistage plus précoce ; de prendre des mesures hygiéno-diététique et thérapeutiques susceptibles de retarder l'insuffisance chronique terminale ; d'améliorer la répartition entre les différentes formes de dialyse pour mettre fin au recours systématique à la modalité la plus onéreuse et qui n'est de surcroît pas adaptée à tous les cas, la dialyse en sente ; de développer la transplantation, en favorisant les dons d'organes – il faudra d'ailleurs, à l'avenir, adapter la loi pour faciliter les prélèvements d'organes. Ce dispositif permettra de donner le meilleur résultat médical et humain, de réhabiliter les malades et, ce qui n'est pas négligeable, de réduire significativement les coûts puisque les économies se chiffrent en millions d'euros lorsque l'on opère une meilleure répartition des modes de dialyse et en centaines de millions d'euros lorsque l'on passe de la dialyse à la transplantation, tant le coût de la dialyse est élevé.

Quant à la radiothérapie, ce dispositif conduirait à choisir le traitement le plus efficace et le plus pertinent et non plus celui qui organise une répétition des séances. Le malade y trouve son intérêt, de même que les économies de notre pays.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Je voulais simplement remercier Mme la ministre pour sa réponse précédente. Je pense que le rapporteur en a pris note et qu'il nous adressera le rapport en question lorsqu'il sortira. À force de multiplier les demandes de rapports, l'on ne sait même plus ce qui a été

demandé l'année précédente, ni si on l'a reçu ! Peut-être vaudrait-il mieux demander moins de rapports, monsieur Paul, ainsi lorsqu'on en reçoit un par hasard, et qu'il est intéressant, on le lit. M. le rapporteur ne sait même plus ce qu'il a demandé l'année dernière et ce qu'il n'a pas reçu ! C'est un peu absurde, ce système. On a dû voter une trentaine ou une quarantaine de rapports cette année.

M. Christian Paul. Mais c'est vous qui venez d'en demander un nouveau ! Reprenez-vous, monsieur Tian.

M. le président. Nous pourrions également proposer des amendements pour supprimer des rapports... C'est il est vrai assez rare, mais c'est de l'ordre du possible ! *(Sourires.)*

Je suis saisi d'un amendement rédactionnel de la commission des affaires sociales, n^o 127.

(L'amendement n^o 127, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, pour soutenir l'amendement n^o 501.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet article, qui vise à expérimenter la tarification au parcours pour les malades souffrant d'insuffisance rénale chronique ou qui suivent un traitement par radiothérapie pour leur cancer va dans le bon sens. Si la tarification à l'activité est pertinente pour certains actes, ce mécanisme ne répond pas à la tarification nécessaire pour certaines pathologies, notamment les pathologies chroniques, ce qui pénalise les établissements qui traitent ces patients et les patients eux-mêmes, comme vient de le rappeler M. Touraine.

Je ne bouderais donc pas mon plaisir devant cet article puisque cela fait des années que nous le répétons, le paiement à l'acte n'est pas la panacée et n'est pas adapté à certaines affections. Nous voterons donc cet article sans hésitation.

Il est cependant dommage de ne pas avoir conduit cette expérimentation pour les patients souffrant de diabète. Cette affection, souvent répandue en France, est emblématique car, au-delà des actes strictement médicaux et techniques, cette maladie exige du temps pour expliquer les régimes, les traitements, le parcours de surveillance générale, le diabète touchant tous les organes. Je note d'ailleurs que nos collègues belges ont justement choisi de commencer leur expérimentation par le diabète de type II. Tel est l'objet de cet amendement : intégrer les malades souffrant de diabète à l'expérimentation proposée.

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

M. Christian Paul, rapporteur. La commission a repoussé cet amendement. Il est important de disposer d'un cadre générique pour de telles expérimentations et que le Gouvernement, s'il le souhaite, puisse, dans quelques mois, sans revenir devant le Parlement, déclencher par voie réglementaire ce type d'expérimentation. Les cadres proposés aujourd'hui, relatifs à l'insuffisance rénale chronique ou à la radiothérapie du cancer, sont des choix particuliers avec des parcours adaptés à ces situations. Si nous voulons favoriser les expérimentations, nous devons ancrer le cadre et les déclencher plus simplement qu'au cours d'un débat législatif.

Sur le principe, il serait souhaitable d'intégrer les personnes souffrant de diabète au dispositif mais je ne pense pas que nous puissions le faire par voie d'amendement. En revanche,

l'article générique que nous avons ouvert tout à l'heure le permettra, avant même le prochain PLFSS, si le Gouvernement le juge utile et possible.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis. Je voudrais remercier Jacqueline Fraysse et Jean-Louis Touraine d'avoir souligné l'importance de cet article qui nous permet de nous engager sur la voie d'une tarification ou d'une prise en compte des parcours de soins et pas seulement des actes au sein de l'hôpital. Cette mesure est décisive et s'inscrit pleinement dans le cadre de la stratégie nationale de santé que j'ai annoncée puisque son enjeu est bien de mettre en place des parcours de soins pour les malades atteints de pathologies chroniques ou pour les personnes âgées.

Je comprends bien, madame Fraysse, votre préoccupation, et je ne la conteste pas. Le diabète est une pathologie chronique répandue. Elle fait partie des grands défis que nous devons relever mais les expérimentations demandent plusieurs mois de préparation. Nous avons engagé, au sein des services ministériels, de ceux de la Sécurité sociale et surtout de l'assurance-maladie, des travaux préparatoires pour nous permettre d'enclencher dans de bonnes conditions les expérimentations prévues.

Je ne peux pas rendre, aujourd'hui, un avis favorable à votre amendement, mais l'adoption tout à l'heure de celui de M. le rapporteur devrait nous permettre, sans attendre l'échéance d'un nouveau PLFSS, d'engager une expérimentation dès que possible. L'utilité de votre demande ne fait aucun doute mais il faut mettre en place les conditions le permettant.

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

M. Gérard Bapt. Cet article est fort important. Les modalités pratiques des expérimentations, longues et lourdes à mettre en place, seront fixées par décret. Or, en cancérologie, les innovations vont très vite et le décret devra prévoir des conditions de lancement d'expérimentations suffisamment souples pour intégrer les innovations qui pourraient survenir. Ainsi, en radiothérapie, la radiologie interventionnelle a déjà permis de grandes avancées. D'autres techniques nouvelles commencent à prendre corps sans être encore codées, notamment le traitement par radiofréquence, qui évite les thoracotomies en cas de métastases pulmonaires. Il serait essentiel que, ces traitements et ces protocoles prenant naissance dans les mêmes services que ceux aujourd'hui spécialisés en radiologie interventionnelle, les décrets soient suffisamment souples pour intégrer l'innovation et que la réactivité de l'évaluation médico-économique permette de les coder et de les coter rapidement.

(L'amendement n° 501 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Christian Paul, rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 128.

M. Christian Paul, rapporteur. C'est un amendement rédactionnel.

(L'amendement n° 128, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran, pour soutenir l'amendement n° 539 rectifié.

M. Olivier Véran. Cet amendement vise à intégrer à ce dispositif de parcours de soins les établissements de soins de suite et de réanimation, qui participent grandement, et de manière spécifique, à la prise en charge en dialyse des patients souffrant d'une insuffisance rénale chronique.

(L'amendement n° 539 rectifié, accepté par la commission et le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Barbier, pour soutenir l'amendement n° 187.

M. Jean-Pierre Barbier. Cet amendement vise à introduire le pharmacien dans le parcours de soins. En effet, la loi HPST avait intégré les pharmaciens au parcours de soins et au suivi des traitements, qu'il s'agisse des patients sous AVK, des traitements anti-asthmatiques ou du suivi du diabète. Dans les différents exposés que nous venons d'entendre, notamment celui de M. Touraine, il a été dit que le patient devait être suivi en matière d'éducation sanitaire et alimentaire. Le pharmacien peut tout à fait jouer ce rôle, dans un secteur où il est souvent en proximité, voire le premier interlocuteur du patient.

Il convient donc d'intégrer le pharmacien d'officine dans le parcours de soins. Je ne voudrais pas que cette profession soit éloignée des acquis de la loi HPST. J'ai été surpris que l'amendement ne soit pas accepté en commission, car il n'enlève rien au parcours de soins ; il rappelle simplement que le pharmacien est un professionnel de santé comme un autre.

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

M. Christian Paul, rapporteur. La commission avait repoussé cet amendement mais, à titre personnel, je suis prêt à évoluer compte tenu des arguments intéressants qui viennent d'être apportés. Nous sommes en effet, comme l'a dit Mme la ministre, à un moment important de refondation de l'organisation du système de soins avec la médecine de parcours. Je considère pour ma part que les pharmaciens y ont leur place, surtout s'il s'agit, pour les pathologies concernées, de traitements en proximité, ce qui peut advenir dans un certain nombre de cas. À titre personnel, je m'en remets donc à la sagesse de l'Assemblée.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je ne crois pas qu'il sera nécessaire de déroger aux rémunérations des pharmaciens d'officine dans la plupart des cas. Cela étant, s'il existe un doute quant à notre volonté d'intégrer les pharmaciens d'officine dans notre réflexion et dans la mise en place des parcours de soins, je tiens à le lever – mais je ne crois pas que nos interlocuteurs aient beaucoup d'interrogations à ce sujet. Je m'en remets également à la sagesse de l'Assemblée.

M. Dominique Tian. Très bien !

(L'amendement n° 187 est adopté.)

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 815.

Mme Marisol Touraine, ministre. Cet amendement vise à étendre au domicile des patients l'expérimentation concernant l'insuffisance rénale chronique, puisque le nombre de patients traités à domicile par dialyse péritonéale progresse de manière importante.

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

M. Christian Paul, rapporteur. Avis favorable.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Gérard Bapt. Tout arrive!

M. Jean-Pierre Door. À titre personnel, je soutiendrai cet article et je pense que mes collègues de l'opposition feront de même. Il y a quelques années, alors que j'étais rapporteur du PLFSS, j'avais déposé un amendement pour expérimenter l'hémodialyse à domicile. L'idée, selon la CNAM, était non seulement d'améliorer le confort des patients, mais aussi de réaliser une économie de 550 millions d'euros par an. Hélas l'amendement n'avait pas été retenu par le Gouvernement de l'époque, mais je ne crois pas, madame la ministre, que vous ayez voté contre. Aujourd'hui, je ne peux qu'accepter de voter cet article.

(L'amendement n° 815 est adopté.)

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 816 rectifié.

Mme Marisol Touraine, ministre. Cet amendement de coordination vise à tirer les conséquences de l'amendement précédent dans le reste du texte.

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

M. Christian Paul, rapporteur. La commission ne l'a pas examiné, mais j'y suis favorable à titre personnel.

(L'amendement n° 816 rectifié est adopté et l'amendement n° 129 tombe.)

M. le président. Je suis saisi de plusieurs amendements de précision, n°s 130 à 133, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à M. Christian Paul, rapporteur, pour les soutenir.

M. Christian Paul, rapporteur. Ils sont défendus.

(Les amendements n°s 130, 131, 132 et 133, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)

(L'article 34, amendé, est adopté.)

Article 35 **(précédemment réservé)**

M. le président. La parole est à Mme Véronique Louwagie.

Mme Véronique Louwagie. Cet article 35 a pour objectif d'introduire davantage de souplesse dans l'utilisation, au niveau régional, de certains crédits. Il est vrai qu'à ce jour, les opérations de fongibilité doivent se rattacher à un transfert ou à une création d'activité; c'est une définition restrictive.

Si cet article poursuit l'objectif louable consistant à laisser la latitude au directeur général de l'ARS de transférer par arrêté une partie de la dotation annuelle de financement au FIR, ou inversement, c'est en revanche la limite, fixée à 1 % du montant des dotations régionales concernées, qui m'interpelle. En effet, il pourrait s'agir d'une somme de 200 millions d'euros et, si l'on retient 26 ARS – je vous laisse faire le calcul –, il reste un montant moyen qui ne revêt pas un enjeu capital.

Si l'article 35 présente l'intérêt d'accompagner de façon globale des politiques de réorganisation régionale de l'offre de soins, je reste dubitative quant aux crédits affectés à un tel objectif.

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet article m'inquiète. Je n'y suis pas *a priori* opposée, puisqu'il prévoit la flexibilité des sous-objectifs de l'ONDAM et l'assouplissement des règles de fongibilité. Pour autant, je regrette que seuls les directeurs généraux des ARS soient amenés à décider. Sur quels critères? Décideront-ils seuls? Sont-ils en état d'apprécier l'ensemble des situations? J'estime que leur donner un pouvoir aussi exorbitant est profondément antidémocratique, car il s'agit d'argent public et d'une éventuelle redistribution, parfaitement légitime et qui, à tout le moins, devrait être débattue avec les acteurs de terrain.

M. le président. Je suis saisi de deux amendements rédactionnels, n°s 134 et 135, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à M. Christian Paul, rapporteur, pour les soutenir.

M. Christian Paul, rapporteur. Ils sont défendus.

(Les amendements n°s 134 et 135, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)

(L'article 35, amendé, est adopté.)

Suspension et reprise de la séance

M. le président. La séance est suspendue.

(La séance, suspendue le vendredi 25 octobre 2013 à zéro heure dix, est reprise à zéro heure vingt.)

M. le président. La séance est reprise.

Article 36 **(précédemment réservé)**

M. le président. La parole est à Mme Véronique Louwagie, inscrite sur l'article 36.

Mme Véronique Louwagie. L'article 36 fait état d'un nouveau report de la facturation individuelle des établissements de santé.

Ces derniers facturent à l'assurance maladie les actes, consultations ou séjours sur une base mensuelle. L'objectif central de facturation est d'instaurer un dispositif qui permettra de gagner en visibilité s'agissant de la valorisation de l'activité hospitalière.

Des expérimentations sont en cours, notamment sur les actes et les consultations externes, et des difficultés apparaissent concernant la facturation des séjours hospitaliers. C'est pourquoi cet article propose un report à 2018 de la date de généralisation de la facturation directe des séjours. Je peux comprendre que ce report tend à répondre à une problématique. Toutefois, je remarque qu'il y a deux poids, deux mesures.

Alors que, compte tenu de certaines difficultés rencontrées en la matière par les établissements de santé, on leur donne du temps, l'article 23, que nous avons examiné durant la séance précédente, a généralisé en revanche la déclaration sociale nominative, ce qui pourrait entraîner un engorgement, voire un éventuel blocage pour certaines entreprises. Dans ce cas, on n'a pas donné de temps aux entreprises puisqu'on a raccourci les délais en faisant passer au 1^{er} juillet 2015 la date fixée initialement au 1^{er} janvier 2016. Autrement dit, les délais ont été raccourcis pour les entreprises et accrus pour les établissements de santé.

M. le président. Je suis saisi de cinq amendements identiques, n^{os} 36, 178, 192, 333 et 605.

La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n^o 36.

M. Francis Vercamer. La mise en œuvre d'une expérimentation de la facturation individuelle directe des consultations et séjours aux caisses d'assurance maladie par les établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif a été prévue à l'article 54 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009.

L'objectif était de mettre à la disposition de l'assurance maladie les données individuelles et détaillées des établissements hospitaliers pour permettre, notamment, un meilleur contrôle *a priori* des sommes dues à ces établissements par l'assurance maladie. Dans l'exposé des motifs du PLFSS, figure un certain nombre d'objectifs fixés par cette facturation individuelle.

Il s'agit là de pratiques de bonne gestion. Il est donc regrettable de repousser à nouveau la généralisation de 2016 à 2018, d'autant que nous sommes encore loin de l'année 2016. Nous aurions pu nous dispenser d'un report immédiat et attendre une année de plus pour voir s'il y avait lieu de repousser à nouveau cette mesure.

C'est pourquoi nous proposons de supprimer cet article, quitte à revoir l'an prochain la question du report l'an prochain.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Barbier, pour soutenir l'amendement n^o 192.

M. Jean-Pierre Barbier. La facturation individuelle directe autoriserait effectivement une meilleure transparence, ce qui est une bonne chose. Elle permettrait de disposer de données fiables, de suivre la prescription médicale et de rechercher les économies là où elles sont nécessaires. En effet, des gains sont possibles à l'hôpital, et ce serait là un véritable outil.

Or cet article prévoit de reporter de 2016 à 2018 ce suivi au niveau des hôpitaux. Autant dire que c'est un mauvais signal qui leur serait adressé, les incitant à continuer à faire comme ils le souhaitent puisque qu'aucun contrôle ne sera exercé, alors que le milieu libéral, lui, est contrôlé et qu'on lui demande de mettre en place des outils informatiques. Je ne comprends pas pourquoi l'on refuse d'imposer le même dispositif à l'hôpital.

Certes, des objections ont été avancées en commission : l'hôpital ne pourrait pas coder sans arrêt et avoir des personnels administratifs dédiés. Mais aujourd'hui, avec les nouvelles technologies et l'informatique, il serait très simple de poser de logiciels qui permettraient ce suivi et qui, sans doute, permettraient à notre système de santé de faire des économies.

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer, pour soutenir l'amendement n^o 333.

M. Bernard Accoyer. Ce report est un mauvais coup pour l'équilibre des finances de la Sécurité sociale, car dans l'opacité, monsieur le rapporteur, on ne progresse en rien. Or avec ce nouveau report, vous retardez une meilleure gestion.

Comme, de surcroît, vous revenez sur la tarification et que vous allez développer un certain nombre de procédés de tarification dont l'opacité n'apportera certainement pas des améliorations en matière de compétitivité et de prix, on peut s'inquiéter.

En outre, les 35 heures à l'hôpital, tout le monde en convient, ont désorganisé le travail tout en coûtant plusieurs dizaines de millions d'euros.

M. Christian Paul, rapporteur. Des dizaines de milliards !

M. Bernard Accoyer. Il a fallu créer des comptes épargne-temps, autrement dit des usines à gaz, pour supporter tout cela, mais surtout, les 35 heures ont fait qu'un certain nombre de professions, dont les médecins, qui ne regardaient pas leur temps de travail, se sont mis à compter leur temps. C'est depuis ce moment que la situation s'est dégradée, notamment dans les services d'urgence.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n^o 605.

M. Jean-Pierre Door. Je défends le même amendement que mes collègues, car il faut tout de même que nous arrivions à obtenir satisfaction s'agissant de ce système de facturation individuelle, qui est reporté d'année en année.

C'est, certes, demandé par la Fédération hospitalière de France, mais ce report est surtout préjudiciable pour le contrôle par l'assurance maladie, et cela d'autant plus que des différences sont faites entre le public et le privé. Il est regrettable de constater que l'on protège l'un, mais pas l'autre.

Nous demandons donc la suppression de l'article 36 afin que cette facturation puisse être mise en œuvre.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n^o 178.

M. Dominique Tian. Le président Accoyer et nos collègues viennent de le dire, ce report est significatif, car il montre que l'hôpital est incapable de se moderniser et d'arriver à des critères de gestion objectivement acceptables.

Outre la transparence déjà évoquée par nos collègues, je pense au simple fait de donner une facture à la sortie de l'hôpital, comme les cliniques, qui le font depuis plusieurs années sans que cela pose problème. Le report du dispositif prouve simplement que l'hôpital n'est pas capable de reconstituer l'ensemble des actes qui sont pratiqués en son sein, de les transcrire et de les donner ensuite au patient qui sort. Cela signifie qu'un certain nombre d'actes vont s'évaporer, ne seront pas comptabilisés et partiront en indus ou en non facturés.

Beaucoup de rapports l'ont montré : à l'hôpital, certains éléments sont perdus dans la chaîne. Il y a des personnes qui sortent dont on ne sait même pas qui elles étaient, si elles étaient vraiment des assurés sociaux, de quel régime elles dépendaient. Tout cela est perdu pour l'hôpital.

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

M. Christian Paul, rapporteur. M. Tian et ses collègues seraient infiniment plus convaincants si la majorité précédente en 2009 et 2011 n'avait pas déjà reporté cet objectif.

M. Bernard Accoyer. Ce n'est pas parce que nous avons fait une erreur qu'il faut que vous en fassiez une !

M. Christian Paul, rapporteur. Vous pourriez *a minima* être un peu compatissants !

M. Bernard Accoyer. *Errare humanum est, perseverare diabolicum* !

M. Christian Paul, rapporteur. Souffrez un instant que nous soyons au moins attachés que vous à atteindre cet objectif. Mais en l'état, les choses ne sont pas mûres, et nous n'avons pas trouvé un système en état de marche. Cela met en jeu, non seulement la marche des hôpitaux, mais la comptabilité publique et les systèmes d'information de l'assurance maladie. Il faut en effet pousser les feux, mais un délai supplémentaire est nécessaire, sauf à déstabiliser le programme médicalisé des systèmes d'information, le PMSI, ce qui, je me refuse à le croire, n'est certainement pas votre objectif. Avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

En réalité, ce dont nous parlons ne concerne que la tarification des séjours. Pour les actes et les consultations externes, le calendrier est tenu. Deux décrets sont en cours de concertation, qui vont permettre une mise en œuvre progressive à partir du 1^{er} septembre 2014 pour les ESPIC – les établissements de santé privés d'intérêt collectif –, le 1^{er} janvier 2015 pour les centres hospitaliers, le 1^{er} janvier 2016 pour les CHU hors Paris, Lyon et Marseille et le 1^{er} mars 2016 pour Paris, Lyon et Marseille.

La concertation est engagée – je parle des actes et des consultations externes.

L'article ne concerne donc que les séjours. Il ne s'agit pas seulement ici, monsieur Tian, de la capacité ou de l'incapacité des hôpitaux à faire face, mais aussi de celle des éditeurs de logiciels, qui ne sont pas en mesure de répondre aux demandes dans les délais. Il en résulte un report, qui concerne une partie de l'activité seulement et dont les causes sont multiples.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Il faut peut-être changer les logiciels ou en prendre d'autres, madame la ministre. Mais dans les cliniques privées, un tel changement est obligatoire depuis des années et il est fait. Vous sortez d'une clinique avec votre facture, ce qui vous permet en particulier de vérifier si ce qui s'y trouve correspond à la réalité des actes effectués.

Nous le concevons, nous non plus n'avons pas été très bons. Les résistances à l'hôpital sont très nombreuses. Il y a donc là un vrai aveu d'échec. Il n'en reste pas moins que la reconstitution de l'ensemble des actes pratiqués dans un hôpital sur une seule facture permettra sans doute de gagner des dizaines de millions d'euros.

Mme Ségolène Neuville. Ce n'est pas de l'argent gagné, c'est celui de l'assurance maladie !

M. Dominique Tian. Cela dit, madame la ministre, pourquoi exclure Paris, Lyon et Marseille ? Ces villes ont déjà une loi d'exception pour les élections municipales, certes, mais pour les hôpitaux ?

Mme Marisol Touraine, ministre. C'est simplement la date qui est différente, monsieur le député.

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. J'en profiterai pour défendre l'amendement n° 421, si cela vous agréé, monsieur le président.

M. le président. Tout à fait, cher collègue.

M. Bernard Accoyer. Nous sommes responsables des problèmes posés par les systèmes d'information à l'hôpital, madame la ministre. En effet, chaque année, lors du vote du PLFSS, nous changeons tout. Bien entendu, il faut ensuite tout reconstruire et modifier les logiciels en conséquence et le tout devient incompatible. Notre rapporteur, cette année, est d'ailleurs l'un des grands spécialistes de ce genre de chamboulement. Le projet de loi lui-même en contient de nombreux, tout comme les PLFSS votés par la précédente majorité avaient contribué à complexifier la situation, ce qui fait la fortune des sociétés de services informatiques. Il faut qu'un jour on en finisse avec l'instabilité permanente, instabilité fiscale, spécialité de la gauche,...

M. Christian Paul, rapporteur. Ça faisait longtemps !

M. Gérard Sebaoun. La vôtre n'est sûrement pas l'informatique ! (*Sourires sur les bancs du groupe SRC.*)

M. Bernard Accoyer. ...mais aussi instabilité des règles tarifaires, notre spécialité à nous tous lorsque nous débattons des PLFSS, avec tous ces tuyaux d'une complexité inouïe qui s'additionnent ensuite d'année en année. Et majorité après majorité la date de mise en œuvre de la tarification individuelle est sans cesse repoussée. C'est du mauvais travail.

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

M. Gérard Bapt. Il s'agit d'un dispositif, monsieur Accoyer, voté par la majorité précédente dans le cadre d'une loi de décembre 2003. Dix ans après, ce qui devrait vous interpeller, nous devons reporter l'échéance.

Il est exact, monsieur Tian, que certains établissements, en particulier dans le privé, ont fait preuve d'innovation et sont en avance. Je me rappelle, et Mme la présidente de la commission des affaires sociales avec moi, qu'en 2004 le ministre de l'époque, M. Douste-Blazy, a déclaré émerveillé, après la visite du système intranet de la clinique Pasteur à Toulouse, aux journalistes de télévision qui l'attendaient à la sortie : « C'est extraordinaire ! Le dossier médical, nous allons le généraliser à tous les Français, ce qui permettra de réaliser deux milliards d'euros d'économies en deux ans ! »

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Il était frappé par la grâce !

M. Jean-Pierre Barbier. Il s'agissait de tout autre chose !

M. Gérard Bapt. Ce n'est pas du tout autre chose et vous allez comprendre, monsieur Barbier, car vous avez prouvé au cours du débat que vous êtes capable d'écouter et de comprendre.

M. Dominique Tian. D'autres aussi !

M. Gérard Bapt. Le DMP, comme les systèmes d'information hospitaliers, souffre d'un problème de pilotage. En dix ans, vous avez été incapables de mettre en place un pilotage cohérent, ce que la Cour des comptes vous a pourtant reproché à plusieurs reprises. L'absence de pilotage, dont souffre le dossier médical personnel, rend également les établissements de l'APHP, le plus grand CHU de France, inaptes à l'interopérabilité. Face à cette situation de désordre absolu, l'article dont nous discutons ne peut que proposer un report. Cependant, Mme la ministre de la santé l'a indiqué, elle va annoncer, dans les semaines voire les jours qui viennent, la mise en ordre du pilotage de nos systèmes d'information et des dossiers médicaux qui pourront être transmis de la ville à l'hôpital et entre les hôpitaux.

Nous allons enfin remettre de l'ordre là où M. Bertrand avait fini par avouer, dans une autocritique publiée par la *Revue du pharmacien*, qu'il avait eu tort d'écouter des experts qui avaient voulu lui faire bâtir des cathédrales, et qu'il n'aurait pas été en situation d'échec s'il avait écouté les acteurs de terrain. C'est par là qu'il faut commencer, en mettant en place un pilotage cohérent, dont la filière industrielle de l'e-santé et du numérique a aujourd'hui bien besoin !

M. Christian Paul, rapporteur. Très bien !

(Les amendements identiques n^{os} 36, 192, 333, 605 et 178 ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis de trois amendements, n^{os} 136, 522 et 137, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à M. le rapporteur, pour les soutenir.

M. Christian Paul, rapporteur. Ce sont des amendements de coordination, monsieur le président.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Favorable.

(Les amendements n^{os} 136, 522 et 137 sont successivement adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer, pour soutenir l'amendement n^o 421.

M. Bernard Accoyer. Je l'ai défendu tout à l'heure, monsieur le président.

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

M. Christian Paul, rapporteur. Défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

(L'amendement n^o 421 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n^{os} 138 et 139, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à M. le rapporteur, pour les soutenir.

M. Christian Paul, rapporteur. Ce sont des amendements rédactionnels, monsieur le président.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Favorable.

(Les amendements n^{os} 138 et 139 sont successivement adoptés.)

(L'article 36, amendé, est adopté.)

Après l'article 36

(amendements précédemment réservés)

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n^o 287.

M. Dominique Tian. par le présent amendement, je propose d'intégrer dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, conclu entre l'Agence régionale de santé et chaque établissement de santé, des objectifs visant à améliorer l'organisation et la gestion interne des établissements. Il se fonde sur le rapport de la MECSS relatif au fonctionnement de l'hôpital, publié en avril 2010.

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Dû à M. Jean Mallot !

M. Dominique Tian. Ce rapport a montré les marges d'efficacité de la gestion de l'hôpital, en particulier les politiques d'achat, l'externalisation de certaines fonctions support et la gestion des lits dans certains établissements, car il existe des centres hospitaliers où des lits sont vides. Il nous faut simplement, M. Germain en tombera sûrement d'accord, tenir compte de l'avis unanime de la MECSS sur la réorganisation de l'hôpital.

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

M. Christian Paul, rapporteur. Défavorable. Les contrats évoqués comportent déjà beaucoup d'éléments.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

(L'amendement n^o 287 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements identiques, n^{os} 51, 179, 199 et 405.

La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n^o 51.

M. Jean-Pierre Door. J'évoquerai aussi les contrats pluriannuels d'objectifs et de gestion conclus entre les ARS et les établissements de santé. Nous souhaitons qu'ils comprennent obligatoirement des objectifs chiffrés de développement de la chirurgie ambulatoire ainsi qu'un calendrier de mise en œuvre pluriannuel. Pourquoi ? Parce que le développement de la chirurgie ambulatoire, domaine dans lequel nous sommes encore très en retard, doit être une priorité de la stratégie nationale de santé, comme la Cour des comptes le préconise dans un rapport de septembre 2013, d'autant plus que des économies importantes peuvent en résulter.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n^o 179.

M. Dominique Tian. Défendu.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Barbier, pour défendre l'amendement n^o 199.

M. Jean-Pierre Barbier. Défendu.

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer, pour soutenir l'amendement n° 405.

M. Bernard Accoyer. La chirurgie ambulatoire représente d'après la Cour des comptes une économie potentielle comprise entre six et huit milliards d'euros. Voilà une réforme de structure ! Voilà ce que le Gouvernement aurait dû ériger en axe fort du projet de loi de financement de la Sécurité sociale !

M. Gérard Bapt. Qu'avez-vous fait précédemment ?

Mme Catherine Lemorton, Présidente de la commission des affaires sociales, M. Denys Robiliard. Rien !

M. Bernard Accoyer. Je rappelle, pour calmer M. Bapt qui était endormi ce matin mais qui se réveille tard dans la nuit, que 55 % de la chirurgie est effectuée dans des établissements d'hospitalisation privés, qui réalisent en outre 70 % de la chirurgie ambulatoire en France.

Mme Ségolène Neuville. Parce que c'est rentable !

M. Bernard Accoyer. Si ces établissements n'avaient pas procédé à une telle modernisation, ils seraient déjà en faillite !

M. Dominique Tian. C'est vrai !

M. Bernard Accoyer. Voilà pourquoi nous appelons votre attention, madame le ministre, certes sur l'importance et le caractère central de l'hôpital public mais aussi sur les exigences d'une meilleure gestion de celui-ci.

Mme Ségolène Neuville. Les attaques contre l'hôpital public, ça suffit !

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

M. Christian Paul, rapporteur. Je ne vais pas, à cette heure-ci, souligner une énième fois le mépris que plusieurs de nos collègues portent à l'hôpital public. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

Mme Ségolène Neuville. Il faut que les Français le sachent ! On leur dira !

M. Dominique Tian. Quel mépris ? Arrêtez !

M. Christian Paul, rapporteur. Il s'agit vraiment d'une accumulation. Heureusement que les Français ne vous regardent pas à cette heure-ci ! L'objectif évoqué figure dans les objectifs des ARS et fait évidemment partie de la stratégie nationale de santé. Cela suffit à repousser une nouvelle fois ces amendements.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Arrêtez de parler de mépris de notre part pour l'hôpital public ! Plusieurs d'entre nous en président les conseils d'administration !

M. Christian Paul, rapporteur. Nous voilà rassurés !

M. Gérard Sebaoun. Vous n'arrêtez pas de les attaquer ! Vous embrassez pour mieux étouffer !

M. Dominique Tian. Revenez sur terre, monsieur Paul ! Nous sommes présidents de conseils d'administration d'hôpitaux publics en qualité de maires, on ne peut pas les mépriser !

M. Christian Paul, rapporteur. Inutile de vous énerver, monsieur Tian, vos propos sont sans équivoque !

M. Dominique Tian. Ce que vous dites est scandaleux, blessant et insupportable !

(Les amendements identiques n° 51, 179, 199 et 405 ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements identiques, n° 208, 234, 334 et 606.

La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 208.

M. Francis Vercamer. Le Gouvernement a mis fin à la convergence tarifaire telle qu'elle était prévue dans la loi HPST en faisant voter l'an dernier sa suppression. Cela prive à terme notre pays d'un potentiel d'économies de l'ordre de plusieurs milliards d'euros. La Cour des comptes, dans son dernier rapport sur la Sécurité sociale, porte une attention toute particulière aux établissements de santé, dont les dépenses représentent à elles seules 44 % de l'ONDAM. En effet, les modalités de fixation de l'enveloppe des dépenses hospitalières, qui s'élève à près de 75 milliards d'euros en 2012, atténuent très sensiblement l'effort d'économies réellement demandé aux établissements.

Malgré ce traitement favorable, le retour à l'équilibre des hôpitaux publics en 2012, après plusieurs années de déficit, paraît fragile. La Cour des comptes a estimé que les efforts de meilleure gestion et de réorganisation doivent être amplifiés et que la pleine utilisation des capacités de chirurgie ambulatoire existantes, parallèlement à la fermeture de lits conventionnels, permettrait de réaliser une économie de l'ordre de cinq milliards d'euros. Cet amendement vise à rétablir la convergence tarifaire, ce qui améliorerait les finances de notre Sécurité sociale.

Mme Ségolène Neuville. Ce n'est pas la Cour des comptes qui dirige les hôpitaux !

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 234.

M. Dominique Tian. Nous sommes tout à fait d'accord avec ce que vient de dire M. Vercamer. La suppression de la convergence tarifaire est un très mauvais signal envoyé à l'ensemble des hôpitaux – Mme la ministre l'a dit à raison tout à l'heure. Les établissements publics vont beaucoup mieux, leur santé financière, certes fragile comme l'a relevé la Cour des comptes, est en voie d'amélioration. La convergence des tarifs, qui permet de comparer les tarifs d'opérations identiques entre un établissement privé et public ou entre deux établissements publics, améliore à terme la transparence et la gestion. Si on aime l'hôpital public, on est favorable à la T2A et à la convergence.

Mme Ségolène Neuville. Ce ne sont pas les mêmes métiers !

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer, pour soutenir l'amendement n° 334.

M. Bernard Accoyer. En quelques années, des réformes de structure importantes ont montré leur efficacité, telles que la convergence tarifaire et la tarification à l'activité. Nous

prenons acte que le Gouvernement, comme il l'a d'ailleurs toujours fait en matière de Sécurité sociale, détruit toutes les réformes de structure et n'en introduit aucune. Telle est la triste et dure réalité.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 606.

M. Jean-Pierre Door. C'est un amendement identique aux trois précédents. L'arrêt de la convergence tarifaire entre les hôpitaux publics et privés est une catastrophe.

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. C'est de pire en pire !

M. Jean-Pierre Door. Celle-ci avait quand même permis d'économiser 150 millions d'euros la première année et probablement 400 millions la deuxième. Le Gouvernement se livre à un vrai détricotage des réformes engagées par les gouvernements précédents. Un tel jeu de ping-pong est regrettable.

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

M. Christian Paul, rapporteur. Ce débat a été tranché il y a un an, on ne va pas le remettre sur la table chaque année ! Avis défavorable.

M. Dominique Tian. C'est qu'il y a un PLFSS chaque année !

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

(Les amendements identiques n°s 208, 234, 334 et 606 ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer, pour soutenir l'amendement n° 423 rectifié.

M. Bernard Accoyer. Défendu.

(L'amendement n° 423 rectifié, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer, pour soutenir l'amendement n° 425 rectifié.

M. Christian Paul, rapporteur. Pire encore !

M. Bernard Accoyer. Défendu.

(L'amendement n° 425 rectifié, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 182.

M. Dominique Tian. Défendu, monsieur le président. Il s'agit d'une demande de rapport. *(Rires et exclamations sur les bancs du groupe SRC.)*

M. le président. Dans la mesure où il s'agit d'une demande de rapport, une longue présentation n'est effectivement pas nécessaire. Je rappelle d'ailleurs qu'en première partie de la loi de finances, les demandes de rapport ne sont plus admises, en vertu d'une décision du président de la commission visant à simplifier les débats.

(L'amendement n° 182, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements identiques, n°s 50, 180, 193 et 395.

La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 50.

M. Jean-Pierre Door. L'amendement n° 50 vise à demander au Gouvernement la remise d'un rapport sur l'évolution des effectifs hospitaliers publics dans les secteurs médical, paramédical et administratif (« *À point nommé !* » sur les bancs du groupe SRC.) Dans le cadre de la stratégie nationale de santé, il serait bon en effet que nous puissions disposer de *scenarii* d'évolution des effectifs hospitaliers dans le cadre d'un objectif-cible de réorganisation de l'offre de soins.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 180.

M. Dominique Tian. Cet amendement est défendu. Je me bornerai à préciser, à l'intention de Mme la ministre, qu'il serait préférable que le rapport demandé soit rendu avant le 15 octobre de l'année prochaine ! *(Sourires.)*

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Barbier, pour soutenir l'amendement n° 193.

M. Jean-Pierre Barbier. Dans la mesure où l'on nous explique, depuis le début de ce débat sur le PLFSS, qu'il y a un déficit abyssal et qu'il faut chercher à réaliser des économies, chacun admettra qu'il soit normal que nous propositions aussi des pistes d'économies quand il s'agit de l'hôpital public. Cela ne signifie en rien que nous avons quelque chose contre l'hôpital public ou que nous cherchons à le stigmatiser.

Lors du débat sur la pénibilité dans le cadre de l'examen de la loi sur les retraites, j'ai regretté – tout simplement par souci d'équité – que l'hôpital public ne soit pas inclus dans le dispositif de pénibilité, trouvant anormal que les infirmières de ce secteur, qui travaillent beaucoup, ne puissent bénéficier du compte pénibilité.

Mme Ségolène Neuville. Et vous, qu'avez-vous fait en 2009 ?

M. Jean-Pierre Barbier. Nous demandons donc un rapport établissant des comparaisons européennes. Certes, ces comparaisons peuvent être stigmatisantes, mais il paraît utile de s'y arrêter. Ainsi, comment ne pas tenir compte du fait que, pour 1 000 habitants en France, on a 17 équivalents temps pleins à l'hôpital public, contre à peine 11 en Allemagne ? Cela doit nous amener à nous poser un certain nombre de questions. Il est anormal que l'on ait recours à la comparaison européenne dans tous les domaines, sauf dans celui de l'hospitalisation publique, où l'on refuse systématiquement cette comparaison.

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer, pour soutenir l'amendement n° 395.

M. Bernard Accoyer. Nous souhaitons que le Gouvernement remette au Parlement, avant le 15 avril 2014, un rapport sur l'évolution des effectifs hospitaliers publics précisant notamment l'évolution du nombre d'équivalents temps plein hospitaliers, médicaux, paramédicaux et administratifs, afin d'avoir une approche comparée au niveau européen. Dans le cadre de la stratégie nationale de santé, qui nous est également chère, le rapport demandé formulera des *scenarii* d'évolution des effectifs hospitaliers dans le cadre d'un objectif-cible de réorganisation de l'offre de soins recentrant l'hôpital sur la prise en charge des cas lourds et

complexes. Il chiffrera les économies potentielles à la suite des restructurations hospitalières déjà envisagées région par région pour la période 2014-2017.

Il y a, nous le répétons, d'importantes marges d'économie à réaliser au sein de l'hôpital public.

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

M. Christian Paul, rapporteur. Ces demandes de rapport constituent un véritable feu d'artifice, monsieur le président ! Nous considérons qu'il y a mille façons d'aborder les questions hospitalières sans qu'il soit nécessaire d'accumuler les rapports à ce sujet. Je vous renvoie au prochain rapport sur le financement de l'activité hospitalière dans la période de l'« après T2A ». Pour les mois qui viennent, cela devrait suffire : il est inutile de solliciter inutilement les services du ministère, déjà très actifs sur tous les fronts. La commission est donc défavorable à ces amendements identiques.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Ségolène Neuville.

Mme Ségolène Neuville. Je note que l'opposition souhaite à tout prix comparer établissements privés et établissements publics. Je vous invite à cet effet, chers collègues, à vous référer au document extrêmement clair qu'est le programme de médicalisation des systèmes d'information de 2012. Comme je l'ai déjà dit à plusieurs reprises, le public et le privé exercent des activités différentes mais complémentaires.

M. Christian Paul, rapporteur. Eh oui, il n'y a pas besoin de rapport pour savoir ça !

Mme Ségolène Neuville. En ce qui concerne le niveau de dépendance des patients pris en charge à l'hôpital public et de ceux pris en charge dans les cliniques privées, par exemple, plus de 50 % des patients présentant un niveau de dépendance élevé, sur le plan physique ou psychique, sont pris en charge dans le public – si l'on se réfère aux patients ayant été victimes d'accidents vasculaires cérébraux, ce sont même 92 % d'entre eux qui sont pris en charge dans le public.

M. Bernard Accoyer. Personne ne le nie !

M. Dominique Tian. Ce n'est pas le sujet !

Mme Ségolène Neuville. Les deux types d'établissements ne font simplement pas le même métier. Il ne s'agit pas de remettre en cause les cliniques privées, mais seulement de constater la complémentarité des hôpitaux publics et des établissements privés – avec toutes les différences que cela implique, y compris en termes de financement.

M. Jean-Pierre Barbier. Mais ce n'est pas le sujet !

(Les amendements identiques n° 50, 180, 193 et 395 ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme Bérengère Poletti, pour soutenir l'amendement n° 714.

Mme Bérengère Poletti. L'amendement n° 714 vise également à demander la production d'un rapport (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC*)... – chacun le sien ! La réorganisation de l'offre de soins doit constituer une priorité de la stratégie nationale de santé. Dès lors, il convient de mobiliser et responsabiliser les directeurs généraux d'ARS sur cet objectif stratégique. Nous souhaitons donc que le Gouvernement remette au Parlement, avant le 1^{er} septembre 2014, un rapport sur les réorganisations de l'offre de soins qui ont été engagées dans les secteurs sanitaire et médico-social ainsi que les gains d'efficacité associés à ces évolutions, en particulier en matière de développement de la chirurgie ambulatoire.

(L'amendement n° 714, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Véronique Louwagie, pour soutenir l'amendement n° 181.

Mme Véronique Louwagie. L'amendement n° 181 a, lui aussi, pour objet de demander la production d'un rapport au sujet des agences intervenant dans le secteur de la santé. Les régimes obligatoires d'assurance maladie participent au financement des agences et organismes sanitaires et médico-sociaux, par le biais d'une dotation annuelle. En ce domaine, l'Inspection générale des finances a mis au jour, en septembre 2012, des doublons existant entre les activités des différentes agences – plusieurs agences étant chargées d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer la qualité de leurs prestations. Cependant, selon l'IGF, la frontière entre la qualité et l'efficacité des prestations n'est « pas toujours nette ». Ainsi, l'Anap a publié en avril 2011 un guide intitulé : « Les repas dans les établissements de santé et médico-sociaux : les textures modifiées, mode d'emploi », alors que l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux aurait pu produire un guide équivalent.

Le présent amendement a donc pour objet d'obtenir du Gouvernement la remise d'un rapport destiné à évaluer la faisabilité et l'impact financier d'une rationalisation des doublons entre les différentes agences.

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

M. Christian Paul, rapporteur. Défavorable, vous l'aurez deviné, monsieur le président.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

(L'amendement n° 181 n'est pas adopté.)

Article 37 **(précédemment réservé)**

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer, premier orateur inscrit sur l'article 37.

M. Bernard Accoyer. L'article 37 est très important dans la mesure où il a trait à la délivrance des médicaments à l'unité. On peut s'étonner que le Gouvernement choisisse cette voie plutôt que de chercher à développer l'automédication, dont chacun sait qu'elle est une piste importante d'économies, et qu'elle est moins développée en France que dans les autres pays, alors que nous disposons d'un réseau d'officines de très grande qualité, avec des personnels particulièrement qualifiés.

En souhaitant mettre en œuvre l'expérimentation relative à la délivrance de certains médicaments à l'unité, le Gouvernement s'engage dans une direction surprenante. Le consommateur français est, plus que tout autre, attaché à la sécurité sanitaire. Dès lors que la délivrance intervient à l'unité, la traçabilité est nécessairement affaiblie. Les causes et circonstances pouvant conduire à une confusion ou à une erreur au moment de la délivrance sont beaucoup plus nombreuses et, en cas de survenance d'un accident supposé iatrogène ou thérapeutique à domicile, déterminer la cause de cet accident sera de plus en plus compliqué – et je ne parle même pas des dates de prescription.

M. Gérard Bapt. Ce n'était pas un accident, mais simplement une erreur d'interprétation !

M. Bernard Accoyer. L'exemple de l'accident survenu récemment avec un générique de diurétique, le furosémide...

...accident qui s'est révélé n'être rien d'autre qu'une confusion commise par le malade lui-même à son domicile, a mis en évidence toute l'utilité du dispositif de traçabilité s'appliquant aux médicaments en France : s'il n'avait pas été possible de retracer tout le parcours du médicament en cause, de sa fabrication à sa délivrance par le pharmacien d'officine en passant par son conditionnement, il n'est pas interdit de penser que d'aucuns, toujours prompts à découvrir des catastrophes sanitaires de nature, monsieur Roumegas, à faire peur à la France entière, voire au-delà de nos frontières, ne se seraient pas privés de se livrer à toutes sortes de conjectures hasardeuses.

L'article 37 nous paraît donc aventureux, pour ne pas dire dangereux. Il ne débouchera pas non plus sur de réelles économies, d'autant que les économies les plus importantes ont été faites à ce jour dans le domaine du médicament. En résumé, il présente beaucoup plus d'inconvénients que d'avantages, ce que nous aurons l'occasion de redire lors de l'examen de nos amendements.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Barbier.

M. Jean-Pierre Barbier. Je veux commencer par préciser que la délivrance à l'unité fait partie de l'acte pharmaceutique de dispensation.

M. Gérard Bapt. Le changement, c'est maintenant !

M. Jean-Pierre Barbier. Il s'agit d'une mesure très populaire, que les gens attendent depuis des années. Elle s'appuie sur des études démontrant, en kilos par habitant, un gaspillage insupportable.

Chacun conviendra, toutefois, qu'il n'est sans doute pas superflu d'affiner cette évaluation, et de déterminer si le gaspillage provient de conditionnements inadaptés ou de mauvaises observances du traitement.

Mme Ségolène Neuville. Les deux !

M. Jean-Pierre Barbier. Il est connu, en effet, que les patients terminent rarement les traitements qu'ils entament. En ce qui concerne les antibiotiques, la mauvaise observance est d'ailleurs une pratique préoccupante, en ce qu'elle est à l'origine des phénomènes d'antibiorésistance. Les professionnels libéraux disposant de systèmes informatiques performants, il me semble que l'on aurait pu procéder à une enquête au sein des officines, afin de déterminer dans quelles proportions les patients se voient prescrire des traitements non adaptés en termes de conditionnement.

Par ailleurs, madame la ministre, le choix de l'antibiotique pour procéder à l'expérimentation de la délivrance à l'unité n'est pas forcément le meilleur choix qui soit. En plus des conditionnements pédiatriques, qui présentent des spécificités, il existe d'autres conditionnements – par trois, six ou douze unités –, résultant des efforts de présentation accomplis par certains laboratoires, qui permettent d'adapter parfaitement la dispensation au traitement.

Pour ce qui est du coût, celui des antibiotiques et de leurs génériques varie entre 2,62 euros pour l'amoxicilline et 20 euros pour les antibiotiques les plus prescrits – ce qui, dans le second cas, représente un coût hebdomadaire de 7 euros. Les possibilités d'économies ne sont donc pas évidentes.

En dépit de l'heure tardive, je ne peux enfin passer sous silence le problème de la traçabilité : comment fera-t-on en cas de nécessité d'un rappel de lots ? Cela pose des questions en termes de responsabilité. De même, la rémunération des pharmaciens est un sujet qu'il faudra bien envisager à un moment ou à un autre : de ce point de vue, je ne suis pas convaincu que les économies soient au rendez-vous.

Bien sûr, cette expérimentation mérite une discussion, il ne s'agit pas pour les pharmaciens et les professionnels d'écarter d'emblée cette possibilité. Simplement, madame la ministre, je crois qu'il serait bon de l'explorer un peu plus avant, et peut-être de choisir une autre classe thérapeutique. Les pharmaciens ont conscience que leur profession est en pleine mutation, ils sont prêts à l'accompagner mais, de cette manière empirique, cela nous paraît vraiment dangereux d'un point de vue de santé publique.

M. le président. La parole est à M. Céleste Lett.

M. Céleste Lett. Madame la ministre, ce qui était mauvais hier devient bon aujourd'hui, avez-vous répondu avec ironie à l'un de nos collègues, à l'article 11. Je voudrais reprendre votre phrase en l'appliquant cette fois-ci à l'expérimentation de la délivrance des médicaments à l'unité. Je m'en étais fait l'ardent défenseur il y a quelques années, et cela n'avait plu ni à gauche ni à droite. Aujourd'hui, vous avez évolué et j'applaudis.

Malheureusement, à la lecture de l'exposé des motifs et des annexes, je constate que votre expérimentation, telle qu'elle est présentée, est quasi irréalisable, voire irréaliste. La mise en œuvre de la préparation des doses à administrer en officine va nécessiter des opérations comme le déconditionnement, le reconditionnement, la traçabilité, la délivrance de notices, mais surtout le respect des règles d'hygiène et de sécurité, et l'officine candidate à l'expérimentation devra faire face à des coûts très importants, que le conditionnement soit manuel ou robotisé. Qui voudra ou pourra participer à cette expérimentation ? Les pharmaciens sont déjà confrontés à des difficultés, et votre indemnisation ne sera pas à la hauteur des coûts induits pour eux.

Ce qui rend, en outre, votre projet inopérant, c'est que l'impact financier est nul, alors que nous attendons des économies. Vous renvoyez à 2017 un premier bilan. Vous vous limitez aux antibiotiques alors que d'autres formes orales sèches pourraient entrer dans le panel. Je note, du reste, que tous les conseils consultés, l'ACOSS, la CNAF, la CNAM... – cela figure dans les annexes –, ont émis un avis défavorable. Je comprends donc la position de mes excellents collègues de l'UMP qui demandent le retrait de l'article 37.

La proposition suivante, que j'avais faite, a été rejetée en commission, mais je pense, madame la ministre, qu'il serait pertinent de confier la PDA, sous forme de blisters ou de piluliers – j'en ai un ici que je vous montre –, à un établissement pharmaceutique industriel qui servirait les pharmaciens volontaires. Cela présenterait un triple intérêt : des économies, un point que vous avez largement sous-estimé alors qu'il peut s'agir de quelques milliards d'euros, la qualité des soins, la sécurité de l'hygiène.

M. Gérard Bapt. Parlez sérieusement, à cette heure-ci !

M. Céleste Lett. Je crains, madame la ministre, qu'une bonne idée ne finisse dans le tiroir des bonnes intentions pour cause d'impréparation, voire de posture politicienne (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC*), un modeste député de l'opposition ne pouvant avoir raison à vos yeux.

Mais je reste à votre disposition car je peux vous aider. Voilà ce qui est mis en place par des entreprises, et je pense que cela peut servir d'exemple !

M. le président. Cher collègue, on ne brandit pas d'objet à l'appui d'une argumentation !

M. Christian Paul, rapporteur. C'est du placement de produits, monsieur le président !

M. le président. La parole est à Mme Véronique Louwagie.

Mme Véronique Louwagie. Cet article 37 est relatif à la délivrance des médicaments à l'unité et, plus encore, à l'expérimentation la concernant, ciblée sur une catégorie de médicaments, les antibiotiques, et il doit permettre d'en mesurer l'impact médico-économique. C'est une question que se posent régulièrement un certain nombre de Français, notamment au regard de ce qui se passe dans d'autres pays, tels que l'Espagne, l'Allemagne, la Suède, le Royaume-Uni ou encore l'Islande et les États-Unis.

Mon collègue Céleste Lett a indiqué qu'il avait, il y a quelques années, fait état ici de tels procédés et qu'une telle solution n'avait pas été retenue. Quant à moi, madame la ministre, j'ai eu l'occasion de vous poser la question en commission des affaires sociales, il y a de cela beaucoup moins longtemps, puisque c'était le 10 octobre 2013. Votre réponse était alors : « C'est essentiellement pour des raisons de sécurité sanitaire qu'on ne délivre pas aujourd'hui les médicaments à l'unité.

M. Bernard Accoyer. Ah !

Mme Véronique Louwagie. « La traçabilité de chacun des comprimés ou gélules ne serait pas suffisamment garantie, sans compter que, contrairement à ce que l'on pourrait croire, cela augmenterait les coûts de distribution. » Vous ajoutiez : « C'est donc là une fausse bonne idée d'économie.

M. Bernard Accoyer. Ah bon !

Mme Véronique Louwagie. « Les instances compétentes évaluent aujourd'hui la tarification au traitement et non à l'unité. » C'était le 10 octobre 2013. Je pense que vous allez nous expliquer ce qui s'est passé entre cette date et aujourd'hui, au regard des questions qui restent sans réponse, sur la traçabilité, la sécurité sanitaire, les économies éventuelles.

Il reste par ailleurs des questions relatives à l'expérimentation. Comment les régions seront-elles retenues ? Lesquelles ? Il est par ailleurs question d'une désignation des officines. Y

aura-t-il un appel à candidature ? Tous les candidats pourront-ils ou non être retenus ? Qu'en sera-t-il des différences de prescription sur un même territoire ? On peut imaginer, dans une ville comptant plusieurs officines, qu'une seule soit retenue pour délivrer des médicaments à l'unité. Cela ne perturbera-t-il pas les patients, qui n'iront pas toujours dans cette officine ? Ce sont des éléments à prendre en considération.

M. Bernard Accoyer. Très bien !

M. le président. La parole est à Mme Ségolène Neuville.

Mme Ségolène Neuville. Cet article, qui propose, sous la forme d'une expérimentation, la délivrance des antibiotiques à l'unité, est une belle avancée en termes de santé publique. Du côté de l'opposition, il y a naturellement beaucoup de résistance mais cela ne m'étonne pas du tout car, comme d'habitude, vous êtes, chers collègues, hostiles au changement et à l'innovation. C'est un peu dans votre ADN, cela n'a rien d'étonnant. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

M. Bernard Accoyer. Vous n'avez pas entendu les propos de Mme la ministre qu'a cités notre collègue !

Mme Ségolène Neuville. Il s'agit pourtant d'une mesure concrète d'éducation thérapeutique. La délivrance du nombre exact de comprimés nécessaires pour un traitement permet au pharmacien d'expliquer très exactement au patient, dans le détail, les aspects pratiques du traitement : aspect des comprimés, nombre de prises par jour, nombre de jours de traitement. C'est la base de l'éducation thérapeutique. C'est de la médecine personnalisée, dont on sait qu'elle est plus efficace.

La délivrance à l'unité présente donc un double avantage : d'une part, une meilleure observance du traitement et, d'autre part, une réduction du risque sanitaire car il n'y aura plus d'accumulation de comprimés inutilisés dans les armoires à pharmacie.

M. Bernard Accoyer. Et la notice explicative ?

Mme Ségolène Neuville. De plus, le choix des antibiotiques est tout à fait justifié, pour trois raisons. Tout d'abord, il y a beaucoup d'automédication avec les antibiotiques parce que ce sont des médicaments qui ont très peu d'effets secondaires, et les gens n'hésitent donc pas à en reprendre quand ils en ont dans leurs armoires à pharmacie. Ensuite, les durées sont très mal codifiées par les recommandations, ce qui fait que les boîtes sont souvent peu adaptées à la durée des traitements. Enfin, dernière raison et non des moindres, limiter l'automédication des antibiotiques répond à un objectif de santé publique puisque la diminution de la consommation globale des antibiotiques humains diminue la résistance des bactéries. Il n'y a donc que des avantages.

M. le président. La parole est à M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. L'expérimentation de la vente à l'unité proposée par l'article 37 pose plus de questions qu'elle n'apporte de réponses. Tout d'abord, cette expérimentation ne permet pas d'aborder le sujet des stocks de médicaments constitués en raison de la non-observance de la prescription médicale par le patient. Par ailleurs, proposée sans réelle concertation avec les organisations représentatives des professions de pharmaciens, elle est imprécise en termes de risques pour le patient et d'engagement de la responsabilité des professionnels en cas d'accident ou d'erreur du patient dans l'utilisation du médicament vendu à l'unité.

Je rappelle que l'article R. 5121-138 du code de la santé publique précise les nombreuses mentions qui doivent obligatoirement accompagner un médicament vendu après autorisation de mise sur le marché. Comment est assurée, dans le cas de la vente à l'unité, la sécurité de l'utilisateur en termes d'indications sur les modalités d'utilisation du médicament, les contre-indications éventuelles, les interactions médicamenteuses? On peut aussi se poser la question de la traçabilité de ce médicament ou encore celle du rappel des lots en cas de retrait du marché. Le texte n'apporte pas de réponse en la matière, ni sur la responsabilité des uns et des autres dans ce cas.

Il ne mentionne pas non plus l'impact estimé sur l'activité de l'industrie pharmaceutique et sur la réduction des volumes produits. Il ne comporte pas davantage d'estimation des économies potentielles qui permettraient d'envisager la mise en œuvre d'une telle mesure.

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

M. Gérard Bapt. Le Gouvernement a raison d'avoir choisi pour cette expérimentation les antibiotiques critiques, répondant à une préoccupation de santé publique qui est l'antibiorésistance.

Il est un peu curieux de vous voir agiter le chiffon rouge et vous opposer à la mesure proposée par Mme la ministre, alors que, sur le terrain, les acteurs sont déjà en mouvement.

Vous affirmez, chers collègues de l'opposition, que cette expérimentation de la dispensation de médicaments à l'unité est aventureuse. La semaine dernière, mon pharmacien d'officine m'a montré qu'une fois de plus les pharmaciens vont être à la tête du changement et du progrès, comme ils

l'ont été sur le dossier pharmaceutique, pour lequel il y a tous les jours de nouvelles applications. Il m'a fait entrer dans son officine et m'a montré un automate, une machine qui dispense sur des rubans – par petites cases individualisées, en fonction du patient et de l'heure de prescription –, plusieurs prescriptions dans la journée, avec, étiquetés, le médicament et sa prescription. La dispensation à l'unité est donc déjà en train de se mettre en place dans les pharmacies. Certes, ce sont des investissements de plusieurs dizaines de milliers d'euros, mais trois pharmacies sont à l'heure actuelle équipées à Toulouse.

M. Jean-Patrick Gille. Très bien!

2

ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

M. le président. Prochaine séance, ce matin, à neuf heures trente :

Suite du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014.

La séance est levée.

(La séance est levée, le vendredi 25 octobre, à une heure dix.)

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

NICOLAS VÉRON



ABONNEMENTS

NUMÉROS d'édition	TITRES	TARIF abonnement France (*)
		Euros
	DÉBATS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE	
03	Compte rendu..... 1 an	197,60
33	Questions..... 1 an	146,40
	DÉBATS DU SÉNAT	
05	Compte rendu..... 1 an	177,60
35	Questions..... 1 an	106,00
85	Table compte rendu..... 1 an	37,50

En cas de changement d'adresse, joindre une bande d'envoi à votre demande

Paiement à réception de facture

En cas de règlement par virement, indiquer obligatoirement le numéro de facture dans le libellé de votre virement.

Pour expédition par voie aérienne (outre-mer) ou pour l'étranger, paiement d'un supplément modulé selon la zone de destination

(*) Arrêté du 11 décembre 2012 publié au *Journal officiel* du 13 décembre 2012

Direction, rédaction et administration : 26, rue Desaix, 75727 Paris Cedex 15
Standard : 01-40-58-75-00 – Accueil commercial : 01-40-15-70-10 – Télécopie abonnement : 01-40-15-72-75

Prix du numéro : 3,65 €
(Fascicules compte rendu et amendements)